The cover features a large, stylized illustration of a hand holding a pregnant woman on a swing. The hand is rendered in a halftone dot pattern, while the woman is in solid colors. The background is a teal and light blue checkered floor.

В.Е. РАДЗИНСКИЙ

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ

v. 2.0

StatusPraesens
Profmedia

В.Е. РАДЗИНСКИЙ

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ

v. 2.0

StatusPraesens
Profmedica

МОСКВА
2017

УДК 618.2
ББК 57.16
Р15

Р15 **Акушерская агрессия, v. 2.0.** / В.Е. Радзинский. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. — 872 с., илл.

ISBN 978-5-9908735-1-3

2014 год стал «этапом большого пути» современного акушерства: материнская смертность в мире в 2013 году впервые в истории человечества оказалась менее 300 тыс. (в 2000 году — 590 тыс.); в конце апреля 2014 года ВОЗ объявила о наступлении «постантибиотиковой эры»; 7 октября родился ребёнок из трансплантированной матки. На фоне этих потрясших мир событий не достигнуто запланированного снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, во многом вследствие ятрогенных причин, описанных в первом издании книги «Акушерская агрессия».

Второе издание книги обусловлено простым фактом — дефицитом её тиража: после допечатки в 2013 году он достиг 12 000 экземпляров, и каждый третий из почти 40 тыс. акушеров-гинекологов страны стал владельцем этого «бестселлера». Однако «спрос, рождающий предложение» сохранился, и издательство не стало в очередной раз допечатывать тираж. Автору предложили переработать свой труд с учётом тех нововведений, которые внёс в акушерскую жизнь России Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, утверждённый Приказом №572н Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Критически осмысливая несомненные достижения, выделяя резервные возможности службы, автор в очередной раз намечает перспективы эволюционного перехода к высоким цивилизованным стандартам во всей стране. Постоянное общение с коллегами в разных уголках РФ в рамках реализации выигранного Российским университетом дружбы народов гранта Приоритетного национального проекта «Образование» (Инновационная образовательная программа РУДН, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института); ежегодно организуемые с помощью конгресс-оператора StatusPraesens общероссийские семинары «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», конгрессы (равно как и конференции по темам ранних сроков беременности, инфекций и инфекционного контроля в акушерстве и гинекологии и многие другие), а также субботние выездные заседания региональных обществ акушеров-гинекологов совместно с членами правления Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) и Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) позволяют автору иметь двустороннюю связь практически с каждым регионом, знать их сильные и слабые стороны, организовывать самые разнообразные формы непрерывного медицинского образования.

Монография предназначена исключительно для профессионалов: акушеров-гинекологов и руководителей женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей факультетов повышения квалификации медицинских работников и последипломного образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов. **Издание не предназначено для широкого круга читателей.**

УДК 618.2
ББК 57.16

ISBN 978-5-9908735-1-3

© В.Е. Радзинский, 2017
© ООО «МедиаБюро Статус Презенс», 2017

Наши представления о физической реальности никогда не могут быть окончательными, и мы всегда должны быть готовы менять эти представления.

А. Эйнштейн

Сложные проблемы всегда имеют простые, лёгкие для понимания **неправильные** решения.

Закон Мерфи

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	13
Предисловие к 1-му изданию	16
Предисловие автора к 1-му изданию.....	19
Предисловие автора ко 2-му изданию.....	25
Введение.	
АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ И БЕЗОПАСНОЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЕ	35
Глава 1.	
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТОРОЖДЕНИЯ	43
Депопуляция в России: истоки.....	46
Русский шанс: есть ли повод для оптимизма?.....	50
Демографические прогнозы.....	53
Государственное «финансирование материнства»	57
Демография и абортный менталитет общества	60
Подростки как демографическая надежда.....	63
Пути преодоления негативных тенденций.....	66
Глава 2.	
МАТЕРИНСКАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ.....	73
Материнская смертность	75
Мировая статистика материнской смертности	76
Материнская смертность, государство и общество	80
Структура материнской смертности как показатель цивилизованности общества	85
Парадоксы материнской смертности в России.....	86
Причины материнской смертности: врачебные ошибки и недостатки организации	98
Пути преодоления материнской смертности и акушерской агрессии	103
Перинатальная смертность и неонатальная заболеваемость.....	107
Статистика перинатальной смертности.....	110
Причины перинатальной смертности: медицинские и социально-экономические.....	113
Парадоксы преждевременных родов в России	114
Пути преодоления перинатальных потерь	115

Глава 3.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ЮРИДИЧЕСКАЯ

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА..... 121

Эволюция понятия «врачебная ошибка» в новом столетии	124
Судебная активность как примета времени	128
Пути преодоления врачебных ошибок	136
Профессиональная защищённость врача	140
Пути преодоления профессиональной уязвимости врача.....	144

Глава 4.

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ 149

Система антенатального наблюдения	151
Пути преодоления дефектов антенатального наблюдения	153
Дискуссии о кратности наблюдения	154
Принципы рациональной диспансеризации беременных.....	154
Пренатальный скрининг	157
Биоценозы. Инфекты. Агрессивная «санация» вне и во время беременности.....	162
Аборт и инфекционно-воспалительные заболевания	164
Врачебная агрессия и микробиоценоз	165
Биоценоз половых путей — где пролегают границы нормы?.....	168
«Лечение анализов»	170
Недоучёт состояния промежности	177
Итоги агрессивной врачебной «деятельности»	178
Дифференциальная диагностика как основа правильного лечения	180
Пути преодоления агрессивных врачебных действий	185
Лечить или не лечить?	187
Как и чем лечить?	189
Коррекция биоценоза до беременности и на ранних сроках.....	194
Идеальные биотерапевтические агенты.....	198
Невнимание к запорам как основа будущих осложнений.....	199
Фармакотерапия беременных. Полипрагмазия.....	201
Масштабы фармакологической агрессии в мире и в России	203
Опасности фармакотерапии при беременности	206
Причины нерациональной фармакотерапии беременных.....	210
Пути преодоления фармакологической агрессии	213
Классификации безопасности лекарств при беременности.....	214

Витамины как фармакологическая агрессия	217
Общие рекомендации по фармакотерапии беременных	228
Коррекция нарушений фетоплацентарного гомеостаза: как избежать агрессии	229
Фитотерапия	235
Полипрагмазия при невынашивании. Сохранять или нет?.....	237
Гестагены	238
Магний.....	243
Токолитики.....	245
Глюкокортикоиды	246
Пути преодоления полипрагмазии.....	249
Внематочная беременность. Реабилитация после хирургического лечения.....	250
Диагностика.....	250
Лечебная тактика	252
Реабилитация	254
Пути преодоления неудач	255
Репродуктивные потери	258
Экстрагенитальные заболевания	263
Артериальная гипертензия	265
Антифосфолипидный синдром.....	268
Болезни почек и мочевых путей	271
Пути преодоления осложнений гестации при экстрагенитальных заболеваниях.....	274
Анемия беременных	278
Пути преодоления осложнений гестации.....	290
Функциональные методы исследования	297
Ультразвуковое исследование	299
Ультразвуковая доплерометрия	301
Кардиотокография	303
Нестрессовый тест	306
Шевеления плода	307
Пути преодоления неправильной интерпретации результатов обследования	309
Интранатальная оценка состояния плода (рекомендации FIGO, 2015) ..	314
Глава 5.	
СТРАТЕГИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА	329
Исторические аспекты системы прогнозирования перинатального риска	331

Спорные моменты использования шкал риска	334
Модификация шкалы перинатального риска	335
Интранатальный прирост.....	338
Пути преодоления недоучёта степени перинатального риска.....	341
Запланированное кесарево сечение.....	344
Программированные роды	346
Глава 6.	
ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ.....	355
Необоснованная госпитализация и полипрагмазия.....	357
Пути преодоления необоснованной госпитализации.....	360
Запоздалая терапия плацентарной недостаточности.	
Задержка роста плода.....	363
Пути преодоления перинатальных потерь при хроническом страдании плода	375
Преэклампсия (гестоз). Гипергидратация при гестозе.....	376
Пути преодоления ошибок	390
Полноценная диспансеризация беременных.....	390
Основные принципы ведения пациенток с преэклампсией (гестозом)	392
Преждевременные роды	396
Ведение женщин с угрозой преждевременных родов.	
Вопросы без ответов?.....	400
Тактика в случае преждевременного излития околоплодных вод	406
Пути улучшения исходов преждевременных родов.....	412
Диагностика преждевременных родов	414
Профилактика преждевременных родов и коррекция ИЦН	416
Профилактика респираторного дистресс-синдрома	420
Особенности техники операции кесарева сечения при преждевременных родах	420
Возможная акушерская тактика при преждевременных родах и многоплодной беременности	422
Неадекватные сроки и методы родоразрешения	426
Программированные роды: за и против, или Не споткнуться на финише.....	431
Пути преодоления неэффективных действий	439
Программированные роды при незрелой шейке матки.....	442
Пути преодоления неправильной подготовки к родам	444
Биологическая зрелость родовых путей	444
Ускорение созревания шейки матки перед индукцией родов	446

Пути преодоления высокой частоты осложнений.....	454
Практическое применение методов и препаратов для подготовки шейки матки	455
Амниотомия без показаний	459
Пути преодоления необоснованной амниотомии.....	463
Техника амниотомии	464
Глава 7.	
АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ В РОДЬЛОКЕ	473
Необоснованные родовозбуждения и родостимуляции	475
Сколько делятся нормальные роды.....	476
Дискоординация родовой деятельности.....	479
Слабость родовой деятельности	482
Бурная родовая деятельность	482
Методология родостимуляции.....	483
Документация ведения родов	489
Аномалии родовой деятельности и состояние плода	489
Пути преодоления	491
Лечение патологического прелиминарного периода	492
Диагностическая тактика при аномалиях родовой деятельности.....	492
Тактика ведения родов при дискоординации родовой деятельности... 495	
Тактика ведения родов при чрезмерно сильной родовой деятельности	496
Тактика ведения родов при слабой родовой деятельности	497
Профилактика аномалий родовой деятельности.....	500
«Пособие» по Кристеллеру: настоящее и придуманное	501
Пути преодоления неразрешённых пособий	510
Разрыв матки: вчера и сегодня. Что ждать завтра?	511
Пути преодоления разрывов матки.....	517
Дистоция плечиков	518
Пути преодоления проблемы.....	520
Акушерская перинеология.....	525
Травмы промежности	530
Роды и последующая дисфункция мышц тазового дна.....	533
Причины родового травматизма.....	533
Расщепление промежности в родах.....	534
Качественное восстановление повреждённой промежности	537
Реабилитация женщин после акушерской травмы промежности	539
Пособия по защите промежности.....	541
Пути преодоления тяжёлых разрывов промежности.....	545

Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода	550
Пути преодоления неоправданных оперативных пособий в родах.....	555
Акушерские щипцы	555
Вакуум-экстракция плода	556
III период родов.....	558
Пути преодоления неправильной тактики	563
Кесарево сечение	563
Кесарево сечение, перинатальная смертность и неонатальная заболеваемость.....	570
Какова оптимальная частота кесаревых сечений?	573
Причины чрезмерного увлечения кесаревыми сечениями	574
Опасности кесарева сечения	576
Показания к кесареву сечению: время переосмысления.....	578
Соотношение экстренных и плановых кесаревых сечений.....	582
Пути преодоления высокой частоты абдоминального родоразрешения.....	585
Показания к операции кесарева сечения.....	587
ВОЗ: классификация показаний к кесареву сечению (Robson M., 2001)	589
Коэффициент эффективности кесарева сечения (Костин И.Н., 2016)	591
Оперированная матка (рубец на матке)	598
Полноценность рубца на матке.....	599
Осложнения в родах при рубце на матке	603
Техника кесарева сечения при рубце на матке.....	604
Пути преодоления разрывов «оперированной» матки	608
Обезболивание родов и анестезиологическое пособие при кесаревом сечении	610
Эндотрахеальный наркоз и материнская смертность	612
Рациональное применение эпидуральной анестезии	613
Осложнения регионарной анестезии	617
Пути преодоления анестезиологических осложнений в родах	618
Кровотечения.....	621
Кровотечение как следствие акушерской агрессии	624
Недооценка кровопотери	624
Агрессивное восполнение кровопотери	626
Этап консервативного гемостаза	628
Промежуточный этап гемостаза.....	632
Оперативный этап остановки кровотечения	633
Новые методы борьбы с кровотечениями	638
Пути преодоления отживших способов профилактики и лечения	638
Этапность оказания помощи при акушерских кровотечениях	639

Кровотечения и акушерская агрессия	641
Аномалии родовой деятельности.....	641
Преэклампсия и кровотечения	641
Причины послеродового кровотечения	644
Консервативный этап борьбы с кровотечением.....	644
Управляемая баллонная тампонада матки	649
Хирургический этап остановки кровотечения	654
Принципы адекватной инфузионно-трансфузионной терапии	654
Глава 8.	
«ЕСТЕСТВЕННОЕ АКУШЕРСТВО»: ПРАВДА И ЛОЖЬ	663
Исторический экскурс	665
Что говорит официальная наука?	670
Пути преодоления предрассудков и коммерческих устремлений	675
Глава 9.	
ВЫНУЖДЕННАЯ АГРЕССИЯ	685
Аборты.....	687
Репродуктивное поведение и общественные институты	688
Число абортов как показатель развития общества.....	692
Медицинский аборт и материнская смертность	696
Легализация абортов.....	698
Аборт и его осложнения	703
Репродуктивное просвещение	707
Медикаментозный аборт.....	712
Безопасный аборт	716
Пути преодоления абортов.....	721
Плановая контрацепция как профилактика абортов.....	722
Послеродовая контрацепция	728
Контрацепция юных женщин	730
Контрацепция в разных клинических ситуациях	733
Экстренная контрацепция	737
Послеабортная реабилитация.....	737
Потерянные беременности.....	741
Самопроизвольный выкидыш	741
Неразвивающаяся беременность	743
Диагностика	744
Лечение.....	746
Пути преодоления репродуктивных потерь	752

Глава 10.	
ПРЕОДОЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ АГРЕССИИ	763
Санэпидрежим.....	765
Пути преодоления нарушений санэпидрежима	767
Современные перинатальные технологии.....	774
Совместное пребывание и раннее прикладывание	777
Эксклюзивное грудное вскармливание.....	785
Первичный туалет новорождённого.....	794
Ранняя выписка	794
Мой опыт внедрения современных перинатальных технологий.....	796
Пути преодоления сопротивления медицинских работников	807
Поздняя выписка из-за вакцинации.....	811
Пути преодоления необоснованной поздней выписки	813
Неонатальный скрининг	814
Пути преодоления задержки ранней выписки	816
Организационная агрессия системы родовспоможения	817
Пути преодоления организационной агрессии	824
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	833
<i>Приложение 1. Бумм в XXI веке. Предисловие к репринтному изданию руководства Эрнста Бумма</i>	<i>834</i>
<i>Приложение 2. Десять шагов к успешному грудному вскармливанию</i>	<i>838</i>
<i>Приложение 3. Перечень клинических рекомендаций (протоколов лечения) по профилю «акушерство» (2015).....</i>	<i>838</i>
<i>Приложение 4. Перечень клинических рекомендаций Ассоциации акушерских анестезиологов (2015).....</i>	<i>839</i>
<i>Приложение 5. Книги и учебники проф. В.Е. Радзинского по акушерству.....</i>	<i>840</i>
<i>Приложение 6. Докторские и кандидатские диссертации, выполненные при консультировании и под руководством проф. В.Е. Радзинского (утверждены ВАК СССР и ВАК РФ)</i>	<i>843</i>
<i>Приложение 7. Предложения по совершенствованию Приказа №572н</i>	<i>856</i>
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	862

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ACOG	— American college of obstetricians and gynecologists, Коллегия американских акушеров-гинекологов
CA-125	— cancer antigen 125, раковый антиген 125
CIHR	— Canadian institutes of health research, Общество гинекологических исследователей Канады
COGI	— Controversies in obstetrics, gynecology and infertility, Всемирный конгресс по противоречиям в акушерстве, гинекологии и бесплодии
CDC	— Centers for disease control and prevention, Центры по контролю и профилактике заболеваний США
Dip	— в переводе с англ. «провал», сокращённое название децелераций
ELI-P-тест	— ELISA-detected probability of pathology in pregnancy, иммуноферментный тест, направленный на определение риска патологии плода и новорождённого
EAGO	— European association of gynaecologists and obstetrician, Конгресс Европейской ассоциации акушеров-гинекологов
FDA	— Food and drug administration, Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (США)
FIGO	— International federation of gynecology and obstetrics, Международная федерация акушеров-гинекологов
FISH	— fluorescence <i>in situ</i> hybridization, флуоресцентная гибридизация <i>in situ</i>
HAMLET	— human α -lactalbumin made lethal to tumor cells, человеческий α -лактальбумин, губительный для опухолевых клеток и почти всех инфектов
HB _s Ag	— surface antigen of hepatitis B, поверхностный антиген вируса гепатита В
HELLP-синдром	— симптомокомплекс, включающий внутрисосудистый гемолиз (hemolysis), увеличение печёночных ферментов (elevated liver enzymes) и уменьшение концентрации тромбоцитов (low platelet count)
hERG	— human ether-a-go-go-related gene, ген калиевого канала сердца
NIH	— National institutes of health, Национальные институты здоровья США

PAPP-A	— pregnancy-associated plasma protein A, ассоциированный с беременностью плазменный протеин-A
P	— pulsation index, пульсационный индекс
PIBF	— progesterone-induced blocking factor, прогестерон-индуцированный блокирующий фактор
PIGF	— placental growth factor, плацентарный фактор роста
RCOG	— Royal college of obstetricians and gynaecologists, Королевский колледж акушеров и гинекологов (Великобритания)
VEGF	— vascular endothelial growth factor, фактор роста эндотелия сосудов
АД	— артериальное давление
АМН	— Академия медицинских наук
АТФ	— аденозинтрифосфорная кислота
АЧТВ	— активированное частичное тромбопластиновое время
АФП	— α -фетопротеин
БАД	— биологически активная добавка
ВЗОМТ	— воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВМС	— внутриматочное средство
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВПр	— врождённый порок развития
ВРТ	— вспомогательные репродуктивные технологии
ГОМК	— γ -оксимасляная кислота
ГРЛС	— Государственный реестр лекарственных средств
ДВС	— дессиминированное внутрисосудистое свёртывание
ДИ	— доверительный интервал
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ДНТ	— дефект нервной трубки
ДТП	— дорожно-транспортное происшествие
ЖДА	— железодефицитная анемия
ИВЛ	— искусственная вентиляция лёгких
ИЛ	— интерлейкин
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путём
ИЦН	— истмико-цервикальная недостаточность
КОЕ	— колониеобразующая единица
КОК	— комбинированный оральная контрацептив
КТГ	— кардиотокография
КЭКС	— коэффициент эффективности кесаревых сечений
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
МКБ	— Международная классификация болезней

МРТ	— магнитно-резонансная томография
НПВС	— нестероидное противовоспалительное средство
ООН	— Организация Объединённых Наций
ОР	— отношение рисков
ОЦК	— объём циркулирующей крови
ОШ	— отношение шансов
ПАМГ	— плацентарный α_1 -микроглобулин
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РАН	— Российская академия наук
РДС	— респираторный дистресс-синдром
РНК	— рибонуклеиновая кислота
РОАГ	— Российское общество акушеров-гинекологов
СанПиН	— санитарные правила и нормы
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
СПИД	— синдром приобретённого иммунодефицита
СПТ	— современные перинатальные технологии
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ХГЧ	— хорионический гонадотропин человека
ФАП	— фельдшерско-акушерский пункт
ФНО	— фактор некроза опухоли
ЦНС	— центральная нервная система
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЭКО	— экстракорпоральное оплодотворение
ЭхоКГ	— эхокардиография
ЮНИСЕФ (UNICEF)	— United nations children's fund, Детский фонд ООН

ПРЕДИСЛОВИЕ К 1-МУ ИЗДАНИЮ



Савельева Галина Михайловна, акад. РАН, ведущий российский акушер-гинеколог, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, автор более 500 научных работ. Под её руководством защищено более 125 кандидатских и 37 докторских диссертаций. Научная школа Г.М. Савельевой признана лучшей в России (победитель конкурса Российского фонда фундаментальных исследований).

Четыре года назад вышло прекрасное репринтное издание книги **первого мирового классика в акушерстве Эрнста Бумма***. Предисловие к этой книге написал заслуженный деятель науки РФ, проф.

В.Е. Радзинский. Глубина современного восприятия, определение наиболее важных концепций и наиболее полезные аспекты старинного руководства по акушерству, выдержавшего одиннадцать изданий (последнее — Берлин, октябрь 1917 года), **продемонстрировали не только важность и полезность книги, но и оригинальный взгляд автора** предисловия на современное родовспоможение в целом, на его достоинства и недостатки, а также на широкий спектр проблем, палитра которых простирается от 1917 до 2007 года. Я предложила автору «Акушерской агрессии» непременно включить указанное предисловие в приложение к настоящей книге, ибо этот исторический экскурс поможет читателю глубже понять мысли автора по основным проблемам современного родовспоможения.

Я помню Виктора Евсеевича врачом и заведующим родильным отделением в клинике, которой руководил его учитель — выдающийся акушер-гинеколог, член-корр. Академии медицинских наук СССР Н.С. Бакшеев. Характер ученика был под стать учителю: независимый, упорный, жёсткий в достижении целей. Очень обязательный, **с обострённым чувством справедливости**. После смерти Н.С. Бакшеева ему предложили «сменить» научного руководителя. Не согласился, хранил у себя в кабинете портрет учителя в траурной рамке, защитил кандидатскую, не получил места на кафедре, работал врачом в акушерском, гинекологическом, онкогинекологическом отделениях, стал главным специалистом района, написал первые книги**. Продолжал научную работу на базе двух научно-исследовательских институтов (НИИ)

* Бумм Э. Руководство по акушерству / Пер. с нем. С.И. Розенфельд. — Репр. изд., 1922. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 600 с.

** Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: Здоровье, 1983. — 208 с.

Академии наук Украины — НИИ биохимии и НИИ молекулярной биологии и генетики, защитил докторскую в Санкт-Петербурге.

В том же 1985 году молодой доктор наук был приглашён Центральным комитетом Компартии Туркменистана заведовать кафедрой акушерства и гинекологии, а спустя ещё 4 месяца назначен директором НИИ охраны здоровья матери и ребёнка. Аналогов **в отечественной истории не было: ещё никогда не учившийся в ординатуре, аспирантуре, докторантуре 38-летний профессор не возглавлял два самых тяжёлых направления республиканского здравоохранения**, поскольку материнская и младенческая смертность «зашкаливали».

В те годы **специалисты часто ездили по стране и рассказывали о первых шагах молодого директора**: обучении на своих базах интернов и специалистов районного звена ургентной помощи (в том числе технике кесарева сечения, операции при внематочной беременности), коренной перестройке подготовки субординаторов и многом другом. Результат не замедлил сказаться: в каждой из 44 центральных районных больниц (ЦРБ) Туркменистана появились оперирующие акушеры-гинекологи; до этого они были только в двадцати одной. Материнская смертность снизилась в 2 раза. Об этом хорошо написано в книге В.И. Кулакова и О.Г. Фроловой. Туркменский НИИ из третьей категории был переведён в первую, создали диссертационный совет, на базе НИИ стали проводить Научный совет АМН СССР «Экология и репродукция».

В 1985 и 1992 годах грянули эпидемии вирусного гепатита Е (бывший «ни А, ни В»), от которого умирали только беременные, и до 1985 года таких пациенток было принято родоразрешать. Не согласившись с этим, поругавшись с главными специалистами Минздрава СССР, Виктор Евсеевич **обосновал и добился пролонгирования беременности, что привело к снижению смертности беременных на 70%**. А доцент руководимой им кафедры защитила диссертацию, убедившую всех, что гепатаргия при сохранённой плаценте не так чревата гибелью женщины, как в случаях без сохранённой плацентарной системы.

В 1994 году — переезд в Москву, был назначен руководителем Второй клиники Московского областного НИИ акушерства и гинекологии (МОНИИАГ). Здесь борьба за современные перинатальные технологии, их научное обоснование в Московской области. Благодаря его любимой ученице с ашхабадских времён — главному педиатру Минздрава Московской области (ныне докт. мед. наук, проф. И.Н. Захарова) — **современные перинатальные технологии внедрялись шире и полноценнее всех в стране**. Велась интенсивная научная работа в альянсе с директором МОНИИАГ, акад. РАН, проф. В.И. Краснопольским и зам. директора по науке, проф. М.В. Фёдоровой. Как хорошо гармонировали суровый Владислав Иванович Краснопольский

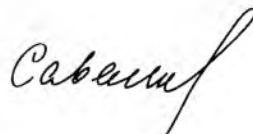
и улыбчивый Виктор Евсеевич, как здорово работал этот тандем на зарубежных конференциях! А потом с 1996 года — опять кафедра, но уже в Российском университете дружбы народов (РУДН).

Последние 15 лет были посвящены весьма плодотворной деятельности: 36 докторских, 140 кандидатских диссертаций, 26 монографий и учебников, издание руководств для всей страны. Невероятный объём общественной работы: вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ), главный специалист Росздравнадзора, член редколлегий ведущих журналов по специальности, главный редактор единственного общественно-политического журнала для акушеров-гинекологов России «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак», **организатор отечественных конференций о противоречиях в науке и практике**, руководитель постоянного международного семинара «Ранние сроки беременности», проводимого каждые 2 года.

Постоянно бывая в регионах страны, изучая и анализируя основные формы работы родовспомогательных учреждений, В.Е. Радзинский как опытный профессионал не мог не отметить различий и противоречий (контраверсий) в самых, казалось бы, очевидных процессах и технологиях родовспоможения. Первая статья о наиболее агрессивных сторонах деятельности акушера-гинеколога была опубликована в журнале «Акушерство и гинекология» в 2006 году и вызвала большой резонанс. По этой теме читали лекции, её обсуждали на форумах «Мать и дитя», на региональных научно-практических конференциях, накапливали новые факты. Вероятно, это и привело его к мысли обобщить имеющиеся несоответствия, взглянуть своим взглядом на современное родовспоможение, сравнить с мировым опытом, а главное — предложить *urbi et orbi* методы (более модно — технологии), которые бы сделали нашу профессию более безопасной и менее агрессивной при хороших результатах (что убедительнейшим образом доказывают клинические базы кафедры РУДН, где наблюдаются одни из лучших показателей перинатальной смертности при невысокой частоте кесаревых сечений, внедряются современные перинатальные технологии и прочие наиболее заметные новации отрасли).

Сказать, что в книге много спорного, — ничего не сказать. Я готова дискутировать по доброй трети позиций автора, но именно в этой будущей дискуссии и заключается смысл книги! Не будем равнодушными исполнителями — будем творцами на пути развития нашей потрясающе важной, интересной и, увы, опасной специальности.

Акад. РАН, докт. мед. наук, проф. Г.М. Савельева



ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА К 1-му ИЗДАНИЮ

Эта книга была задумана несколько лет назад, и работа над ней оказалась нелёгкой.

Дело и в чрезвычайно большом объёме информации, и в **изобилии версий и контраверсий**, популярных на протяжении минувшего десятилетия. Даже меня, акушера с 40-летним стажем, не говоря уже о более молодых коллегах в России и в мире, озадачивают многие не только новые, но и хорошо забытые «старые» технологии, призванные обеспечивать безопасное материнство. Среди последних, например, **осмоонкотерапия гестоза — настоящий ренессанс метода Бровкина в новых технологиях**. Используем мы тот же сульфат магния, только теперь титруем его через инфузомат. Новый способ введения внёс свои плюсы, свои усовершенствования — методика абсолютно исключает гипергидратацию и не требует столь жёстко огромного внимания к точности дозирования. Удобства настолько очевидны, что зачастую метод внедряется в тот же день, как больница получает наконец долгожданные инфузоматы!

Гораздо медленнее приживаются современные перинатальные технологии — возврат к «натуральным», веками бытовавшим в народной и научной медицине (сформированным эволюционно!) методам защиты от послеродовых и неонатальных инфекций. Все **они основаны на эксклюзивном грудном вскармливании с первых минут жизни младенца**, на его совместном пребывании с матерью для кормления «по первому требованию» и максимально ранней выписке. Более эффективного способа профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний в мире нет и не будет!

Наконец-то пришло понимание (далеко не всеми, к сожалению) **пагубности «санации» влагалища на основании малоинформативных неколичественных бактериологических исследований** и методики ПЦР. Положительный результат этих анализов не всегда соответствует дисбиозу (вагинит, бактериальный вагиноз) или присутствию истинно патогенных возбудителей (гонококков, хламидий, трихомонад, стрептококков группы В). «Лечить не анализы, а болезнь» (проф. И.Б. Манухин) стали с 2007 года в Соединённых Штатах Америки (США), где даже бактериоскопическое исследование влагалищных выделений беременным не назначают, если нет жалоб на патологические бели или обоснованного подозрения на осложнения инфекционного генеза в анамнезе.

Современных акушеров не могут оставить равнодушными и **новые технологии в лечении послеродовых кровотечений**: органосохраняющие операции, восполнение кровопотери собственными (!) отмытыми эритроцитами (Cell Saver) и внутрисосудистого объёма — крахмалом, ангио-

графическая эмболизация (редко применяемый, но перспективный метод лечения).

Несомненным **достижением науки следует признать медикаментозный аборт**. Хотя количество аборт в России заметно снижается, их всё ещё проводят более 1,2 млн в год, преимущественно калечащим хирургическим методом. Аборт с применением антигестагенов и простагландинов провоцирует **осложнения в 100 раз реже**. Распространение этой методики* предупреждает негативные последствия хирургического аборта (прежде всего — эндометрит), улучшит репродуктивное здоровье молодых женщин и прогноз для последующей беременности.

Эти и многие другие отрядные новинки соседствуют, к сожалению, с печальными цифрами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Из почти 400 тыс. женщин, умирающих в течение года в мире по причине беременности и родов (материнская смертность), **35 тыс. погибают в результате врачебных ошибок**. Половина случаев — следствие осложнений наркоза (как правило, интубационного) при кесаревом сечении. Не объяснимо, почему до сих пор в стране существуют стационары, практикующие эндотрахеальный наркоз при абдоминальном родоразрешении вместо регионарной анестезии? **Почему в Российской Федерации (РФ) за год используют только 2 т транексамовой кислоты, а в США — 100 т?** Почему полипрагазия, в том числе назначение совершенно бесполезных, не имеющих доказательной базы препаратов, достигает 100% при беременности и родах? Почему количество непоказанных родостимуляций окситоцином не снижается и составляет 40–60%, как и число амниотомий (в том числе подпольных) при незрелой шейке матки? А ведь это увеличивает число осложнений в 16 раз (!), а частоту кесаревых сечений — в 6 раз!

Особенно **часто ятрогении сопровождают преждевременные роды**, в настоящее время определяющие не только перинатальную, но и всю детскую смертность в России. Как действие (неоправданный отказ от антиинтранатального токолиза, от выполнения кесарева сечения при наличии показаний), так и бездействие (за 2007 и 2008 годы обезболивание родов при недоношенной беременности в шести мониторируемых регионах не достигло 6%) **приводит к высокой перинатальной смертности, заболеваемости, росту числа «аппаратных» детей с не всегда благоприятным исходом**. И вспомним, статистика (не очень достоверно притом) учитывает детей с массой тела от 1000 г. А что будет, когда РФ перейдёт на регистрацию 500-граммовых детей? А случится это, напомним, уже в 2012 году.

* Прорыв 2012 года — официальное утверждение в России дозы мифепристона 200 мг (вместо 600 мг) для медикаментозного аборта — позволяет надеяться на ускорение внедрения методики (она стала дешевле хирургического аборта). [Прим. 2016 года.]

Вопросы далеко не праздные. Меняется политическая и социально-экономическая ситуация в стране. Высокая компьютерная грамотность, всемирная сеть Интернет не оставляют в тени ни одну сторону современной жизни. Как всегда, среди излюбленных тем для критики фигурируют **образование и медицина**, причём абсолютный лидер в последней номинации — родовспоможение. Обычным гражданам нашей страны, формирующим своё мнение на основании телепередач и публикаций в газетах, крайне сложно объяснить, что материнская и перинатальная заболеваемость и смертность зависят в первую очередь от уровня социально-экономического развития страны. Немедикам **чрезвычайно трудно дать положительную оценку реальной динамики** снижения этих показателей: не два-три случая материнской смертности в сутки, а только один! Нам, медицинским специалистам, очевидно, что это шаг вперёд, а родственники каждой погибшей женщины всегда придерживаются иного мнения и выплёскивают свой гнев в средства массовой информации, порождая очередную волну критических телепередач и публикаций в прессе.

Именно в **человеческой психологии** нужно искать истоки готовности общества обрушиться на акушеров-гинекологов с обвинениями во всех смертных грехах. Других причин нет, потому что разве можно сопоставить ежегодные 33 тыс. жизней, оборвавшихся в дорожно-транспортных происшествиях, 15 тыс. — унесённых алкоголем, 12 тыс. женщин, погибающих от рук мужей и сожителей, и... 350 невыживших матерей? Цифры сами отвечают на этот вопрос, однако можно понять общество, уделяющее проблеме материнской смертности несопоставимо больше внимания, чем любой из вышеназванных «социальных язв». Ни в одной другой медицинской специальности не разбирается так строго каждый случай, не выносятся столько взысканий и так часто не доходят дела до прокуратуры.

Взросшая социальная активность породила особых юристов, специализирующихся «на медицине» и грамотно составляющих иски в интересах пациентов. **Только в 2002–2008 годах число исков к акушерам-гинекологам возросло примерно в 10 раз.** Это приметы гласности, расширения общественного контроля, и врачи должны помнить о таком положении вещей. Прошло время идеалистического отношения к врачу если не как к божееству, то как к безусловному авторитету.

Second opinion («второе мнение») стало **привычным атрибутом** зарубежной медицины. Тот или иной метод диагностики и лечения пациент обсуждает не только с лечащим, но и с другим врачом, а иногда и с несколькими. Нравится нам это или нет, но современный врач прежде всего поставщик медицинских услуг. И он — враг номер один по умолчанию. И «услуги» (что поделать, меня по-прежнему коробит это слово!) **должны быть качествен-**

ными, особенно с учётом незастрахованности врача, нерегламентированности его профессиональной деятельности, отсутствия хотя бы простых, но повсеместно выполнимых стандартов и протоколов.

И, разумеется, хочется сказать о приобретении и повышении квалификации — основе профессиональной деятельности. Можно критиковать и вузовскую, и последипломную (несравнимую с аналогичной системой ни в одной цивилизованной стране) подготовку, но **грамотный врач всегда осведомлён, каких знаний ему не хватает, и обязательно их восполнит**. Не менее важно знать, чего делать не следует (даже если с молодых ногтей учат лечить гипотоническое кровотечение тупфером с эфиром, швами по Лосицкой и льдом в прямой кишке, а кровопотерю восполнять «Полиглюкином» и «Желатинолем»). Мало быть грамотным и даже умелым. Врачу надо иметь гражданскую позицию и, как ни высокопарно это звучит, мужество. Возможно, противостоять придётся не только неверным тенденциям, но и собственному опыту, каким бы большим он ни был (см. главу 3 «Врачебные ошибки и юридическая ответственность врача»).

Именно **противодействию посвящена книга, которую вы держите в руках**. Противодействие состоит в критическом осмыслении действий врача родовспомогательного учреждения с позиций профилактики акушерской агрессии*. Её элементы можно усмотреть в большинстве случаев с неблагоприятным исходом беременности и родов.

Работа над этой книгой могла бы затянуться. Однако когда-то в программе «Очная ставка» на НТВ прошёл сюжет «Врачи-палачи» (!). В силу возраста я не помню «врачей-убийц» 50-х годов XX века. Однако **чувства, вызванные форсированным психологическим трагифарсом** (были приведены три случая материнской смертности; чего стоила одна только «очная ставка» врача и овдовевшего отца малолетней крохи!), **побудили меня завершить работу над книгой**. Ужас, вызываемый упомянутым телесюжетом и аналогичными публичными осуждениями, в том, что врачи действительно виновны и действовали сознательно!

Вот анестезиолог лишил жизни женщину при эндотрахеальном наркозе для кесарева сечения — необходим **внятный регламент о преимуществах регионарной анестезии!**

Другой врач, оказывая «пособие» по Кристеллеру**, «выдавил» ребёнка-инвалида и не диагностировал разрыва селезёнки. Разве новость, что «пособие» по Кристеллеру запрещено? Кстати, с 1 января 2008 года во Франции

* Акушерская агрессия — ятрогенные, научно не обоснованные действия, направленные якобы на пользу пациентке, а в итоге приносящие матери и плоду вред.

** В чём разница между современным «пособием» по Кристеллеру и авторской методикой ручного пособия Самуэля Кристеллера, читайте в главе 7.

врача, уличённого в этом рукодействе, пожизненно лишают права работы по специальности.

В третьем случае, удаляя разорванную матку после родов крупным плодом, врач переоценил свои силы, но не считает себя виноватым. Разве органосохраняющие операции по поводу разрыва матки стали известны только сегодня?

Здесь и вина, и беда врачей, пытающихся жить «правильными» представлениями. Что уж говорить о **действительно трудных случаях**, когда никакого опыта и знаний не хватает! Я убеждён, что только преемственность поколений специалистов в роддоме («старики» примерно 60 лет, 40–60-летние «средняки» и «молодёжь» 22–40 лет) может способствовать решению этой проблемы. И пусть доктор в 75 лет не так трудоспособен, как юные коллеги, но **в критической ситуации его огромный опыт и клиническое мышление помогут избежать «студенческих» и менее очевидных ошибок.**

Для этой же цели создана книга «Акушерская агрессия». Предостеречь врача, поделиться многолетним опытом борьбы с ятрогениями, доложить о скромных, но несомненных успехах на этом трудном пути, достигнутых на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов (РУДН). По большому счёту, это попытка перехода от проблем «безопасного материнства» к безопасному (в том числе и для врача!) акушерству.

Этот труд был бы немислим без моих самоотверженных помощников — научного редактора и автора всех иллюстраций, доц., канд. мед. наук Игоря Николаевича **Костина** (ради своевременной сдачи книги он даже отложил защиту докторской диссертации), канд. мед. наук Мирославы Леонидовны **Полиной** и аспиранта Олеси Анатольевны **Ермаковой**, — неустанно готовивших книгу к изданию.

Известно, что практика — лучший критерий истины. Поэтому слова благодарности я адресую руководителям учреждений, где эффективно противостоят акушерской агрессии, — главным врачам роддома №25 и ГКБ №29.

Спасибо членам комитета по качеству медицинской помощи Российского общества акушеров-гинекологов за многолетнюю совместную работу по поиску «узких мест», а также всем российским акушерам-гинекологам, избравшим меня председателем этого комитета.

Моя искренняя признательность корифеям отечественного акушерства: академикам Галине Михайловне **Савельевой**, Владимиру Николаевичу **Серову**, главному акушеру-гинекологу Минздравсоцразвития РФ Лейле Владимировне **Адамян**, академикам Эдуарду Карповичу **Айламазяну**, Владиславу Ивановичу **Краснопольскому**, Ираиде Степановне **Сидоровой**, про-

фессорам Юрию Мироновичу **Блошанскому**, Вере Николаевне **Прилепской**, Игорю Борисовичу **Манухину**, Александру Николаевичу **Рымашевскому**, Ильдару Фаридовичу **Фаткуллину**, Валентине Григорьевне **Бреусенко**, Ирине Дмитриевне **Евтушенко**, Олегу Григорьевичу **Пекареву**, Елене Евгеньевне **Григорьевой**, Татьяне Юрьевне **Пестриковой**, Лидии Сергеевне **Логотовой**, Виталию Борисовичу **Цхаю**, Наталье Владимировне **Артымук**, Ирине Ивановне **Кукарской**, Ольге Игоревне **Линёвой**, Игорю Аркадьевичу **Салову**, Николаю Александровичу **Жаркину**, Людмиле Владимировне **Ткаченко**, Евгению Григорьевичу **Шварёву**, Михаилу Михайловичу **Падрулю**, Надежде Васильевне **Башмаковой**, Любви Валентиновне **Посисеевой**, Ольге Григорьевне **Фроловой**.

Спасибо им за острые дискуссии, согласия и несогласия, «версии и контраверсии» в обсуждении насущных проблем родовспоможения. Слова искренней признательности я адресую коллегам из разных регионов России, с кем мы живём общей жизнью, пытаюсь динамически переосмысливать спорные вопросы нашей нелёгкой специальности.

В.Е. Радзинский

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА КО 2-МУ ИЗДАНИЮ

За 7 лет, прошедших после издания книги «Акушерская агрессия», в системе родовспоможения нашей страны произошли поистине радикальные изменения. **Их важность и масштаб можно сравнить с процессом создания службы родовспоможения в целом в Советском Союзе в конце 1920-х годов.** В те времена пришлось делать всё практически «с нуля»: ничтожное число родильных отделений и только в крупных населённых пунктах, полное отсутствие медицинской помощи на селе, сильно поредевший врачебный состав — многие не пережили Гражданскую войну, многие уехали из страны. Но энтузиазм и организаторские способности врачей и наркомов здравоохранения помогли справиться с этой задачей — и мы преклоняем голову в знак уважения к их титаническому труду.

В течение всего лишь одного десятилетия всю страну покрыли сетью женских консультаций, стали строиться родильные дома, ожила научная жизнь, наладили подготовку новых врачебных кадров. Задачи, стоявшие перед системой родовспоможения в 1930-е и послевоенные годы, были решены, страна развивалась, возникали новые проблемы, требовавшие иного системного подхода, но... **В созданной почти столетие назад службе родовспоможения практически не происходили радикальные изменения,** и до XXI века в работе системы можно было наблюдать как определённые достижения, так и недостатки, унаследованные от советской модели.

В первую очередь это касается информационно-образовательного момента. Времена, когда можно было лечить, оказывать акушерскую помощь, предупреждать различные осложнения беременности на основании так называемых «экспертных» данных или методических рекомендаций, **не подкреплённых доказательствами,** остались в прошлом. И это положительный момент, исключивший ситуацию, когда кто-то что-то сказал, написал, предложил, кто-то это принял, кто-то — нет, в результате получалась настоящая анархия и развитие «местечкового акушерства». Таков был эффект подавляющего числа методических рекомендаций, как утверждённых вышестоящими инстанциями, так и не утверждённых.

И вот наконец пришло время — не надо говорить «доказательной медицины», правильно: **«медицины, основанной на доказанном».** При этом результаты должны быть сходные, достаточно качественные и получены не в одном каком-то учреждении, а во многих центрах, в разных странах, на разных континентах. Вот на этом **очень сложном этапе перехода от экспертных данных к доказанным** была написана книга «Акушерская агрессия». В ней чётко было показано преимущество современных меро-

приятий, отвечающих принципам evidence based medicine, в отличие от тех, которые должного подтверждения не имели и продолжали присутствовать в повседневной акушерской деятельности. Более того, чего греха таить, и по сегодняшний день некоторые из них применяют практикующие врачи. Книга «Акушерская агрессия» **показывает неизбежность отмирания подобной практики** и необходимость обращения к новым источникам знаний.

Однако информационный поток таит свои сложности: ежегодно в мире публикуют 6000 материалов по акушерству и гинекологии, то есть современный врач должен читать в день по 17–20 статей! Нереально, даже звучит смешно. Собственно, этого и не надо делать: 98% статей не соответствуют принципам доказательности. Вспомним данные Всероссийского центра изучения общественного мнения, опубликованные в одном из выпусков журнала StatusPraesens (2011): **российские врачи предпочитают получать знания** не из учебников, журналов и электронных баз данных, а на конференциях. Будем надеяться, что это переходный этап на пути к самостоятельному поиску нужной информации. Почему этап? Потому что медицинские вузы обязаны передать существенную часть программ обучения на самостоятельное освоение студентам и слушателям всех форм повышения квалификации — и они постепенно передают!

Отметим, что на качестве обучения это никак не сказалось: контроль подтвердил, что самостоятельно изученные теоретические знания усваиваются ничуть не хуже, чем полученные на семинарских занятиях. Впоследствии эта привычка станет потребностью, и мы окажемся частью мировой информационной системы, прежде всего англоязычной. Постулат прошлого века «Миром владеет тот, кто владеет информацией» в новом столетии сменился другим — **«Миром владеет тот, кто имеет доступ к информации»**.

Что же доминирует сегодня? Должна ли информация заполнять вакуум недополученных знаний или стать факелом, освещающим сложности применения доказательных данных в повседневной практике? Ответ не столь очевиден. Минимум пятикратное увеличение объема необходимых знаний за последние десятилетия **не увеличило сроков обучения**, не вызвало коренного пересмотра программ, в которые часто вносили целые разделы, не только ненужные, но и вообще не подтвержденные доказательными исследованиями. Изменить в короткие сроки это не удастся. Эффективнее облегчить врачу **поиски путей доступа к надёжной информации**.

Надёжная — это та, которая имеет доказательную базу, нашла своё отражение в мировых и отечественных протоколах лечения. Кстати, последние важны для врачей всего мира: за рубежом невозможно работать, полагаясь

на личный опыт, мнения авторитетных экспертов, рекомендации отдельных кафедр или институтов. Только стандарты и протоколы!

Дискредитировавшая себя система послевузовского образования, делавшая упор на сугубо теоретические знания, не подкреплённые отработкой практических навыков, сегодня претерпевает реорганизацию. Для этого, по счастью, появились технические возможности: введены командные тренинги в симуляционных центрах (такие тренинги «вживую» возможны и непосредственно на рабочих местах), а также **непрерывное медицинское образование путём участия в сертифицированных конгрессах, конференциях**, как это уже давно практикуют за рубежом. Развитие информационных технологий позволяет сегодня организовать международную конференцию прямо на рабочем месте врача!

Ещё раз повторюсь: **за последние 10–12 лет в отечественном родо-вспоможении сделано столько, сколько не было сделано за предыдущие шестьдесят**. И прежде всего это касается унификации лечебно-профилактических мероприятий в отрасли: создания и утверждения приказами не только Минздрава, но и Минюста Порядка оказания медицинской помощи во время беременности, в родах и в послеродовом периоде, Порядка оказания неонатальной помощи. В этот же список следует включить разработанную и, более того, уже вполне успешно работающую **регионализацию и маршрутизацию акушерской помощи**.

К сожалению, столь высокой оценки нельзя дать регионализации и маршрутизации помощи при экстрагенитальных заболеваниях. Ведь уже 7 лет, как экстрагенитальные болезни занимают первое место в структуре причин материнской смертности. Это **одна из самых нерешённых проблем отечественного родовспоможения**, когда по-прежнему помощь больным беременным вопреки регламенту, утверждённому Приказом №572н, **оказывают не в профильных стационарах**, а в отделениях патологии беременных, где нет врачей, специализирующихся на этой медицинской помощи.

Прежде всего речь идёт о кардиохирургическом направлении. Ведь даже наличие в штате вышеупомянутых отделений патологии (которых в мире нет вообще) кардиологов не решает проблему: всё равно там не оперируют сердце и сосуды и тем самым не снижают материнскую смертность.

Весьма неблагоприятным оказалось строительство перинатальных центров отдельно от крупных многопрофильных больниц, где рядом существуют все необходимые отделения — это стационары республиканских и областных многопрофильных больниц. В результате акушеры вынуждены приглашать необходимых специалистов к себе, а переводы женщин из перинатального центра или другого родильного отделения в профильные клиники — кардиологические, гепатологические, эндокринологические — **происходят**

с большими затруднениями или вовсе терпят фиаско. Именно поэтому те изменения, которые произошли за последние годы, хотя и признаны существенными, не привели к «раю на земле». Это фактически означает, что **необходимы дальнейшие усилия по улучшению не только акушерской помощи, но и помощи «по профилю»** для предотвращения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

В мире в целом за это время произошли радикальные изменения, прежде всего применительно к показателю материнской смертности. Впервые на планете Земля — и это не высокие слова, ибо такого действительно не было, — материнская смертность по сравнению с началом XXI века снизилась в 2 раза: с 590 тыс. в 2000 году до 300 тыс. в 2013–2015 годах. Эти потрясающие позитивные сдвиги не объяснить только лишь улучшением медицинской помощи.

Вот здесь кроется **один из очень серьёзных мировых постулатов нашего времени.** Смертность снизилась почти в соответствии с прогнозами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1970 года, однако так и не достигнув желаемого уровня и с существенным отставанием по времени. Прогноз 1970 года базировался на создании системы планирования семьи, предусматривавшей регулирование частоты и общего количества родов, достижение интергенетического интервала не менее 2 лет и прекращение родов у женщин старше 45 лет. По этим прогнозам, как известно, к 2000 году показатель материнской смертности должен был стать меньше в 2 раза, то есть с 500 тыс. в 1970 году достигнуть 250 тыс. к 2000-му. Этого не только не случилось, но **материнская смертность ещё и увеличилась на 20%** и вместо 500 тыс. составила... 590 тыс. умерших в связи с беременностью, родами и в послеродовой период. И только в 2015 году показатель достиг 300 тыс., всё равно оставаясь выше намеченного: одна из Целей тысячелетия подразумевала уменьшение показателя материнской смертности до 130 тыс. уже во втором десятилетии XXI века. Не получилось.

В чём причина? Анализ показывает, что на улучшение статистического показателя материнской смертности повлияло не только **повышения качества медицинской помощи.** В этом контексте следует отметить положительное влияние ряда мер, имеющих доказательную базу: **осмотерапии преэклампсии магнием, медикаментозного аборта и замены интубационного наркоза при кесаревом сечении регионарной анестезией.** Это в целом сохраняет около 100–110 тыс. жизней в год. А всё остальное — это последствие небывалого прежде в истории человечества **уменьшения рождаемости:** последние 6–7 лет мы наблюдаем во всём мире, в первую очередь в Африке, в Юго-Восточной Азии, замену традиционной многодетности на среднететность — не 12–14, а 6–7 детей.

О возможных причинах этого подробно написано в соответствующем разделе настоящей монографии, но суть по-прежнему заключается в том, что постулаты, на которых базировалась программа снижения показателя материнской смертности, не сработали. Прежде всего это относится к антенатальному наблюдению хотя бы 4 раза за беременность. Не случилось — подавляющее число женщин в мире рожают безо всякого антенатального наблюдения. Речь шла о контрацепции — тоже не получилось: **уменьшение рождаемости в мире произошло без достоверного роста числа пользовательниц контрацепции и без увеличения количества аборт**ов. Не сработали в должной мере методы борьбы с кровотечениями — в мире они по-прежнему занимают второе место в структуре причин материнской смертности, а **органосохраняющая тактика** акушерского гемостаза — удел лишь немногих хороших высокопрофессиональных учреждений. Очень медленно происходит внедрение компрессионных швов, перевязки внутренних подчревных артерий, ЭМА — мер, которые достоверно сохраняют жизни женщин и, более того, обеспечивают возможность впоследствии беременеть и рожать. Нет единого мнения в отношении баллонной тампонады и приборов для её выполнения, неоднозначно отношение специалистов к инфузионно-трансфузионной терапии, которая, к большому сожалению, часто запаздывает, зато потом бывает чрезмерной, **создавая реальные трудности** с оказанием реанимационной помощи.

Ещё хуже обстоит вопрос с септическими осложнениями. Эксперты ВОЗ считают, что 75% антибиотиков в мире назначают неправильно. С июня 2014 года, согласно заключению этой авторитетнейшей организации, началась **постантибиотиковая эра**. Реальное значение этому событию не придают не только большинство врачей, но и организаторы здравоохранения и непосредственно руководители ЛПУ, закупающие в невероятных количествах антибиотики, три четверти которых, напоминая, применяют неверно.

XXI век обогатил медицину понятием о биоплёночном существовании микроорганизмов, о наличии супербактерий, не поддающихся воздействию никаких противомикробных средств. Однако вполне реальна перспектива того, что **альтернативные методы**, наночастицы, будут уничтожать только микроорганизмы, уже попавшие внутрь эпителиоцита, и разрушать именно его, а отнюдь не убивать всю микробиоту, без которой нормальное функционирование организма невозможно. Как было показано в завершившемся в 2012 году международном проекте «Микробиом человека», этот микромир, представленный 10 тыс. видов микроорганизмов в каждом человеке, вырабатывает в 360 раз больше генетического материала для нужд индивидуума, чем производит сам для себя человек.

Современная идеология акушерской помощи демонстрирует чрезвычайную актуальность не усугубления врачебного патернализма, бесполезного по своей сути, а пересмотра существующих «экспертных» данных в сторону доказательных. Яркий тому пример — **преждевременные роды**. Они были, есть и **остаются основной проблемой мировой перинатологии**. За последние 60 лет не произошло снижения частоты преждевременных родов, несмотря на появление мощных токолитиков, любые профилактические мероприятия по коррекции дисбиозов, а в России ещё и несмотря на массовые госпитализации беременных в отделения патологии при малейших болях внизу живота. По-прежнему **10% родов в мире происходит до наступления срока доношенной беременности**. Приходится признать очевидное — сегодня мы так и не знаем ни причин преждевременных родов, ни методов их предотвращения.

Отсюда актуальность профилактики респираторного дистресс-синдрома, улучшения антенатальной, а главное — интранатальной помощи, **решения вопросов о нужности или ненужности** абдоминального родоразрешения, извлечения недоношенных детей, особенно с малой массой относительно срока гестации, то есть всего того сонма проблем, которые и продолжает решать современное акушерство.

Применительно к преждевременным родам чрезвычайно важным следует считать создание Европейского протокола профилактики и ведения преждевременных родов. Указанный протокол делает основной акцент на данных **цервикометрии** — стандартизованном ультразвуковом исследовании шейки матки*. Сульфат магния — не токолитик, что доказано, но эффективный нейрорепротектор, позволяющий защитить головной мозг недоношенного ребёнка. Именно поэтому **при неизбежности преждевременных родов необходима инфузия сульфата магния**. Однако, несмотря на огромную доказательную базу нового протокола, остаётся достаточное количество проблем, многие из которых только предстоит решить — будем надеяться, что в ближайшее время.

Вот в такое интересное и не совсем понятное время мы живём. Иначе чем объяснить, что эклампсия 2 года подряд занимала **второе место в структуре причин материнской смертности в России**, обогнав кровотечения? Мы подробно касаемся этой проблемы в разделе «Преэклампсия (гестоз)». Но по-

* Это доступно во всех европейских странах, в отличие от других континентов. Вопрос достоверной диагностики преждевременных родов, а не госпитализации всех беременных с болями внизу живота; пока единственный путь улучшения перинатальных исходов — рациональная маршрутизация! Часто задаваемый вопрос «А почему раньше всех лечили магнезией и всё было хорошо?» имеет один ответ: именно потому, что капали бесполезный при настоящих угрожающих преждевременных родах препарат женщинам с «болями», а не с достоверным признаком — укороченной шейкой матки. Таким пациенткам не поможет сульфат магния! Задача изменилась: снять тонус настоящими токолитиками — атозибаном, тексопреналином, нифедипином, индометацином, — лишь бы плод *in utero* доехал в ближайший стационар II–III уровня!

чему же в мировом масштабе онкоотерапия сработала, а в отечестве, где и была предложена великим Дмитрием Павловичем Бровкиным, увы, нет? Зато **полипрагмазия при эклампсии и преэклампсии** у нас в стране процветает.

XXI век — время ренессанса перинатальных технологий. Именно ренессанса, а не зарождения, поскольку это возвращение к нормальному, **заложенному природой, единственно правильному грудному вскармливанию** и максимально раннему контакту матери и ребёнка без посторонних лиц, разносящих госпитальную инфекцию. В 2010 году был издан новый СанПиН, который разрешил все перинатальные технологии, чего российские акушеры добивались 14 лет. Все, кроме одной — вакцинации БЦЖ на амбулаторном педиатрическом этапе у 100% нуждающихся в этой вакцинации. Вопрос **принципиальный с точки зрения распространения инфекций**, ибо практикующие врачи, организаторы здравоохранения и руководители службы родовспоможения едины в понимании того, что нет иного способа профилактики групповых вспышек инфекционных заболеваний новорождённых, кроме ранней выписки. И не должна БЦЖ фигурировать в списке причин выписки женщины и новорождённого на 3–4-е сутки после родов. Спорить можно о часах — 17 ч в Британии, сутки-двое в Германии, — но **задерживать сознательно выписку** необходимостью БЦЖ неправомерно.

Пора наконец решить этот вопрос: либо изменить вакцинацию и саму вакцину, как, например, в Японии, и вводить её на первые сутки с учётом тотального распространения туберкулёза и в мире, и в стране, либо же отсрочить её. Есть положительный пример — научные исследования, проведённые Уральским институтом охраны материнства и младенчества: **срок вакцинации может быть отодвинут до достижения ребёнком месячного возраста**. По крайней мере до тех пор, пока в стране существует педиатрическая служба, вопрос БЦЖ-вакцинации должен быть в её компетенции, а не в числе задач, решаемых в родильном доме.

Ещё абсурднее выглядит ситуация со скринингом врождённых заболеваний, например фенилкетонурии. В этом аспекте родильный дом просто используют как казарму, где на 4-е сутки должны... Что должны? Проколоть стерильным скарификатором пяточку и взять кровь на фильтровальную бумагу. Эта задача абсолютно по силам опытной патронажной сестре, и манипуляция может быть выполнена на дому. Это вполне реальная перспектива, если бы параллельно не возникал другой вопрос — **есть ли в современной педиатрической службе патронажные сёстры, достаточно ли их для выполнения этой манипуляции в числе прочих обязанностей?** Вот что следовало бы учитывать, проводя реорганизацию здравоохранения.

И до тех пор, пока родильный дом будет «местом ожидания 4-х суток», мы не застрахованы от накопления «горючего материала» для вспышек — супер-бактерий, госпитальных штаммов, которые непременно образом проявятся, как только возрастёт число родов.

Ещё одно чётко прослеживаемое обстоятельство, также претендующее на позицию системной ошибки, — это нестыковка различных нормативных актов. Так, по СанПиНу 2010 года БЦЖ следует делать **в палате совместного пребывания матери и ребёнка**, а по приказу Минздрава — **в комнате БЦЖ**. Это значит, что главный врач, его заместитель, заведующий отделением будут **виноваты всегда**: каждая из комиссий в случае проверки будет ориентироваться на свои приказы. Почему до сих пор это не ликвидировано — хотя о данной коллизии известно всем, — даже представить невозможно.

Продолжая сталкиваться с комплексом подобных проблем и системных нестыковок, врач иногда оказывается в недоумении, чему же следует отдать предпочтение, поскольку и порядок оказания акушерской помощи, и клинические рекомендации, и протоколы лечения больных подразумевают тот **минимум, который необходимо выполнить**. Однако двух подобных пациентов не бывает. Именно поэтому, выполнив предусмотренный нормативными документами минимум, врач должен, как его и учили в вузе, **индивидуализировать, персонализировать лечебно-диагностический процесс**, для чего необходимо иметь знания о доказанном, сомнительном и вовсе ненужном.

Сохранившимся проблемам на этом пути посвящено второе издание книги «Акушерская агрессия». Эта книга не просто показывает и обсуждает недопустимые и вредные моменты, встречающиеся в акушерской практике, она **предлагает идеологию: думайте, сомневайтесь, ищите ответы** — процесс познания и поиска истины для врача непрерывен и не должен прекращаться никогда. **Учиться мыслить — вот главный постулат, home message этой книги, которая поможет найти ответы на многие актуальные вопросы современного акушерства**, но главное — она покажет новые горизонты познания, которые пригодятся в поисках надёжной информации, то есть в поисках овладения миром нашей профессии.

Мы не думали, что книгу придётся так быстро переиздавать, потому что **верили в действенность и быструю реализацию тех положений, которые были представлены в первом издании**. Однако чрезвычайно быстро разошедшийся первый тираж в 10 тыс. экземпляров, потребовавший допечатки второго тиража 2 тыс. экземпляров за 1–1,5 года, изменил первоначальные намерения. Мы видим высочайший интерес корпоративного сообщества к происходящим переменам во время всех мероприятий, проходящих в рамках Приоритетного национального проекта «Образование», Ин-

новационной образовательной программы РУДН и Информационно-образовательного проекта «Репродуктивный потенциал России», — а это ежегодные семинары и конференции с международным участием во множестве городов нашей страны. Замечаем, как растёт популярность **самого читаемого акушерами-гинекологами журнала StatusPraesens**. И самое важное — очевиден факт, что современные врачи всё активнее ищут доказанное и спорят с недоказанным, мыслят и отстаивают иногда верные, иногда ошибочные укоренившиеся в практике традиции. Именно так и должно происходить в любом обществе при получении новых научных и клинических данных.

Вот почему второе издание готовил большой коллектив авторов, экспертов, редакторов, проверяя каждую цифру, обсуждая с точки зрения доказанности и недоказанности каждое положение, оценивая представленные методы с позиций агрессивности и возможности обойтись без неё. Это титанические усилия по опережению времени, чтобы статистические данные и научная информация 2016 года уже были представлены и стали предметом профессионального обсуждения нашими коллегами. За это прежде всего горячая благодарность моему ученику и коллеге — практикующему акушеру, эксперту и творческому человеку, канд. мед. наук Сергею Александровичу **Князеву**.

Издание не увидело бы свет без помощи моих друзей и коллег — проф. Игоря Николаевича **Костина**, проф. Татьяны Владимировны **Галиной**, проф. Челеби Гасановича **Гагаева**, канд. мед. наук Алины Александровны **Шкрет**, канд. мед. наук Ирины Михайловны **Майсковой**.

От души благодарю коллектив StatusPraesens за неоценимую помощь в подготовке книги к изданию!

Я надеюсь, что третье издание понадобится не раньше чем через 10 лет, поскольку позиций, нуждающихся в переосмыслении и изменениях, более чем достаточно и в первом, и особенно во втором, уже очищенном от рутинных ошибок издании книги «Акушерская агрессия, v. 2.0».

В.Е. Радзинский



ВВЕДЕНИЕ

**АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ
И БЕЗОПАСНОЕ
РОДОВСПОМОЖЕНИЕ**

akusher-lib.ru

Акушерство — динамически развивающаяся дисциплина, непрерывно вбирающая в себя новейшие достижения медицинской науки и практики. И хотя то же самое можно сказать о любой отрасли здравоохранения, нужно понимать, что **беременность и роды — физиологический процесс, а не совокупность диагнозов.** Именно поэтому в акушерстве любые вмешательства следует выполнять только в крайних случаях — слишком уж велик соблазн немедленно «внедрять» все наработки в практическую деятельность. Приступая к обследованию беременной, а тем более к каким-либо лечебным вмешательствам, необходимо руководствоваться глубоким пониманием физиологии, потому что любые корректирующие действия правомочны только при отклонении от нормально протекающего процесса.

Наше время отмечено информационным бумом; разноречивые теории, представления, предложения по «новым» способам ведения беременности и родов возникают чуть ли не еженедельно. **В такой ситуации врачу трудно, а порой и невозможно разобраться в пользе либо риске для матери и плода от применения разнообразных новинок.** Сложно ориентироваться, какова эффективность тех или иных методов ведения беременности и родов, оценить степень агрессивности воздействия и прогнозировать отдалённые последствия для здоровья ребёнка. Многие достижения современного акушерства внедряются в практическую работу неоправданно широко.

Например, современная статистика в отношении кесаревых сечений (в РФ — показатель, приближающийся к 25–26% в популяции!), без сомнения, потрясла бы классиков акушерства, видевших в этой операции лишь путь спасения женщины. **Увлёкшись оперативным родоразрешением в борьбе за перинатальные показатели, мы пытаемся использовать его как в самых сложных, так и в довольно типичных акушерских ситуациях.** И вот немислимые цифры: по данным Международной федерации акушеров-гинекологов (International federation of gynecology and obstetrics, FIGO), в 2009 году в ряде стран частота кесаревых сечений достигла 40%, а в странах с широким распространением кесарева сечения по желанию женщины — так называемого elective cesarean — в коммерческом секторе родовспоможения достигла 80% (Бразилия). **В мире 25% операций можно было бы избежать без риска для матери и ребёнка.**

В результате замены большинства ручных манипуляций абдоминальным родоразрешением забыты акушерские повороты (достижение XVIII века), резко снизилась частота использования акушерских щипцов. Вероятно, мы переживаем очередной виток увлечения хирургическим мастерством, но какова будет расплата за подобную акушерскую «моду»? Сколько из этих женщин в дальнейшем попадут в статистику массивных кровотечений из-за вставания плаценты в рубец на матке? Каким будет качество жизни в по-

пуляции детей после кесарева, если сейчас известно, что их индекс здоровья ниже, чем у родившихся естественным путём?

При этом нынешний уровень развития акушерства всё ещё не может обеспечить результатов, ожидаемых обществом. До сих пор во всём мире велики цифры материнского и младенческого травматизма, идёт поиск возможностей для возвращения к естественным перинатальным технологиям (никто ещё в 1990-е и 2000-е годы не думал, что это будет так сложно!). Для тех, кто задумывается над будущим своей профессии и философией акушерства, самое время осмыслить нынешнюю ситуацию, «отделить зёрна от плевел».

«Родовспоможение без границ!» Вспомним классика отечественного акушерства **Эрнста Бумма**, написавшего в конце XIX века: «Акушерство отнюдь ещё не исчерпало всех возможностей и не достигло ещё полного развития. Вслед за периодами затишья, сведения воедино и пересмотра всего приобретённого появятся новые методы, которые повлекут за собой новое расширение наших знаний и нашего умения. Пусть нашим преемникам суждено будет озираться на нас с тем же гордым чувством пройденного, которое испытываем мы, оглядываясь на путь, пройденный акушерством в прошлом!»

Однако девиз «Родовспоможение без границ!» несёт и тревогу о смуте, омрачающей практическую работу акушера-гинеколога, когда каждый из нас сталкивается с ошибочными, научно не обоснованными представлениями и подходами. Не имеющие доказательств, порождённые чьими-то меркантильными интересами навязчиво рекламируемые диагностические и лечебные технологии часто представляют собой пусковые факторы **акушерской агрессии**.

Акушерская агрессия — ятрогенные, научно не обоснованные действия, якобы направленные на пользу, а в результате приносящие матери и плоду только вред. И речь именно о вреде — **мы не относим к агрессии назначение бесполезных средств без выраженного вредного воздействия**, например суппозиторий в папаверином при невынашивании (в своё время мы были очастливлены сообщением, что папаверин практически не выходит из свечной основы) или одной-двух таблеток в сутки дорогого, но практически бесполезного для беременных даже при наличии доказанного магниевого дефицита препарата «Магне В₆» (тем более что в больших дозах возможен пиридоксиновый гипервитаминоз).

Самое главное в профессиональной (и не только) жизни — способность меняться, уходить от годами наработанных стереотипов в сторону доказанного нового. Классик отечественного акушерства, акад. **Г.М. Савельева** говорит, что отринуть предыдущий опыт и 60 лет практики и заменить привычное

хорошо обоснованным новым — главный критерий истинного профессионализма врача в любом возрасте. «Иные врачи 20 лет кряду делают одни и те же ошибки и называют это “клиническим опытом”».

Именно акушерская агрессия лежит в основе большинства (!) претензий, **в том числе и судебных исков, предъявляемых врачам.** Агрессивная тактика повышает риск осложнений беременности и родов, увеличивает показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Мировые тенденции требуют пересмотра многих устоявшихся в России акушерско-гинекологических подходов и поиска компромиссов по спорным моментам науки и практики. Особое внимание при этом следует уделять экономической целесообразности.

Если общество, семья или сама пациентка не удовлетворены исходом беременности и родов, обоснованно и необоснованно возрастает число претензий к акушерам-гинекологам. Количество судебных исков к врачам в нашей специальности беспрецедентно. Да и за рубежом 70% всех судебных выплат в здравоохранении приходится на акушерство. Именно этим обусловлена актуальность вопроса о так называемом **безопасном акушерстве, защищающем интересы как женщины («безопасное материнство»), так и медицинских работников, оказывающих акушерскую помощь.**

Однако подступиться к формированию «безопасного акушерства» в современном мире возможно лишь с позиций доказательности. Интенсивное развитие такой научной парадигмы, как «доказательная медицина» (**evidence based medicine**)*, обусловлено необходимостью систематизации и критического анализа уже упомянутого изобилия медицинской информации.

Острая необходимость совмещать личный опыт и сведения из мощного информационного потока вызывает растерянность, поскольку **ориентироваться в быстро меняющейся ситуации трудно.** Из-за ограниченности индивидуального мнения и личного клинического опыта и происходит большинство врачебных ошибок. Между тем сделать врачебную работу по настоящему эффективной под силу лишь методологии доказательной медицины. Суть последней в том, чтобы оптимальное решение было принято в конкретный момент с учётом современной и проверенной информации.

Наиболее частые проявления акушерской агрессии можно «систематизировать» по срокам беременности и точке приложения неоправданных, а зачастую неправомочных врачебных действий. Однако, к сожалению, **акушерская агрессия встречается беременную прямо у входа в женскую консультацию или коммерческую клинику, где естественное желание**

* Установившийся, но неверный перевод: на самом деле это «медицина, основанная на доказанном (на доказательствах)».

женщины убедиться в готовности организма к беременности выливается в торжество бесконечного и часто бессмысленного диагностирования, завлекающего пациентку в порочный круг «диагностика — лечение — контроль — новое лечение — контроль», и так до момента, пока фантазия врача или терпение женщины не закончится. В качестве примера можно привести ненужное дорогостоящее обследование для поиска **несуществующих заболеваний, отсутствующих в Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10)**, — «мико- и уреоплазмоза, гарднереллёза» и других «-озов», — а также безусловно вредное «лечение» с прицелом на недостижимую стерильность влагалища.

Эти агрессивные действия стали особенно популярны в нашей и других странах с внедрением во второй половине XX века качественной и количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) — высокоточных методов микробиологической диагностики. Ещё в 2007 году Соединённые Штаты Америки (США) решили для себя эту проблему радикально, **вообще прекратив все исследования влагалищного отделяемого, если у застрахованной беременной нет жалоб на патологические бели**. Ведь качественная ПЦР неинформативна, обнаруживает вообще все микроорганизмы, в том числе симбионты и комменсалы, причём даже единичные бактериальные клетки. Лечение по результатам такого анализа излишне, обходится дорого и может привести к тяжёлым ятрогенным последствиям. Таковые уже **реализовались: в структуре причин материнской смертности в РФ, как и в мире в целом**, одно из ведущих мест принадлежит акушерскому сепсису. Более 20 лет подряд послеабортный и послеродовой сепсис уносят жизнь каждой пятой-шестой из погибших при беременности, в родах и послеродовом периоде. Всё это — плачевные результаты ненужного антибактериального лечения и формирования антибиотикорезистентности большинства условно-патогенных микроорганизмов (см. главу 2, раздел «Парадоксы материнской смертности в России»).

Наряду с новыми «проявлениями агрессии» нигде не исчезли и старые, даже древние неразумные применения физической силы без всякой в ней потребности. Речь о так называемом «пособии» по Кристеллеру*, **по праву претендующем на роль одного из величайших парадоксов медицины**. И вот врачи разных весовых категорий, не щадя себя и не думая о последствиях для младенца, наваливаются всей силой, жмут плечом, нарушают механизм правильных родов, создают условия для дистоции плечиков, режут промежность при высоко стоящей головке и... добиваются тяжёлых повреж-

* А ведь это весьма широко применяемое пособие не имеет к выдающемуся учёному, акушеру-гинекологу Самуэлю Кристеллеру (Samuel Kristeller) никакого отношения. Ничего подобного он никогда не предлагал; см. главу 7).

дений. Ситуация черепно-мозговой травмы многократно усугубляется, если «пособие» оказывают на фоне начавшейся гипоксии вместо операции наложения акушерских щипцов.

Следует ограничить «красной чертой» явно криминальные факты акушерской агрессии — введение утеротоников «по дежурству», «под закрытие», выжимание плода. В принципе **для любого разумного человека, способного мысленно поменяться с пациентом местами**, это — криминал. И он не должен оставаться «в тени закона», поэтому чем быстрее мы начнём законодательно решать проблему, тем лучше для всех.

А проблема — мировая! И решения нужны жёсткие. С 1 января 2007 года во Франции **достаточно устного сообщения акушерки** о том, что врач во время дежурства применял «пособие» по Кристеллеру, чтобы акушера-гинеколога пожизненно лишили права работать по специальности в стране (Конгресс Европейской ассоциации акушеров-гинекологов [European association of gynaecologists and obstetrician, EAGO], Лиссабон, 2008).

И это лишь некоторые направления акушерства, где необходим консенсус, прежде всего внутри врачебного сообщества, — в мире, а затем в стране, территории, регионе. Иначе будут множиться статьи и передачи о «врачах-убийцах», «вредителях в белых халатах», возвращающие читателя в 30-е годы XX века! Около 90% исков до суда не доходят, но сколько за этими цифрами скрыто погибших нервных клеток и рубцов на миокарде!

Профессиональная ответственность в нашей стране **до сих пор не подлежит страхованию, и неизвестно, когда это произойдёт**. Случится ли вообще?* Вернёмся к этой теме позже, в главе 3. Радует, что вместе с тем есть и положительные сдвиги, о которых надо знать, чтобы защитить себя, — речь о существующем Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи (Приказ №572н).

Чтобы практиковать **безопасное акушерство**, безопасное во всех смыслах — для женщины, для врача, для страны, — **в первую очередь нужна информация**. Ведь иногда сложно разобраться, где она, эта «акушерская агрессия», особенно если её заслоняют свой опыт, опыт старших коллег и даже, увы, устаревшие и не всегда основанные на принципах доказательной медицины нормативные документы. Это и есть главная цель книги — **дать основные ориентиры для тех, кто действительно профессионал** в сфере акушерства и намерен им оставаться ещё долгие годы.

Кто предупреждён, тот вооружён.

* Потрясающая реплика одного депутата после обсуждения страхования врачей с рефреном: «Да они тогда вообще будут нас убивать!»



ГЛАВА 1

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТОРОЖДЕНИЯ

akusher-lib.ru

...Материнство и младенчество дают право
на особое попечение и помощь
(Всеобщая декларация прав человека, ст. 25, п. 2)

Закономерным **результатом политических перемен 1980-х годов** в Центральной и Восточной Европе (включая и европейскую часть России) стал экономический спад. Именно он послужил причиной значительного демографического контраста между странами с развитой рыночной экономикой на западе и странами с переходным её типом — на востоке. Затем грянула череда локальных военных конфликтов, в одном ритме с которыми многие регионы катастрофически нищали. И потянулись миграционные потоки наиболее активной части населения — репродуктивного возраста — туда, где живётся лучше.

Одновременно в восточной части Европейского региона снижалась продолжительность жизни и **росла смертность**, в том числе **материнская и младенческая**. Расцветали инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), небывалых цифр достигло количество аборт на фоне редкого использования средств контрацепции. Здравоохранение стран Евросоюза вызывало серьёзную озабоченность контрастом качества медико-санитарной помощи в разных регионах и особенно тем, что местами снижение репродуктивного здоровья населения становилось просто критическим.

Однако с 2009 года ситуация, достигнув переломного момента, плавно повернула в благоприятное русло, и социальные перемены дополнились медицинскими: традиционная многодетность в развивающихся странах сменялась среднететностью, были внедрены осмотерапия преэклампсии (гестоза), медикаментозный аборт, регионарная анестезия, кесарево сечение. Кривая материнской смертности поползла вниз. И произошло это не только в европейских странах: главным итогом начала XXI века **стал прирост населения по всей планете, впервые в истории человечества обусловленный не увеличением рождаемости, а снижением перинатальной смертности**.

Показатель суммарной рождаемости на уровне 4,0 и выше сохранили лишь 20% человечества, жители двух крупных географических ареалов: первый — это Афганистан, Пакистан и север Индии, а второй — большая часть Аравийского полуострова и часть Африки к югу от Сахары. Тем не менее и в этих регионах произошёл **сдвиг от многодетности в сторону среднететности**: стали меньше рожать и меньше умирать — общая положительная тенденция XXI века. Сегодня желаемое число детей (например, семь) достигают семью родами, а не четырнадцатью, как раньше, когда половина детей умирали.

Всё это — не только результат социальной политики планирования семьи. Снижение рождаемости в мире — большая нерешённая демографическая задача. Для акушера-гинеколога интересен путь снижения рождаемости, ибо

статистических данных об увеличении ни числа аборт, ни роста потребления контрацепции — нет.

Согласно прогнозам ВОЗ, к 2050 году на каждого жителя развитых стран будет приходиться семь-восемь жителей развивающихся регионов, что станет причиной миграции (контролируемой и неконтролируемой). Тем не менее в развитых странах возможен также **сценарий этнической изолированности** со всеми вытекающими из этого негативными демографическими последствиями, о чём, безусловно, не думали жители Великобритании, большинством голосов поддержавшие в июне 2016 года референдум о прекращении членства этой страны в Европейском союзе (так называемый Brexit), имея одним из главных мотивов защиту страны от потока мигрантов.

Депопуляция в России: истоки

Демографическое благополучие, тем не менее, так и не стало уделом экономически развитых стран. С середины 1970-х годов рождаемость в большинстве развитых государств (на тот момент — средоточии почти четверти человечества) оказалась ниже уровня простого воспроизводства населения.

Об опасности возникшей во второй половине XX века **депопуляции** было объявлено ещё на 51-й Ежегодной сессии ВОЗ в 2001 году. Именно на этой сессии **старение населения** развитых стран на фоне крайне низкой рождаемости эксперты назвали «беспрецедентным для мирового сообщества в мирное время» (рис. 1-1). В полной мере это можно отнести и **к нашей стране**.

Россия — далеко не единственное государство, экономическое развитие которого ассоциировано с низкой рождаемостью. В таком же сложном положении оказались более 40 стран Восточной и Центральной Европы, большинство бывших республик СССР, Япония и некоторые другие государства, где семьи предпочитают иметь не более одного или двух детей.



Рис. 1-1. Два вектора демографической ситуации в мире.

Подготовленный независимыми экспертами по инициативе Организации Объединённых Наций (ООН) доклад «О развитии человеческого потенциала в России» обнаруживает явное противоречие заглавия и содержания. При внимательном рассмотрении можно убедиться в приближении **демографической катастрофы** — убыль трудоспособного населения, уменьшение числа потенциальных матерей, сокращение рождаемости.

Вмешательство государства в вопросы смертности и рождаемости в РФ минимально — более того, все заявления о так называемых позитивных сдвигах в демографической политике, к сожалению, не имеют под собой реальной основы. Правительство слишком долго не прислушивалось к заявлениям профессиональных демографов, и теперь сохранение здоровья и демографического благополучия нации отдано на откуп социально-эволюционным механизмам, «теневым монстрам» человеческой истории, влияние которых мало изучено и с трудом поддаётся попыткам коррекции.

Голодные годы, войны и революции во все времена становились причиной отсрочки вступления в брак, сокращения рождаемости и роста смертности. Двадцатый век принёс России целую **серию социальных потрясений, а вместе с ней — демографические кризисы огромной разрушительной силы**. Самые тяжёлые периоды новейшей истории: 1915–1921, 1928–1934, 1941–1947 годы — три 6-летних кризиса с интервалами в 7 лет. Общие демографические потери, по самой скромной оценке, составили 38 млн человек.

В начале 1990-х годов в России подошла к концу эпоха послевоенной прироста населения. В первое военное десятилетие прирост был весьма высоким, однако стремительно сократился во второе десятилетие («оттепель» 1960-х годов, сексуальная революция на Западе, переоценка отношения к браку, институту семьи, деторождению, урбанизация и ассимиляция населения в городскую культуру). Далее последовали 20 лет стабильности, или, как принято говорить о данном отрезке времени, застоя.

Во второй половине 1970-х не только в большинстве развитых, но и во многих развивающихся странах рождаемость упала ниже уровня простого воспроизводства, однако этот процесс затронул СССР в меньшей степени — во многом за счёт среднеазиатских республик.

Последний всплеск рождаемости в Советском Союзе был зафиксирован в середине 80-х (1986–1987 годы). Связано это было опять-таки с социальными потрясениями, правда в большей степени со знаком «плюс». В оборот вошли такие слова и выражения, как «перестройка», «ускорение», «гласность» и... «антиалкогольная кампания». Для страны, прожившей 70 лет в условиях социалистической идеологии, это было шоком. Тем не менее грядущие социальные перемены послужили поводом для подъёма рождаемости за счёт повторных рождений (вторые и третьи дети) и снижения общей смертности.

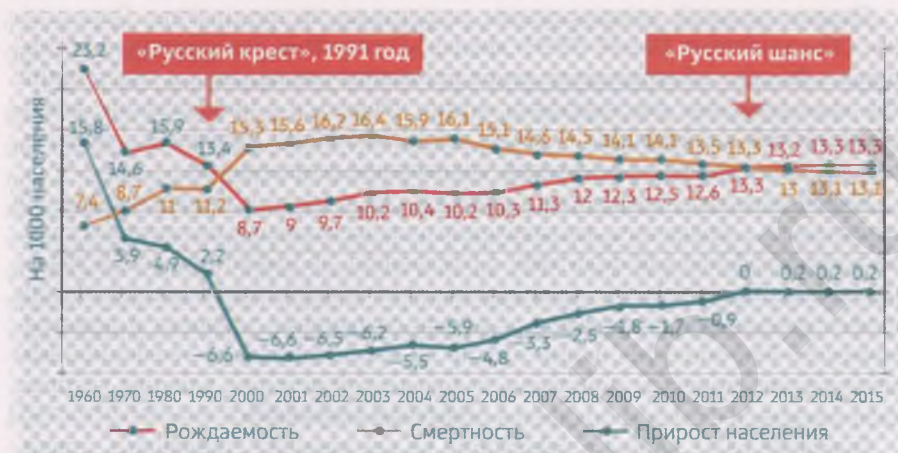


Рис. 1-2. Рождаемость, смертность и прирост населения в России, на 1000 чел.

Однако в конце 80-х вектор социальных перемен, к сожалению, изменил своё направление.

Демографическая катастрофа, заложенная в конце 1980-х годов, разразилась в начале 1990-х: с 1991 года обвальное падение рождаемости спровоцировало отрицательный естественный прирост, и он нарастал с каждым годом. Событие, обозначенное в мировой научной литературе как **«русский крест»**, стало символом национальной трагедии: за 300 с лишним лет ведения статистических записей в России число умерших ни разу ещё не превышало количества рождённых, однако в 1991 году **впервые в многовековой истории России** смертность оказалась выше рождаемости (рис. 1-2).

Первыми стали бить тревогу акушеры: пустуют роддома. Вместо 5000 родов в 1985 году в тех же учреждениях спустя 7–8 лет стало происходить лишь 1500–1800 родов и даже менее. Наибольшие темпы сокращения численности населения были зарегистрированы в возрасте до 14 лет (ежегодно на 5–7%). **Однако в правительстве большого внимания на «русский крест» и его последствия никто не обратил — в «лихие 90-е» было не до того.**

Даже доклад на парламентских слушаниях* в Госдуме (2002) — когда естественная убыль населения дошла почти до 1 млн в год! — отношения к проблеме не изменил, хотя было чётко озвучено: в 2008 году, когда 17-летия до-

* Парламентские слушания «Наркомания, алкоголизм, СПИД — угроза будущему России», 19 декабря 2002 года (Радзинский В.Е., Костин И.Н.).

стигнут рождённые в 1991 году (а их всего 1 380 000 вместо 3–4 млн), некому будет идти не только в армию и профессиональные училища, но и в вузы!

Затяжной социально-экономический стресс, пережитый Россией за 20 лет реформ, в дополнение к отсутствию сбалансированной демографической политики тяжким грузом лёг на здоровье и репродуктивное поведение граждан. **Динамика показателей рождаемости и смертности красноречиво пророчит опасность депопуляции.**

Россия, одна из крупнейших стран мира не только по географическому охвату, но и по численности населения, до последнего времени бессильно сдавала позиции, одну за другой пропуская вперёд развивающиеся страны. Численность населения страны за 20 лет сократилась более чем на 5 млн человек — россияне умирали в 1,5 раза чаще, чем рождались. Лишь в 2005 году президент РФ В.В. Путин произнёс слова «**демографический кризис**», послужившие отправной точкой новой социальной политики. Основным инструментом стимулирования рождаемости должен был стать масштабно отрекламированный материнский капитал. И уже в 2006 году руководители страны с удовлетворением сообщили о рождении 1 479 637, в 2009 году — 1 761 687 и, наконец, в 2014 году — почти 2 млн детей.

В 2009 году, по данным Росстата, впервые с 1993 года наступил долгожданный перелом: был зафиксирован **положительный прирост населения**, обеспеченный, правда, не рождаемостью, а миграцией. Лишь в 2013 году прирост населения стал следствием **преобладания рождаемости над смертностью**. Два года спустя, в 2015-м, во всех федеральных округах, кроме Приволжского и Дальневосточного, коэффициент прироста численности населения вышел на качественно новый показатель — 0,19% (277,4 тыс. человек). К 2016 году наша страна вышла на 9-е место в мире по численности населения — **146,3 млн человек**, что составляет 2% всех жителей земного шара (рис. 1-3).

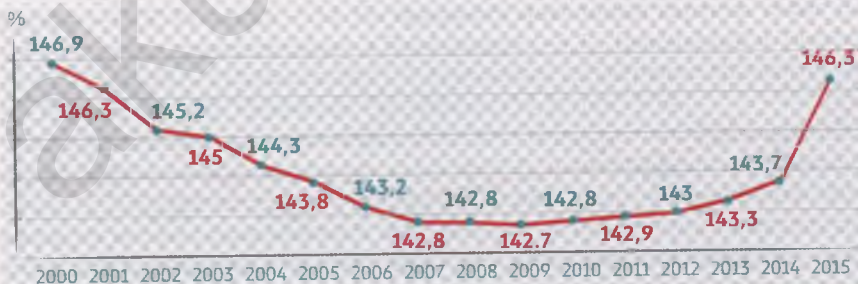


Рис. 1-3. Население РФ, млн чел.

Тем не менее прицельное рассмотрение статистики ещё не позволяет праздновать триумф: показатель прироста — крайне зыбкий, и любое негативное политическое или экономическое событие способно обратить его вспять. К тому же достигнут этот показатель вовсе не прорывом в области родовспоможения и выхаживания детей и не революцией в области продления жизни. Всё куда прозаичнее — разовый резкий прирост на 2 млн достигнут **присоединением Крыма**, и ещё 1 млн был обретён страной в результате миграции: у южных соседей в последние годы то и дело вспыхивают военные конфликты и революции. Кроме того, именно сейчас в активном репродуктивном периоде находятся потомки антиалкогольной кампании 1980-х годов.

Русский шанс: есть ли повод для оптимизма?

Итак, мрачный демографический «русский крест» сменился более оптимистичным «русским шансом». Трудно предсказать, удастся ли стране им воспользоваться.

Определить, насколько **устойчивы** демографические достижения последних лет, невозможно, поскольку слишком долго не было никаких стратегических мер государственного регулирования этих процессов. Утверждать, что поворотный момент кризиса миновал, и хвастаться успехами политики национального проектирования не вполне дальновидно. Самый тревожный факт — низкая **доля подростков** в общей популяции населения (рис. 1-4).

Сразу необходимо оговориться, что низкий и даже отрицательный прирост населения — в целом современный европейский тренд (рис. 1-5): Австрия +0,6, Германия -2,1, Швеция +2,7, Греция -2. Более того, если посмотреть на постсоветское пространство, то ситуация в нашей стране сейчас лучше, чем во многих бывших республиках и соцстранах: Болгария -5,7, Латвия -3,4, Укра-



Рис. 1-4. Удельный вес детей и подростков в России в возрасте 0–17 лет, %.

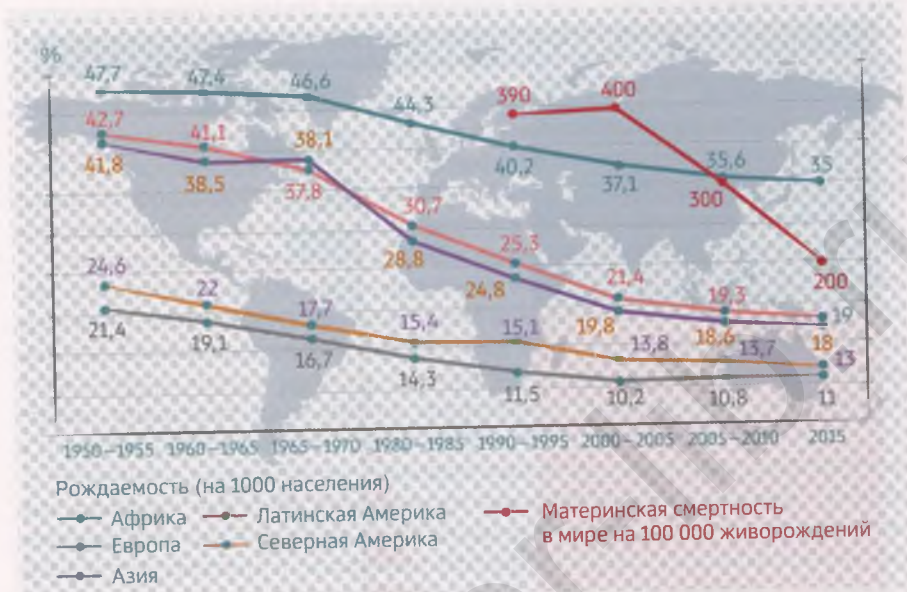


Рис. 1-5. Контраверсии рождаемости и материнской смертности в мире.

ина $-3,9$. Нынешним подъёмом мы обязаны многочисленным детям «позднего социализма», а также **мигрантам** из среднеазиатских республик и не-скольким регионам, устойчиво удерживающим высокое число **рождаемости на 1000 населения**: Республике Дагестан (19,1), Ингушетии (21,5), Чеченской Республике (24,3), Алтаю (20,7), Тыве (25,3).

Тем не менее в крупных городах и промышленных центрах эти показатели ниже в 2–2,5 раза: Тамбовская область — 9,8, Ленинградская — 9,1, Смоленская — 10,8, Тульская — 10. По **приросту населения** картина также разная — от резко отрицательного в Ивановской ($-5,3$), Тамбовской и Тверской ($-6,5$), Тульской ($-7,1$), Псковской ($-7,5$) областях до уверенно положительно-го в Ингушетии (18), Чеченской Республике (19,2) (рис. 1-6).

Коэффициент рождаемости в РФ к 2015 году стал лишь незначительно выше коэффициента смертности (13,3 vs 13,1), и коэффициент прироста составил 0,2 на 1000 населения, вот почему если и уместно **проявлять оптимизм, то весьма сдержанный**. Конечно, это не показатели 10-летней давности, когда рождаемость была почти в 1,5 раза ниже смертности (10,4 vs 15,9 на 1000 женщин репродуктивного возраста), однако всё равно в любой момент они могут поменяться местами — начнут умирать **многочислен-**

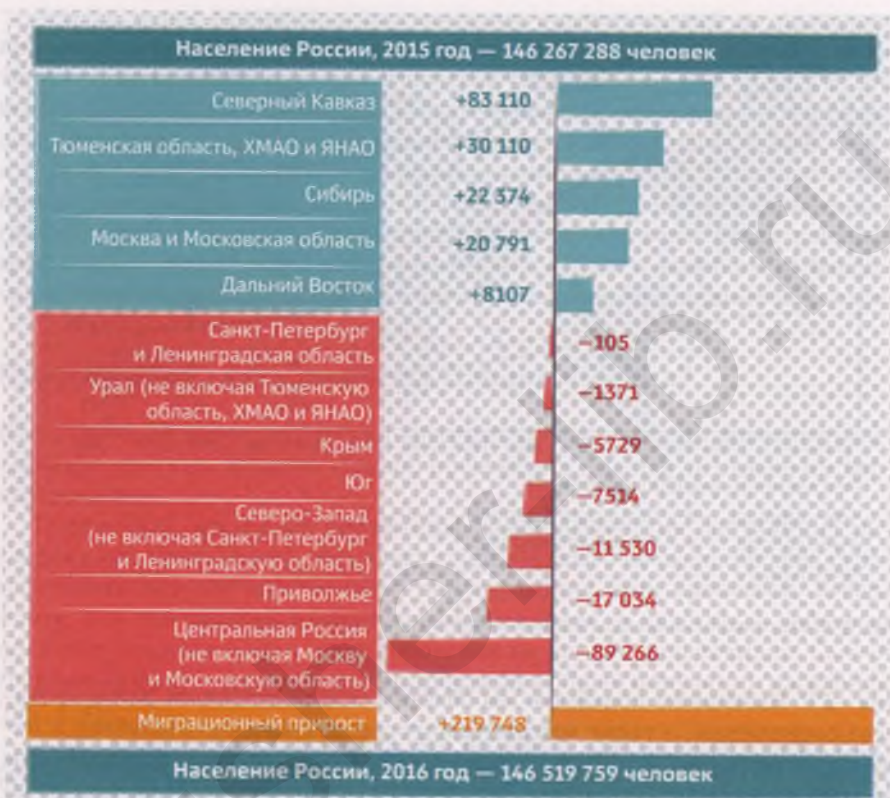


Рис. 1-6. Кто обеспечил рост населения в 2015 году: естественный прирост (превышение рождаемости над смертностью) составил около 30 тыс. человек, миграционный прирост — в 7 раз больше (почти 220 тыс. человек).

ные поколения 1960–1970-х годов, а рожать — **малочисленные** поколения 1990–2000-х.

Для специалистов в области демографии очевидно, что нынешние успехи рождаемости в России, пусть и небольшие, связаны даже не столько с принятыми государством мерами, сколько с **числом женщин репродуктивного возраста**. Всплеск рождаемости оказался ситуативным: некоторому росту числа рождений способствовало вступление в репродуктивный возраст многочисленных женщин, появившихся на свет в конце 1970-х и начале 1980-х годов (к этому времени **детская смертность снизилась**, и до

репродуктивного возраста дожило больше людей, чем из рождённых в 1950–1960-е). Вот и весь «секрет» якобы достигнутого «демографического бума». О том, что он к 2015 году замедлился и скорее всего уже подходит к концу, предпочитают дипломатично умалчивать.

Родилось не больше детей, чем ожидали специалисты, и демографический кризис никуда не делся. Очевидную финансовую опору материнству государство предложить не смогло, и основным мотивирующим фактором на рождение ребёнка остаётся **психологическая потребность в детях**.

Сокращение числа женщин, готовых рожать, обусловлено не только кризисом, но и небольшим числом самих потенциальных матерей. Сейчас в репродуктивный возраст вступают рождённые в те самые «лихие 90-е», а их заведомо мало. Самым провальным был 1999 год. Дети, рождённые на рубеже веков, только-только начнут вступать в репродуктивный период. Вывод очевиден: **стране предстоит дальнейшее сокращение рождаемости**, что усугубит и так неблагоприятную демографическую ситуацию.

Вдумчивое рассмотрение позволяет вычленить некоторые дополнительные причины **всё-таки ожидаемого** демографического провала. Нищета, возникшая в ходе 20-летнего (с 1985 года) реформирования общественно-политической системы и экономики России, обрушила рождаемость, так как для большинства семей количество детей стало определяющим фактором **бедности**.

Сегодня при опросах общественного мнения 50 млн россиян оценивают своё материальное положение как «плохое» и «очень плохое». Кроме того, наряду с обнищанием все эти годы на здоровье населения негативно влияли и другие не менее значимые факторы: локальные конфликты, алкоголизм, несчастные случаи, отравления, травмы и прочее, что уносило жизни множества людей, особенно мужчин среднего репродуктивного возраста.

Демографические прогнозы

Как **спрогнозировать**, куда качнётся в ближайшие годы суммарный коэффициент рождаемости в нашей стране и достигнет ли он уровня простого воспроизводства (2,15)? Пока что прогнозы ООН выдвигают три возможных сценария (рис. 1-7).

- Пессимистический: в 2050 году Россия окажется лишь на 18-м месте с численностью населения в 129,8 млн (1,1% населения Земли). Таким образом, **на 13% суши планеты будет жить 1% человечества**.
- Оптимистический: к 2050 году произойдёт некоторый рост численности населения — до 158,4 млн человек.

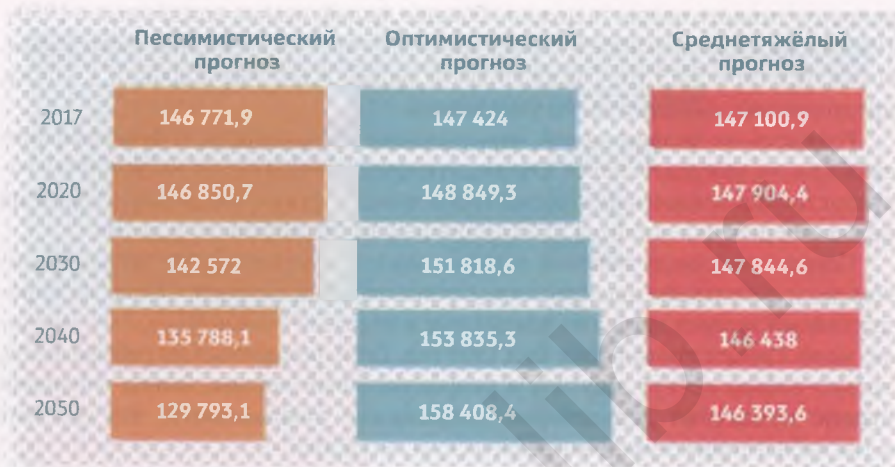


Рис. 1-7. Изменение численности населения по вариантам прогноза, тыс. чел.

- Среднетяжёлый: к 2050 году численность населения страны сократится до 146,3 млн человек*.

Развитие событий по среднетяжёлему сценарию сократит долю трудоспособного населения до 47% (вместо 58% в 2015 году), тогда как численность пожилых граждан вырастет примерно вдвое. Количество жителей уменьшится более чем на 20 млн человек; в структуре такого общества 35% составят пожилые и лишь менее 20% — дети и подростки. Ход дальнейших событий напрямую зависит от экономического положения страны и социальной политики государства.

В целом для расчёта перспективы суммарного коэффициента рождаемости берут данные о **воспроизводстве женского населения** (брутто-коэффициент), но поскольку не все родившиеся младенцы женского пола доживут до реализации ими репродуктивной функции, то правильнее использовать **нетто-коэффициент**, который учитывает прямые и косвенные потери в популяции и, по сути, служит ключевой количественной характеристикой воспроизводства, определяя **степень замещения родительского поколения детским**.

Если его величина превышает 1,0, то воспроизводство расширенное — от поколения к поколению численность населения увеличивается. Если она

* Главное сейчас — стабилизировать популяцию на уровне 146–148 млн человек, позитивные сдвиги намечались. Ещё важнее — не растерять репродуктивный потенциал.

меньше 1,0, то воспроизводство суженное — от поколения к поколению численность граждан сокращается. Наконец, величина этого показателя, равная 1,0, свидетельствует о простом воспроизводстве, когда численность населения со временем не меняется. Например, если величина нетто-коэффициента воспроизводства населения равна 1,2, то, значит, каждое новое поколение по численности на 20% больше предыдущего (на смену каждым 10 женщинам приходят 12 дочерей), а если 0,6 — то на 40% меньше (на смену каждым десяти приходят лишь шесть дочерей).

В 1990 году нетто-коэффициент уже был ниже единицы (0,9), за 10 последующих лет упал до 0,56, к 2012 году немного поднялся до 0,8 и к 2015 году составлял 0,79 (рис. 1-8). Многочисленное поколение 1970–1980-х годов сейчас в возрасте 35–45 лет, в ближайшие годы они выйдут из репродуктивного возраста. По самым скромным прогнозам, их дочери составляют лишь две трети материнского поколения, а это — **убыль в несколько миллионов**.

Для преодоления этих потерь будет необходимо рождение минимум **трёх детей** в каждой семье, но есть ли предпосылки для такого поворота? Если быть реалистами, то, конечно, шансов нет: ни экономических чудес, ни пересмотра государственной социальной политики в обозримом будущем ожидать не приходится.

Демографы прогнозируют сокращение численности населения в нескольких десятках стран. Пока показатели суммарного коэффициента рождаемости у нас лучше, чем, скажем, в Японии или Германии, но там они линейно снижались долгое время, а в нашей стране был резкий срыв, и его катастрофические последствия мы будем наблюдать в ближайшие 10 лет. **Если к середине XXI века число жителей в большинстве европейских стран уменьшится на 14%, то для России прогноз устрашающий — 30–40%.**

Оценивая предложенный Росстатом вариант прогнозов (по сценариям минимального, среднетяжёлого и оптимального прироста населения, см. рис. 1-7) демографического развития России к 2050 году, известный экономист и аналитик, проф. С.В. Алексашенко пришёл к выводу, что компенсировать депопуляцию Россия сможет только с помощью мощного **миграционного потока**. Так, порядка 20 млн мигрантов будет достаточно, чтобы предотвратить серьёзные социально-экономические проблемы, связанные с вымиранием населённых пунктов, катастрофическим дефицитом трудовых ресурсов и т.д.

Таким образом, нам останется надеяться на мигрантов из Китая и ряда других стран, в том числе из бывших союзных республик, где русский язык уже давно включён в программу школьного образования. Очевидно, в ближайшем столетии нашей стране предстоит совершенно **беспрецедентная аксимилиция**, и отсутствие подобного рода исторического опыта пока не

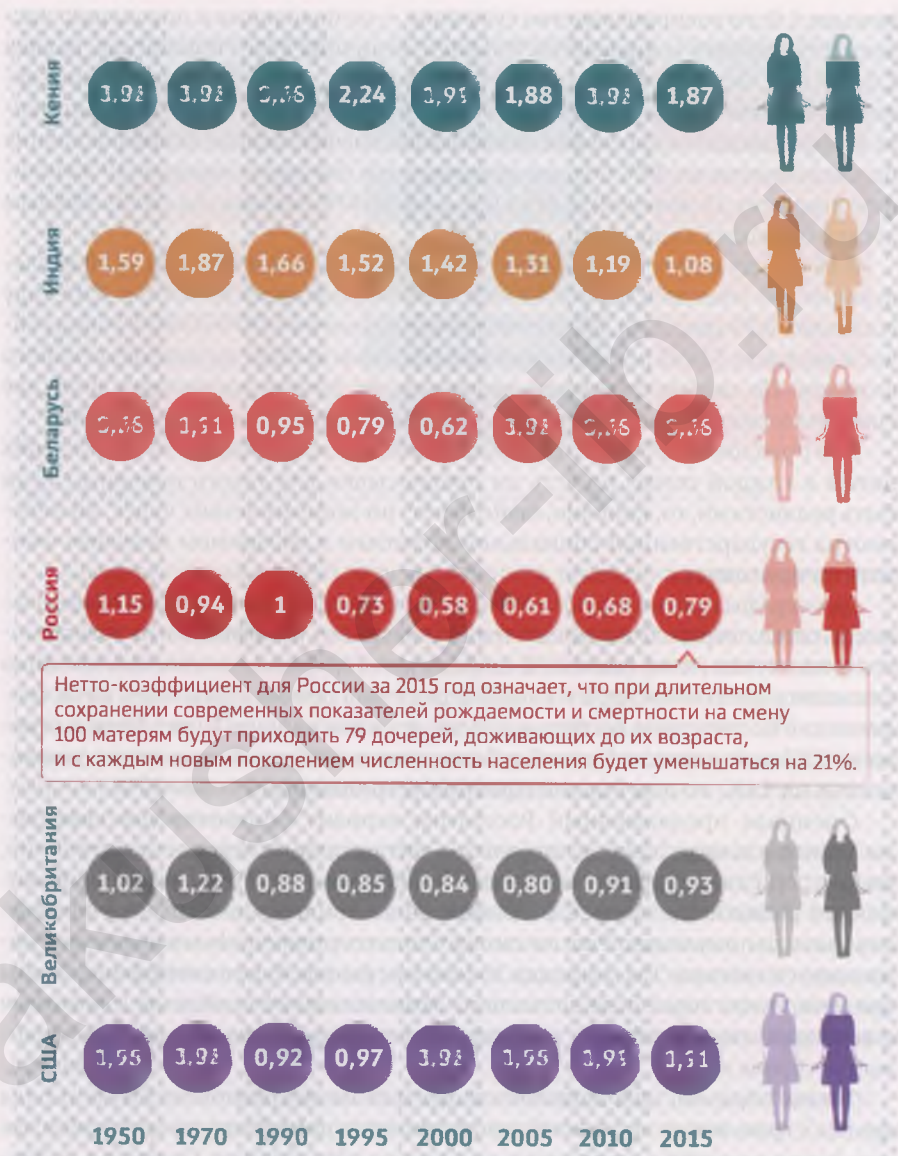


Рис. 1-8. Промышленно развитые страны мира: нетто-коэффициент воспроизводства, 1950–2015 годы.

позволяет делать прогнозы о том, как именно это скажется на благополучии внутри социума.

Государственное «финансирование материнства»

Удельные затраты на рождение и воспитание детей в настоящее время резко возросли. Чтобы обеспечить материальную базу для рождения первого ребёнка, женщина отодвигает его рождение на более поздний репродуктивный возраст. Кроме того, установки индустриальной цивилизации повлияли на систему общественных ценностей: социальная ниша женщины в России такова, что **затруднительно не только реализовать программу материнства, но и полноценно участвовать в воспитании детей**. Это заставляет женщину пересмотреть приоритеты родительства в пользу имущественного, образовательного и профессионально-квалификационного совершенствования своей личности. У образованной и сделавшей карьеру женщины взгляды на деторождение меняются, теперь она уже готова стать матерью, однако количество детей ограничивается одним, максимум двумя.

Для поддержания воспроизводства населения на популяционном уровне **необходим суммарный коэффициент рождаемости не менее 2,15**. Если показатель ниже — происходит депопуляция, выше — прирост. За последние 10 лет он повысился на 30% — с 1,3 до 1,8, что, конечно, хорошо (депопуляция сократилась), однако до прироста населения его необходимо увеличить ещё на 0,7 рождения на каждую женщину в стране.

Пока что лишь в восьми регионах РФ этот показатель говорит о приросте: в Ненецком автономном округе (2,4), республиках Ингушетия (2,28), Чечня (2,9), Алтай (2,89), Бурятия (2,3), Тыва (3,5), Саха (2,25), Ямало-Ненецком автономном округе (2,19). В остальных территориях он значительно ниже и соответствует относительной депопуляции — вполне в духе общеевропейского тренда: лишь во Франции и Швеции суммарный коэффициент рождаемости выше, чем в нашей стране (2 и 1,9 соответственно), в Финляндии, Норвегии и Великобритании он такой же (по 1,8), а в остальных европейских странах — ещё ниже.

Таким образом, у профессионалов-демографов есть все основания усомниться в перспективности оптимистичных прогнозов «наверху» и скептически относиться к прилагаемым «сверху» усилиям. Откуда пессимизм? А дело в том, что среди авторов-разработчиков принятой государством «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года» удручающим образом отсутствовали авторитетные эксперты. Как утверждают демографы (и подсказывает здравый смысл), принятая в документе **ставка на «бонус за материнство» может обеспечить лишь кратковременный всплеск рождаемости, в основном среди малоимущих**.

Упрощённая схема «мы вам немного денег зараз, а вы нам — налогоплательщика навсегда» не срабатывает. Куда деть сумму, не представляющую существенной финансовой ценности для многочисленных семей, способных выносить и воспитать полноценное потомство, в условиях постоянной инфляции и грянувшего мирового кризиса? Выбор довольно узок в прямом и переносном смысле. Очевидно, что политическое решение демографического вопроса путём раздачи материнских капиталов малоэффективно.

Авторы этой книги уже писали, что **пока ни в одной стране мира не удалось повысить мотивацию на увеличение рождаемости финансовыми дотациями**. И хотя деньги, безусловно, нужны*, основным вопросом остаются точки их применения. Материнский капитал — не панацея. Даже если бы эту сумму можно было тратить на своё усмотрение, её хватило бы, чтобы прожить с новорождённым только один год. Ещё варианты? Можно купить 3 м² московского жилья, например санузел. Можно связаться с кабальной ипотекой и провести всю жизнь под дамокловым мечом безжалостной и хладнокровной банковской системы. Кажется привлекательным вариант вложить деньги в будущее образование родившегося ребёнка? Это можно будет сделать лишь через 15–20 лет, и ещё непонятно, что в нашем бешено меняющемся мире произойдёт за это время с деньгами и образованием. Очевидно, что 453 тыс. руб. (2016) — не та сумма, которая вызовет у трезво мыслящих россиянок горячее желание родить очередного ребёнка, а вот для социально девиантных \$10 тыс.** — манна небесная, особенно если эту сумму перевести в декалитры.

Как бы то ни было, других механизмов стимулирования рождаемости не предложено, и **сомнительный материнский капитал в опросе занял второе место по значимости** (26,7% опрошенных) в числе государственных мер по демографической политике. На первом месте (33,7%) женщины назвали предоставление жилищных субсидий на льготных условиях. Ещё 3,9% поставили на первое место по значимости ежемесячное пособие, 2% — компенсация за посещение детских учреждений, 0,9% — налоговые льготы многодетным, однако это вообще в пределах погрешности.

Этот опрос показывает, чему власть уделяет внимание, а что «остаётся за бортом» социальной заботы государства. «Утопающим» вопросом оказалось **отсутствие «инфраструктуры материнства**»: недостаток яслей, детских садов, школ, низкое качество образования, здравоохранения и т.д. — те проблемы, которые и должны быть прямой прерогативой государственной политики.

* Чего стоит попытка изменить порядок выплат пособий по беременности и родам в конце 2010 года, вызвавшая марш «Женщины с животами»!

** Инфляция неумолима, и с момента выхода первого издания эта сумма в валютном эквиваленте упала почти вдвое.



**РОССИЯ И ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА
НАПЕРЕГОНКИ КОПАЮТ СЕБЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ЯМЫ.
ПОРА ОСТАНОВИТЬСЯ!**

Для материнства в нашей стране нет «зелёного света», кругом, куда ни посмотри, «заборы да шлагбаумы». Тем радостнее сведения о преодолении дефицита детских садов почти во всех регионах страны (2016) — это мощный фундамент для увеличения первых, но особенно — повторных родов.

В мире существуют примеры **эффективного вложения средств в демографию**. Действенно стимулировать рождаемость удалось, например, в Скандинавии и Франции. Там матерей не «подкупали», а сделали всё возможное, чтобы удержать их на рынке труда: законодательно ввели гибкий рабочий график, детсады, адекватные пособия — был сделан упор на **максимальное сохранение женщин на рынке труда** в течение всего времени взросления ребёнка. По сути, это слом выбора «или дети — или карьера», его замена прогрессивной идее «дети — не помеха карьере» и ликвидация противопоставления института семьи институту общественной экономики. Итог: Франция, Швеция и Финляндия имеют самые высокие коэффициенты рождаемости и прироста населения по сравнению с остальной Европой. Однако «быстрого» эффекта от такой политики ждать не приходится, опыт показывает, что результат неоспоримо наступает лишь после полноценного функционирования модели в течение двух десятилетий. Возможен ли в России подобный вариант демографической политики? Проблема в том, что в нынешних экстремальных условиях у нас просто нет 20 лет, необходимых для отработки этой схемы.

Очевидно, что властям следует отходить от финансовых инструментов управления рождаемостью в пользу комплексной **поддержки совмещения семейной жизни и трудовых обязанностей**. Именно невозможность одновременно и работать, и воспитывать детей, по мнению социологов, ограничивает рождаемость в России. Отсюда конфликт репродуктивных интересов общества и семьи. Обществу необходима трёхдетная семья, а вот для самой семьи наличие нескольких детей постепенно утрачивает смысл, поскольку для удовлетворения психологических мотивов по реализации родительства (основная мотивация к деторождению), по-видимому, двух или даже одного ребёнка вполне достаточно.

Демография и абортный менталитет общества

В ряде развивающихся стран прирост населения по-прежнему остаётся высоким в связи с тем, что дети оказываются не только гарантией социального обеспечения бедных слоёв населения, но и **семейной ценностью**: многодетность культивируют как национальную традицию. Таким образом, очевидно, что на принципы формирования семьи влияет в том числе эволюция **нравственного сознания**.

Сегодня постепенно становится общественной нормой менее табуированное отношение к **сексуальному поведению**, меняется взгляд на **брак**, который, как и развод, стал весьма дорогим удовольствием. Отсюда рост числа эмуляционных видов брака — по официальной статистике, 23% рождений в России происходит в гражданском браке. Появились и более изощрённые виды: «гостевой» и «воскресный» браки. Впрочем, в развитых странах Европы и Америки такое тоже есть.

Не менее значимым для репродуктивного здоровья российского общества выступает архаичное отношение к **контрацепции и аборту**: наши женщины в большинстве своём твёрдо убеждены в том, что контрацепция и медицинский аборт — **взаимозаменяемая** альтернатива в вопросах регулирования рождаемости. Причём аборт прост и дешёв, тогда как контрацепция требует неких усилий и финансовых затрат. И это ещё одна причина того, что для большинства россиян концепция «желанные дети в желаемые сроки» до сих пор недостижима.

В 1980-х годах в России эффективными средствами контрацепции пользовались 10–12% женщин, тогда как в развитых странах — 60%. При таких различиях ментальности в России тогда происходило 120 аборт на 1000 женщин (2,7 аборта на одни роды), а в экономически развитых странах — не более 20. Лишь теперь страна приближается к западным стандартам 30-летней давности — число аборт на 1000 женщин снизилось шестикратно и в 2014 году составило 22,8 (0,42 аборта на одни роды), а 25% женщин репродуктивного возраста стали использовать комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и внутриматочные средства (ВМС).

На фоне демографического коллапса важно представлять себе также, что в РФ **почти треть** беременностей прерываются искусственно или самопроизвольно. Несмотря на то что показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста (22,8 в 2014 году) и соотношение родов и аборт (100 на 42,3 в 2014 году) постоянно улучшаются, ежегодное число искусственно прерванных беременностей в РФ двукратно превышает таковое во всех европейских странах, вместе взятых. А ведь количество аборт наравне с показателями материнской и перинатальной смертности определяет цивилизованность страны и отражает комфортность материнства для её жительниц.

Вопрос об искусственном прерывании беременности — одной из ведущих причин материнской смертности — частный аспект проблемы сохранения потомства. Однако он шире, чем кажется на первый взгляд: если посмотреть на экономическую составляющую, только из Фонда обязательного **медицинского страхования** (ОМС) на выполнение аборт в 2014 году было затрачено 5 млрд руб., а сколько будет затрачено на **излечение их последствий**?

В 2014 году от последствий аборта, в том числе проведённого вне лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), по официальной статистике, умерли 14 женщин. Сам факт гибели женщины после хирургического аборта — дикость, и наконец-то в этом вопросе достигнут прогресс — показатель в разы меньше тех, что были 10 лет назад. Это снижение стало возможным за счёт **замены кюретажа таблеткой**: из двух зол чаще стали выбирать наименьшее — медикаментозный аборт.

Хирургическое прерывание беременности не проходит бесследно; осложнения остаются на всю жизнь, во всяком случае до завершения репродуктивного периода. Речь идёт о **хроническом аутоиммунном эндометрите**, вызванном деструктивным воздействием иммунокомпетентных клеток на ткани эндометрия. Долгая патогенетическая цепочка тянется к своим закономерным последствиям: нарушению имплантации и невынашиванию беременности. Следствием агрессивного избавления от беременности, несомненно, становится и увеличение доли бездетных супружеских пар. В России число женщин с бесплодием за десятилетие выросло более чем в 1,5 раза — с 52 до 83,1 тыс. И этот рост продолжается в арифметической прогрессии — на 3–4 тыс. в год. Особо актуальна проблема прерывания беременности, часто первой, у **подростков**.

Рассуждения о том, что использование контрацепции якобы сдерживает рождаемость, спекулятивны и необоснованны. К сожалению, информация о современных контрацептивных средствах для подростков часто оказывается ложным табу, и, более того, даже у взрослых женщин сохраняется то же предубеждение.

Подростки как демографическая надежда

Как бы то ни было, уже понятно, что без принятия соответствующих мер масштабный демографический кризис в России может перерасти в **демографическую катастрофу**.

Остановить её можно с помощью тех, кто сегодня ходит в детский сад или даже ещё не родился, — если удастся сохранить их здоровье и привить нормальное восприятие семейных ценностей. Именно поэтому одно из системных решений очевидных демографических проблем — упор на **ювенологию**, так как именно с подростками связана надежда на улучшение качества здоровья ближайших поколений. Однако сухие цифры статистики уже подтачивают радужные надежды.

- Перинатальная заболеваемость в России в 2014 году составила 44,7% — каждый второй ребёнок, среди недоношенных — более 90%, то есть почти каждый новорождённый.

- Через 10–15 лет почти не останется здоровых супружеских пар, способных родить полноценное потомство.
- Число детей и подростков в стране снизилось с 22,6% в 2001 году до 18,3% в 2010 году и лишь незначительно выросло к 2015 году — до 19,1% (см. рис. 1-4).

К сожалению, на фоне резкого снижения рождаемости, роста общей смертности и сокращения прогнозируемой средней продолжительности жизни в стране произошло и прогрессивное ухудшение **качества здоровья** детей, подростков и женщин фертильного возраста. Все женщины, которым предстоит рожать в возрасте 18–30 лет до 2023 года, уже родились, и, судя по показателям перинатальной заболеваемости, рассчитывать на прочный фундамент репродуктивного здоровья у них не приходится.

Всего на Земле более 1,2 млрд человек в возрасте 10–19 лет — это 18% населения земного шара. Подростковый период связан с бурными физиологическими и психологическими изменениями в организме: это одновременно период неопытности, экспериментаторства, своеволия, недисциплинированности, асоциальности — в сочетании с целеустремлённостью и желанием учиться, осваивать профессию. **Именно последними качествами следует воспользоваться для обучения тому, как сохранить репродуктивное здоровье.**

Однако пока реальность рисует не слишком весёлую картину. Даже по данным официальной статистики, заболеваемость детей и подростков составляет 2,29–2,36 на одного человека, то есть каждый имеет **больше двух заболеваний**. Причём частота болезней мочеполовой системы у подростков до 15 лет составляет 6%, а к 17 годам удваивается — 12%. Вдобавок, как правило, официальная статистика склонна занижать показатели нездоровья, и, по данным любого пилотного исследования девочек-подростков, картина ещё более удручающая.

По сведениям литературы, за последние 15 лет частота **гинекологических** заболеваний у школьниц возросла: воспалительных — в 3 раза, нарушений менструальной функции и болезней мочевой системы — в 1,5 раза. Частота гинекологических нарушений и заболеваний у 15-летних девушек составляет 77,6%, а к 17 годам достигает уже 92,5%. У подростков, живущих половой жизнью, частота гинекологических проблем **втрое выше**, чем у их сверстниц, не вступающих в половую связь.

В этой связи становится заметным определённое ханжество, которое кроется в **дефиниции репродуктивного здоровья** (ООН, Каир, 1994): «...полное физическое, душевное и социальное благополучие во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосексуальных отношениях в семье».



Рис. 1-9. Динамика изменения перинатального риска.

К сожалению, даже в наиболее экономически развитых странах невозможно найти достаточное количество людей (групп, когорт), соответствующих вышеприведённой формулировке. Особенно если вспомнить, что в наше время как никогда актуален вопрос хронизации воспалительных заболеваний, в том числе в подростковой гинекологии. К сожалению, часто это происходит в силу неправильного лечения и необоснованного применения антибиотиков — следствием становятся микозы, дисбиозы и антибиотикорезистентность. Кроме того, нередко проблемы возникают из-за самолечения и нежелания (невозможности) обратиться к врачу за консультацией. Всемирный экономический форум (2013) включил Россию в список стран с высоким глобальным риском, поскольку 83,6% российских семей бесконтрольно принимают противомикробные препараты.

Эти процессы накладываются на общемировую тенденцию роста сексуальной активности молодёжи. Подросткам свойственны **случайный ха-**

ракетер половых связей, безграмотность в вопросах предупреждения нежеланной беременности и профилактики ИППП. На этом фоне отрадно, что определённый прогресс последних 10 лет сократил долю абортотв (от общей численности популяции) у 15–17-летних с 2,75 до 1,12%. Тем не менее в группе повышенного риска по-прежнему остаются девушки до 14 лет, у которых доля прерывания беременности в структуре всех абортотв снижается с годами незначительно — 0,06–0,04%.

При этом привлекательность института семьи в глазах подростков всё так же низка. Согласно социологическим опросам, процент выбравших **идеологию childfree** неуклонно растёт. В числе причин — невозможность достойного содержания и воспитания детей, отсутствие необходимых социальных гарантий со стороны государства, распад института семьи. К сожалению, на эти факторы, определяющие репродуктивный выбор подрастающей женщины, телевизионные пассажи о нравственности и семейных ценностях практически не влияют — они не могут заменить необходимых полноценных **программ репродуктивного просвещения**.

Если девушка-подросток смогла избежать всех опасностей взросления и создала полноценную семью, в которой наступила желанная беременность, всё равно высок риск, что события сложатся не самым радужным образом. Количество нормальных родов в России снизилось с 46% в 1992 году до 34,1% в 2014 году (рис. 1-9). Отчасти и поэтому тенденции улучшения здоровья новорождённых неблагоприятны.

Пути преодоления негативных тенденций

Число женщин детородного возраста неуклонно падает, а вместе с ним — и прогнозируемая рождаемость, что заставляет **дорожить буквально каждой беременностью** и прилагать усилия — порой почти героические! — для достижения благоприятного исхода.

Руководство страны провозгласило демографическую политику государственным приоритетом и запустило национальные проекты «Здоровье» и «Образование», и они не должны быть завершены в обозримом будущем. Подразумевается, что коренные меры социального и организационного плана вкупе с неуклонной научно-технической модернизацией повлияют на рождаемость и смертность. Тем не менее **демографический кризис по-прежнему не преодолен**, и его последствия угрожают национальной безопасности России в ближайшие десятилетия. Состоявшееся 16 марта 2005 года в Совете Федерации РФ обсуждение на тему «Государственная политика в охране репродуктивного здоровья населения» с участием главных педиатров и аку-

щеров-гинекологов Минздравсоцразвития РФ и субъектов Федерации также было посвящено катастрофической ситуации в нашей стране, но практических решений не было.

В планах усиление мер по профилактике аборта — фактора, наиболее опасного для репродуктивного потенциала страны (см. главу 9, раздел «Аборты»), а также повышение ценности каждой желанной беременности.

Очевидно, что решать проблемы деторождения следует незамедлительно. Единственная надежда на улучшение ситуации в этой области заключается в объединении сил государственных структур и служб здравоохранения. И первой целью этого тандема должно стать снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, улучшение здоровья новорождённых. Приоритетом следует считать и **программу улучшения здоровья подростков и юношества** — единственный шанс на позитивные демографические сдвиги в ближайшее десятилетие. И эту политику необходимо выстраивать на конкретной идеологической основе — профилактике аборта **первой беременности** как наиболее распространённой «акушерской агрессии по обоюдному желанию».

К сожалению, «...безальтернативный путь снижения числа абортов — **репродуктивное просвещение подростков 11–13 лет**» (Коллегия Минздрава РФ, 2002) — оказался невозможен в масштабах страны. Акушеров-гинекологов в школы так и не пустили. Однако есть целевая группа, для просвещения которой согласие родителей и педагогов не нужно. Это **студенты** — будущая национальная интеллигенция: учителя, руководители производств, журналисты.

Так, с целью репродуктивного просвещения этой прослойки молодёжи на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН в 2007–2009 годах был разработан и внедрён курс занятий по вопросам репродуктивного здоровья студенток вузов и учащихся девушек (Радзинский В.Е., Хамошина М.Б.). Программа призвана охватить информацией по вопросам репродуктивного поведения студенческую аудиторию — основную группу риска репродуктивного неблагополучия. Предлагаемые занятия более чем актуальны для девушек именно в это время, когда их жизненный уклад в корне меняется из-за покидания семьи, переезда в большой город с его соблазнами и иными непривычными моделями поведения*. Лекции организованы отдельно для юношей и девушек и включают специально подготовленные видеоматериалы, а также знакомство с клиническими ординаторами и аспирантами — почти сверстниками, готовыми при необходимости прийти на помощь в решении различных вопросов, связанных с репродукцией.

* Прекрасно описано в романе А. Иванова «Общάга-на-крови».

Наряду с лекциями по репродуктивному здоровью, которые включены в сетку учебного расписания на первых курсах всех факультетов РУДН, налажена обратная связь со студентами по электронному адресу doctor4rudn@mail.ru, открыта страница на интернет-сайте РУДН. На клинических базах кафедры и в студенческой поликлинике организован консультативный гинекологический приём для студенток, в медицинском центре РУДН создан специализированный кабинет, на этапе последиplomного образования врачи проходят тематические циклы повышения квалификации.

Начиная с 2007 года информацию и конкретную помощь по вопросам охраны репродуктивного здоровья ежегодно получают свыше **3500 студентов** РУДН обоего пола. В 2009–2010 годах полученный опыт работы был распространён **на 32 вуза страны**, в результате чего в орбиту репродуктивного просвещения удалось вовлечь около **15 тыс. молодых людей** — будущих родителей.

Успех окрыляет, однако, к сожалению, принятые меры — лишь капля в море. Вклад медицинских факторов в формирование конечного уровня здоровья населения не превышает **10–15%**. Современные реалии доказывают, что акушеры-гинекологи и здравоохранение в целом могут дать женщине некие гарантии реализации репродуктивных возможностей только при условии её психосоциальной готовности к материнству. Эта готовность в идеале формируется уже с юного возраста, и её отражением служат самоохранительное поведение, планирование беременности в полноценном эндометрии (не подвергавшемся травматичным воздействиям при хирургических абортах) в условиях максимально возможного социально-биологического благополучия как самой себя, так и семьи и общества. **Это долгий путь: от аборта — к безопасной контрацепции, планированию деторождения, к безопасным родам, счастливому материнству. Однако альтернативы нет.**

Станет ли «точкой невозврата» современная демографическая ситуация — покажет будущее. Чрезвычайно трудно что-либо прогнозировать в условиях стремительного потока технических и социальных перемен наших дней. Однако уже сейчас не только можно, но и необходимо обозначить исторический этап эволюции рождаемости, на котором Россию застал социально-экономический и политический кризис. По всем признакам наша страна сейчас не просто переживает сложные дни, а проходит через этап глубокого переосмысления своей истории, самопознания сущности своей культуры и поиска ответов на многие жизненно важные вопросы. И в их числе один из главных — о демографической ситуации в России: что делать не только государству в целом, но и **каждому из нас**, чтобы нация продолжила своё существование?

Литература к главе 1

- Bayramov V.D., Volkov Y.G., Posukhova O.Y. et al. Multiculturalism: Discursive practices // Review of European studies. — 2015. — Vol. 7. — №7. — P. 195–200.
- Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies // *Reprod. Health.* — 2015. — Vol. 12. — P. 57. [PMID: 26093498]
- Chang H.H., Larson J., Blencowe H. et al. Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index // *Lancet.* — 2013. — Vol. 381. — P. 223–234. [PMID: 23158883]
- De Brouwere V., Zinnen V., Delvaux T. How to conduct maternal death reviews (MDR): Guidelines and tools for health professionals. — London: FIGO, 2013. — 45 p.
- Dodd J.M., Crowther C.A., Huertas E. et al. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Vol. 12. — Art. N°CD004224. [PMID: 24323886]
- Hofmeyr G.J., Haws R.A., Bergstrom S. et al. Obstetric care in low-resource settings: what, who, and how to overcome challenges to scale up? // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2009. — Vol. 107. — №1. — P. s21–s45. [PMID: 19815204]
- Hyde M.J., Modi N. The long-term effects of birth by caesarean section: The case for a randomised controlled trial // *Early Hum. Dev.* — 2012. — Vol. 88. — №12. — P. 943–949. [PMID: 23056493]
- Uterine evacuation: use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. — URL: <http://www.figo.org/sites/default/files/FIGO%20DC%20statement.pdf>.
- Resolution on "Conscientious Objection" (Kuala Lumpur, 2006). — URL: <http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/2006%20Resolution%20on%20Conscientious%20Objection.pdf>.
- Jamison D.T., Summers L.H., Alleyne G. et al. Global health 2035: a world converging within a generation // *Lancet.* — 2013. — Vol. 382. — №9908. — P. 1898–1955. [PMID: 24309475]
- Khunpradit S., Tavender E., Lumbiganon P. et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2011. — Vol. 6. — Art. N°CD005528. [PMID: 21678348]
- Lawn J.E., Gravett M.G., Nunes T.M. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2010. — Vol. 10. — №1. — P. s1. [PMID: 20233382]
- Liu L., Oza S., Hogan D. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: An updated systematic analysis // *Lancet.* — 2015. — Vol. 385. — №9966. — P. 430–440. [PMID: 25280870]
- Mason E., McDougall L., Lawn J.E. et al. From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation // *Lancet.* — 2014. — Vol. 384. — №9941. — P. 455–467. [PMID: 24853599]
- O'Neill S.M., Kearney P.M., Kenny L.C. et al. Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: Systematic review and meta-analysis // *PLoS One.* — 2013. — Vol. 8. — №1. — P. e54588. [PMID: 23372739]
- Purandare C.N., Adanu R.M. The unfinished agenda of women's reproductive health // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2015. — Vol. 131. — №1. — P. s1–s2. [PMID: 26433495]
- Roura L.C., Arulkumaran S.S. Facing the noncommunicable disease (NCD) global epidemic — the battle of prevention starts in utero — the FIGO challenge // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* — 2015. — Vol. 29. — №1. — P. 5–14. [PMID: 25248554]
- Rushwan H. The FIGO Leadership in Obstetrics for Gynecology for Impact and Change (LOGIC) initiative in maternal and newborn health // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2014. — Vol. 127. — №1. — P. s1–s2. [PMID: 25257566]
- Sedgh G., Bearak J., Singh S. et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends // *Lancet.* — 2016. — Vol. 388. — №10041. — P. 258–267. [PMID: 27179755]
- The roadmap for health measurement and accountability. — WHO, 2016. — URL: https://live.worldbank.org/sites/default/files/roadmap_6-4-15_web.pdf.
- World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables. — New York: United Nations, 2015. — 59 p.
- WHO Statement on caesarean section rates. — WHO, 2016. — URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.
- Алешковский И.А. Демографический кризис как угроза национальной безопасности России // Век глобализации. — 2012. — Т. 10. — №2. — С. 96–114.
- Валиахметов Р.М. Семейная политика и практика в интересах развития человека // Вестник Института социологии. — 2014. — №8. — С. 76–89.
- Верещагина А.В., Самыгин С.И., Станиславский П.В. Демографическая безопасность России / Под ред. П.С. Самыгина. — М.: РУСАИНС, 2016. — 116 с.
- Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год. — М.: Минздрав России, 2015. — 219 с.
- Кузнецова И.В. Девочка-подросток как пациент. Эндокринная гинекология физиологического пубертата: оптимальный минимум коррекции: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 20 с.
- Демографический ежегодник России. 2015: Статистический сборник. — М.: Росстат, 2015. — 263 с.
- Ипастова И.Д. Осложнённая беременность от ранних до поздних сроков: наука и практика // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 15–20.
- Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М.: РУДН, 2012. — 48 с.
- Митковская Е.В., Костин И.Н., Смирнова Т.В. и др. Региональные особенности акушерско-гинекологической помощи в России // Вестник РУДН. — 2016. — № 2. — С. 17–22. — (Медицина).
- Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке / Под ред. Т.А. Николаевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 256 с.
- Предупреждение репродуктивных потерь: Стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины»: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.

- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Репродуктивное здоровье — знание для всех! // Экология и жизнь. — 2012. — №6. — С. 82–88.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Архипова М.П. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 9–17.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Добрецова Т.А. По материалам информационного бюллетеня ВОЗ о материнской смертности в мире // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 11–19.
- Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12–13 марта 2013 года) / Под ред. Т.С. Рябинкиной, Х.Ю. Симоновской, С.А. Маклецовоной. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.
- Российский статистический ежегодник. 2015: Статистический сборник. — М.: Росстат, 2015. — 729 с.
- Станиславский П.В. Безопасность молодой семьи в контексте преодоления рисков демографического развития России // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. — 2015. — Т. 1. — №11. — С. 184–187.
- Станиславский П.В. Демографический кризис в России: предпосылки и ключевые тенденции // Материалы Всероссийской конференции студентов, аспирантов и молодых учёных. — Ч. 3. — Ростов н/Д: Фонд науки и образования, 2015. — С. 261–263.
- Станиславский П.В. Трансформация репродуктивных ценностей и установок в России в контексте демографической и духовной безопасности общества // Научное обеспечение регионального развития: Материалы международной научной конференции. — Ростов н/Д: Фонд науки и образования, 2015. — С. 631–633.
- Ушакова Г.А. Размышления учёного и клинициста о проблемах врачей в условиях современного здравоохранения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 9–13.



ГЛАВА 2

**МАТЕРИНСКАЯ
И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ
СМЕРТНОСТЬ**

akusher-lib.ru

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Одной из Целей развития тысячелетия, принятых ООН в 2000 году, стало **снижение материнской смертности на 75%** к 2015 году по сравнению с 1990 годом, однако достичь этих показателей по миру в целом не удалось — по расчётам ВОЗ, материнские потери были снижены только на 43%.

Материнская смертность — не только основной критерий качества работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом, но и **интегральный показатель** здоровья женщин репродуктивного возраста — результат **взаимодействия** экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов.

ВОЗ называет материнскую смертность глобальным бичом человечества и «лакмусовым тестом», определяющим отношение общества к материнству: **высокий уровень материнской смертности в стране указывает на недостаточную заботу государства о самой уязвимой части населения — матерях и детях.**

По определению МКБ-10 (1995), «...материнская смертность включает все случаи смерти женщин, наступившие в период беременности или в течение 42 дней после её окончания (независимо от продолжительности и локализации беременности), от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощённой ею или её ведением, но не от несчастного случая или возникшей случайно».

Вместе с тем в МКБ-10 введено новое понятие — «поздняя материнская смерть»:

- акушерская **смерть по неуточнённой причине** во время беременности, родов или в послеродовом периоде;
- смерть матери от любой акушерской причины **спустя более чем 42 дня, но менее 1 года после родов;**
- смерть матери **от последствий прямых акушерских причин** (смерть женщины от любой акушерской причины через 1 год или более после родов).

Введение этого понятия обусловлено тем, что смерть женщины от причин, непосредственно или косвенно связанных с беременностью, может наступить и позже 42 дней после прекращения гестации.

Случаи материнской смерти делят на **две группы.**

- Смерть, **непосредственно** связанная с акушерскими причинами: в результате акушерских осложнений, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

- Смерть, **косвенно** связанная с акушерскими причинами: в результате существовавшей прежде болезни или заболевания, возникшего в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощённого физиологическим воздействием беременности.

Мировая статистика материнской смертности

Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире возникает более 200 млн беременностей, из которых только у 140 млн женщин они заканчиваются родами. Каждый день в среднем наступает 575 тыс. беременностей и 830 женщин умирают от причин, связанных с беременностью и родами.

В начале XXI века в связи с акушерскими причинами была зарегистрирована гибель 590 тыс. женщин, что заметно превышало статистику 1980-х и начала 1990-х (500 тыс.). За минувшее десятилетие удалось добиться значимого снижения материнской смертности: 530 тыс. — в 2005 году, 358 тыс. — в 2008-м и 303 тыс. — в 2015-м. Однако даже при всей приблизительности подсчётов этот прорыв был достигнут прежде всего за счёт снижения рождаемости, как, например, в Африке, где у многорожавших уровень материнской смертности в 17 раз превышал таковой в популяции. И достигнутое за по-

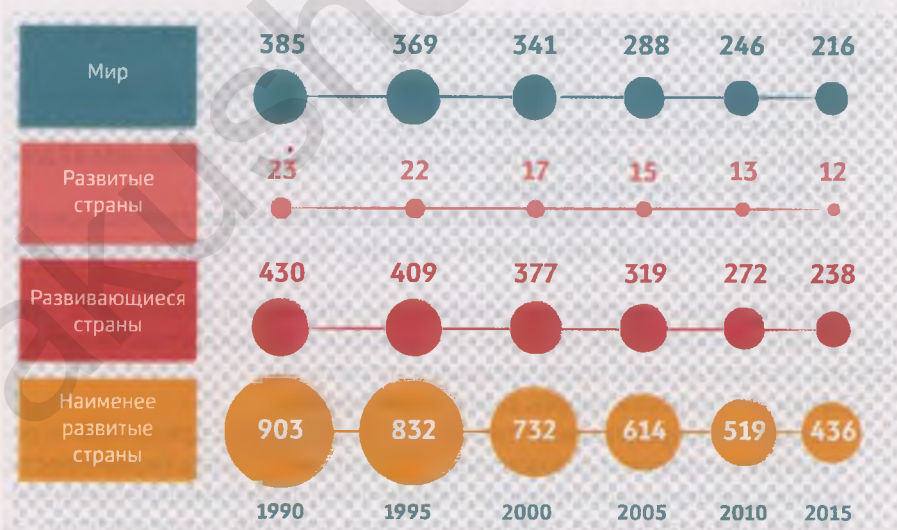


Рис. 2-1. Материнская смертность в мире, на 100 тыс. живорождений (ВОЗ, 2016).



Рис. 2-2. Два локуса материнской смертности в мире (ВОЗ, 2016), на 100 тыс. рождённых живыми.

следнее десятилетие в мире снижение материнской смертности произошло именно по этой причине: многодетные в странах третьего мира стали меньше рожать — и меньше погибать! Однако сам факт сокращения этого трагического показателя (рис. 2-1) нельзя недооценивать, ведь с 2013 года стали погибать **вдвое меньше** женщин, чем в 2000 году (чуть более 300 тыс. против 590 тыс.).

Как не вспомнить концепцию ВОЗ 1970 года о снижении материнской смертности к началу XXI века в 2 раза (!). Полный провал: приоритет — планирование семьи — оказался несвоевременным. В то время было научно доказано, что всего лишь **увеличение интергенетического интервала до 2 лет** (чтобы не рожали дважды в год — в январе и декабре) и **прекращение родов после 40–45 лет снижают в 2 раза материнскую и в 4 раза — младенческую смертность**. Но в те годы именно многодетные страны к этому не были готовы: «планирование семьи» как идеология и методология не сработало. А вот теперь, в XXI веке, стала заметна тенденция замены традиционной многодетности (12–14 детей в семье) среднедетностью (шесть–семь). С чем связана подобная смена установок, предстоит разобраться учёным, и как это произошло — тоже загадка: **в мире не отмечено увеличения ни числа аборт, ни количества потребителей контрацепции!** Сегодня две трети всех материнских потерь происходит **в восьми странах** двух континентов (рис. 2-2) — это государства с вопиюще мизерным доходом на душу

населения (Нигерия, Индия, Сьерра-Леоне, Центральноафриканская Республика, Чад, Южный Судан, Сомали, Либерия).

Одно, но не единственное объяснение — потребность в образовании (а должна быть — в демографии!): в большинстве стран можно прокормить и 10 детей, однако их образование потребует дополнительных трат. Каждый может посчитать сам! Вот почему один из последних конгрессов по перинатальной медицине начинался слайдом: «Многие считают, что образование в наши дни стоит слишком дорого... Ну, что ж! Попробуйте обойтись!» Тем не менее **сам факт масштабного снижения материнской смертности — торжество цивилизационных преобразований в мире.**

Если говорить о **достоверности** цифр, характеризующих материнскую смертность, то статистика в целом сомнительна, поскольку во многих развивающихся странах до сих пор не учитывают случаи гибели женщин, если они родили мёртвых или погибших в неонатальном периоде младенцев, не зарегистрированных в органах ЗАГС. Такова ситуация в большинстве стран Африки и Азии, где в базу государственной статистики по материнской смертности вносят лишь те случаи, когда смерть матери произошла при живорождении.

Такой принцип учёта материнской смертности — своеобразный компромисс, занижающий реальное количество погибших женщин. При этом даже такие условные данные достаточно показательны (и — увы! — велики) для вполне достоверных выводов и определения приоритетов.

Довольно долго в разных странах материнскую смертность трактовали неодинаково; во многих государствах этой статистики не было вообще. В СССР материнскую смертность регистрировали не от начала беременности, а с 28 нед, то есть случаи смерти в связи с абортми и внематочной беременностью не учитывали в количестве и структуре гибели матерей. Китай не предоставлял статистических данных, Пакистан и Индия их вообще не имели — таким образом, показатели материнской смертности более чем для половины земного шара были неизвестны. Вот почему **международные договорённости о едином подходе, достигнутые совсем недавно, в 1995 году, стали важным этапом цивилизационного пути.** Вариант, предложенный в МКБ-10, выглядит пусть не оптимальным, но компромиссным.

Крайне важно, чтобы расчётом показателя материнской смертности владел каждый медицинский работник. **Коэффициент материнской смертности** равен отношению количества беременных, умерших с начала беременности, рожениц и родильниц, погибших в течение 42 дней после прекращения беременности, к числу живорождённых, умноженному на 100 000. Числитель формулы — это материнская смертность в абсолютном численном выражении. Ещё раз важный акцент — **коэффициент рассчитывают на 100 тыс. живорождённых.**



Несмотря на то что в большинстве экономически высокоразвитых стран коэффициент материнской смертности составляет менее 20 на 100 тыс. живорождений, среднемировой показатель равен 216, что ненамного отличается от статистики развивающихся стран (238).

На одну женщину, погибающую в связи с реализацией своей репродуктивной функции в развитых странах, в странах третьего мира умирает 99 (Юго-Восточная Азия и Африка); при этом доля родов развивающихся стран в мировой статистике рождений составляет 86%. Основное количество материнских смертей приходится на страны Африки (57,8%), Азии (38,8%), Латинской Америки и Карибского бассейна (2,7%), а в развитых странах — 0,5%. Почти **половину всех материнских потерь** регистрируют всего **в трёх азиатских странах** — Индии, Пакистане, Бангладеш; в Индии за один день умирает столько женщин от причин, связанных с беременностью и родами, сколько в Западной Европе за целый год. Парадокс! **В некоторых странах деторождение выступает ведущей причиной смертности женщин репродуктивного возраста.**

Ситуация ежеминутной гибели женщин от осложнений беременности и родов требует не только отклика узкого круга специалистов, но и реакции мировой общественности. Ведь общие итоги материнской смертности действительно глобальны. **Эквивалентами ежедневных материнских потерь во всём мире могли бы стать крушение двух пассажирских поездов, падение трёх «боингов», разрушение восьми многоквартирных домов или гибель полка солдат.** В среднем это составляет более **800 смертей** женщин от причин, связанных с беременностью и родами, **ежедневно**. Представьте, какова была бы реакция средств массовой информации, если бы, например, каждый день разбивалось четыре лайнера или взрывалось восемь жилых домов! Однако каждодневную гибель тысячи женщин адекватно воспринимают лишь узкие специалисты. Именно поэтому материнская смертность и получила у экспертов ВОЗ прозвище «тихая эпидемия» (silent epidemy).

Материнская смертность, государство и общество

Столь катастрофическая статистика не случайна. К сожалению, во всём мире прекратилась активная деятельность международных гуманитарных организаций, в течение десятилетий защищавших право женщины на сохранение жизни во время беременности и родов (яркий пример — конференция стран Юго-Восточной Азии и Африки в Лахоре, Пакистан, 1989). На Всемирном конгрессе по проблемам материнской смертности (Марракеш, Марокко, 1995) уже не было официальных представителей ООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ (Детский фонд ООН, United Nations International Children's emergency fund, UNICEF).

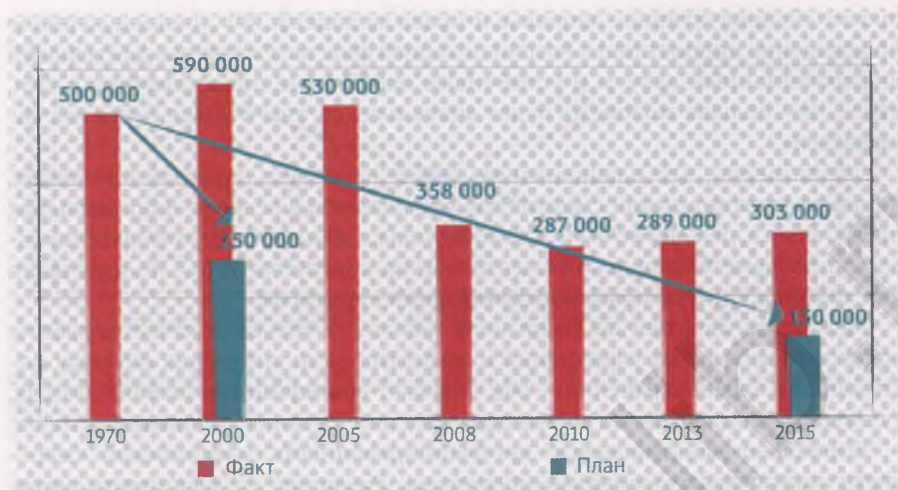


Рис. 2-3. Контраверсии снижения материнской смертности в современном мире.

Назовём лишь две главные причины. Оказалось, что для перевода так называемых домашних родов в стационарные необходимы огромные **финансовые затраты** (до \$70 трлн). Таких денег у мирового сообщества нет. Далее, уже в 2005 году рядом научных работ, в том числе кандидатской диссертацией нашего аспиранта Ж.О. Кочофа (Республика Бенин, Африка), было показано, что в стационарах, где в год происходит **менее 600 родов, материнская смертность не снижается**. Дело в том, что одни-трие родов в сутки — слишком небольшое количество, не дающее врачам возможности профессионального роста. Вторая причина спада активности гуманитарных организаций состоит в том, что радужные прогнозы ВОЗ, сделанные в 1970 году, не оправдались. Ожидали, что в начале XXI века материнская смертность снизится вдвое (с 500 до 250 тыс.), но показатель, наоборот, возрос до 590 тыс., и даже к 2015 году, несмотря на снижение до 300 тыс., желаемых цифр достичь не удалось (рис. 2-3).

Объяснений этому факту, как всегда, несколько, но главное — **приоритеты**. Основной был отдан созданию системы планирования семьи в странах с широко распространённой многодетностью. Идеологически это было, вероятно, правильно, но... гладко оказалось лишь на бумаге.

Глобальный проект «Планирование семьи» потерпел неудачу. В его рамках осуществляли поставки современных средств контрацепции и проводили образовательные программы для населения, обычно неуспешные. Даже

проект «Репродуктивное здоровье и права молодёжи РФ» (репродуктивное просвещение подростков) в России потерпел фиаско. Сказались длительный информационный вакуум и устойчивые ошибочные представления о том, что «...чем больше молодёжь будет знать о сексе, тем больше будет им заниматься».

Закономерно, что планированию семьи перестали отдавать приоритет, и проблема материнской смертности, перешедшая в ведение национальных правительств, решена не была. Стало не только меньше программных докладов о проблеме материнской смертности на конгрессах FIGO, но и **исчезла как таковая единая междисциплинарная стратегия**.

Между тем материнская смертность зависит не только от качества работы родовспомогательных учреждений и эффективности внедрения научных достижений в здравоохранение — она отражает **совокупность** экономических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов.

Социально-экономическую детерминированность материнской смертности подтверждает мировая статистика. Различия коэффициента материнской смертности по миру колоссальны: от 1360 в Сьерра-Леоне, 882 в Центральноафриканской Республике, 856 в Чаде, до четырёх и менее в Австрии, Польше, Греции, Исландии, Италии, Швеции в среднем на 100 тыс. живорождённых. В странах с высокоразвитой экономикой этот показатель к 2015 году составил менее 12 на 100 тыс. живорождённых, в развивающихся регионах — 239, а в отдельных странах даже превысил 1000 (Сьерра-Леоне, 2015). Среднемировой коэффициент материнской смертности в 2015 году составил 216, **в России — 25** (по данным ВОЗ), в Европе — 16, в Африке — 542, в Северной и Южной Америке — 52, в Юго-Восточной Азии — 164.

Доказано, что материнская смертность напрямую зависит от уровня жизни граждан в стране (рис. 2-4). Так, в Сьерра-Леоне, где коэффициент материнской смертности самый высокий в мире, доход на душу населения равен \$761 в год, в Чаде — \$941. А вот в Австрии — \$43 700, и материнская смертность — три случая на 100 тыс. родов. Такая же связь существует между материнской смертностью и **расходами** государства на здравоохранение. В Центральноафриканской Республике в 2014 году государство расходовало \$12 на человека, тогда как в Исландии — \$3145. В РФ средний показатель доходов на душу населения с 2003 по 2015 год вырос втрое (с \$3180 до 9054, максимальный был в 2013 году — \$15 531), и за этот период также трёхкратно увеличились расходы на здравоохранение (с \$305 до 958 на человека). Материнскую смертность удалось сократить более чем вдвое.

Эти данные подтверждают теоретическую возможность снижения материнской смертности путём улучшения благосостояния стран, в том числе тех, где государственная система охраны материнства и детства отсутствует. Тем



Рис. 2-4. Зависимость уровня материнской смертности от дохода на душу населения (ВОЗ, 2013).

не менее ни врачи, ни организаторы здравоохранения не имеют на это влияния.


С медицинской точки зрения высокая **материнская смертность в развивающихся странах предопределена частыми беременностями с коротким интергенетическим интервалом**, плохими санитарно-гигиеническими условиями, отсутствием адекватной дородовой диагностики, плохим медицинским просвещением населения, недостатком медикаментов, высокой общей заболеваемостью, дефектами питания. Значимость государственной поддержки (а влияние этого фактора на показатели материнской смертности нельзя переоценить) можно чётко проследить на примере СССР, где в условиях низкого среднего дохода на душу населения концепция первичной медико-санитарной помощи была настолько совершенной, что в 1978 году ВОЗ рекомендовала её для всех развивающихся стран.

Низкий уровень материнской смертности (ниже 10 на 100 тыс. живорождений) **в экономически развитых государствах обусловлен** сочетанием солидного социально-экономического статуса страны с хорошо налаженной системой защиты окружающей среды, высоким качеством оказания медицинской помощи и продвинутой санитарной культурой населения. Минимальные показатели материнской смертности достигнуты в Австралии, Австрии, Бельгии, Чехии, Дании, Финляндии, Франции, Германии, Греции, Исландии, Ирландии, Израиле, Италии, Японии, Нидерландах, Норвегии, Сингапуре, Испании, Швеции (менее десяти). В богатых странах Персидского залива, где наряду с развитой экономикой имеется **мощная социальная поддержка населения** (Объединённые Арабские Эмираты, Кувейт), коэффициент материнской смертности колеблется от 4,0 до 6,0.

Несомненна зависимость уровня материнской смертности от культурных, национальных и религиозных традиций. Как известно, **запреты или неопределённое отношение к вопросам репродукции порождают конфликты**, нередко с трагическим финалом. Наиболее терпимой и «прогрессивной» в отношении репродукции религией можно считать ислам, допускающий контрацепцию (и аборты, но только для сохранения жизни и здоровья женщины, вплоть до 22 нед), а также все вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), кроме инсеминации спермой донора.

Как ни странно, в экономически развитых странах (Япония и Норвегия) и на Африканском континенте была установлена **прямая взаимосвязь** длительности активного репродуктивного периода с **величиной материнской смертности**: чем дольше активный репродуктивный период, тем выше показатель.

Активный репродуктивный период — это отрезок времени, включающий беременность, роды, послеродовой период и время лактации. Японки за всю жизнь в среднем находятся в активном репродуктивном периоде всего 2 года. Что можно успеть за такой срок? Родить одного ребёнка с полноценным грудным вскармливанием или родить двух детей, не выкармливая их грудью. В Норвегии этот период составляет 5 лет. В Африке — 27 лет! Это не значит, впрочем, что африканская женщина рождает 27 детей. В силу социально-экономических условий грудное вскармливание там просто необходимо для выживания детей, и его продолжительность увеличивает активный репродуктивный период.

 **Весьма эффективное (но, к сожалению, нацеленное далеко в будущее) мероприятие для снижения материнской смертности — женское образование. Исследования показывают, что риск материнской смертности у необразованных женщин в 80 раз выше, чем у образованных. Образование, даже начальное, меняет отношение женщины к своей репродуктивной функции, делает его более осознанным, а рождение ребёнка — желанным.**

При усреднении данных для большинства развивающихся стран получаются **неожиданные цифры**. Если девушка родила первого ребёнка в 18 лет, то в дальнейшем у неё будет семь детей. Если первый ребёнок родится в 20 лет — пять детей, в 22 года — три ребёнка. Получая образование, девушка откладывает рождение первого ребёнка. Одновременно у неё меняется отношение к деторождению, появляется возможность осознанного выбора своего будущего, однако репродуктивный потенциал в целом снижается.

Структура материнской смертности как показатель цивилизованности общества

Для определения стратегических подходов всё множество причин материнской смертности условно делят на **управляемые и неуправляемые**. Если устранение причин требует минимума финансовых затрат и исключительно организационных мероприятий, такие причины считают управляемыми. Неуправляемые причины чаще всего не имеют каких-либо достоверных прогностических критериев.

Структура причин материнской смертности в мире весьма стабильна. Современная ситуация в странах третьего мира аналогична существовавшей в развитых государствах 100 лет назад. На первых местах в мировой структуре, обуславливая 70% материнских смертей, стоит «**большая пятёрка**» управляемых причин — кровотечение, преэклампсия (эклампсия), сепсис, опасный аборт, осложнённые роды (рис. 2-5). Тем не менее надо признать, что уже несколько лет структуру причин материнской смертности возглавляют «предшествующие состояния» — экстрагенитальные заболевания. При этом 96% материнских смертей приходится на страны Азии и Африки, а ведущая роль этих «нецивилизованных» причин, как уже было сказано, объяснима низким подушевым доходом, отсутствием финансирования медицины и соответствующих государственных программ.

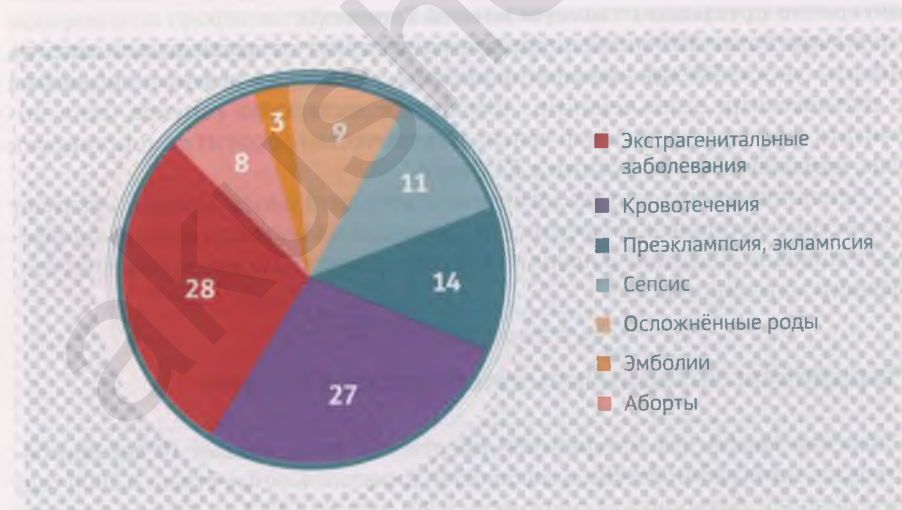


Рис. 2-5. Структура причин материнской смертности в мире, % (ВОЗ, 2015).

В экономически развитых странах первое место занимают **неуправляемые** причины: внематочная беременность, эмболия околоплодными водами, экстрагенитальные заболевания, анестезиологические осложнения. На долю кровотечений и сепсиса, в отличие от развивающихся стран, приходится только 5–10%.

В мире каждая четвёртая женщина, умирающая от причин, связанных с беременностью и родами, погибает в результате кровотечения. Следовательно, резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности следует искать, решая проблему акушерских кровотечений. Всего в мире от причин, связанных с беременностью и родами, в среднем одна женщина умирает каждые 2 мин, а по причине именно акушерских кровотечений — каждые 5 мин. В структуре причин материнской смертности в РФ кровотечения составили 16,6% за 2014 год (без аборт), а в странах Евросоюза — 13,7%.

По оценкам экспертов ВОЗ, в мире каждый год выполняют около **46 млн аборт**, из них 20 млн — нелегально. Эти 68 тыс. вмешательств — важнейший вклад в копилку материнской смертности. Первое место **неблагополучного списка** занимает Азия — примерно 10,5 млн криминальных аборт. Далее в порядке убывания следуют Африка и Латинская Америка (4,2 и 3,7 млн соответственно). В Европе каждый год проводят всего 500 тыс. аборт. В РФ точное количество аборт установить не удаётся в силу недоучёта искусственных прерываний беременности в коммерческих структурах (см. главу 9, раздел «Аборт»), но даже официальная статистика — 715 тыс. (в 2015 году) — **почти двукратно превышает таковую во всей Европе (!)**.

В мире более 30 тыс. женщин ежегодно гибнут от акушерского сепсиса. Аборт уносят 24 тыс. жизней, однако из них три четверти — пациентки с септическими осложнениями. Абсолютное **лидерство сепсиса** (если посчитать вместе послеродовой сепсис и септические аборт) демонстрирует, увы, **неизменность ситуации с XIX века**.

Неполноценность методологии учёта всех летальных исходов искажает статистику материнской смертности, занижает значимость данной проблемы в мировом масштабе и препятствует совершенствованию программ безопасного материнства.

Парадоксы материнской смертности в России

Снижение показателя материнской смертности за минувшие 10 лет способствовало интеграции России в сообщество цивилизованных стран. В 2000 году коэффициент материнской смертности в РФ составил 45,2 на 100 тыс. живорождённых, что **не соответствовало уровню развитых стран** (менее 20). Умень-

шение данного показателя, по данным Минздрава России, до 24,2 в 2007 году и 22,6 — в 2008-м демонстрирует благоприятную тенденцию (рис. 2-6). Однако в 2009 году показатель материнской смертности вновь возрос на 15% из-за эпидемии «свиного» гриппа, составив 26,1 на 100 тыс. живорождённых, тогда как в странах «Большой восьмёрки» обсуждаемый коэффициент в 2005 году достиг уже 7,0 на 100 тыс. живорождённых, то есть был в 3,5 раза ниже, чем в РФ.

Тем не менее уже с 2010 года отмечено резкое снижение коэффициента материнской смертности — до 16,5 на 100 тыс. рождённых живыми. В последующие годы этот показатель продолжил неуклонное снижение: 2011-й — 16,2, 2012-й — 11,5, 2013-й — 11,3, 2014-й — 10,8, 2015-й — 10,1. Оценивая изменения, произошедшие с 2000 года (с 45,2 до 10,8), налицо **огромный отечественный успех в преодолении проблемы материнской смертности**. Это даёт реальную надежду в скором времени встать на одну позицию с ведущими странами в данном вопросе.

Если сравнивать с 1990 годом, то уже к 2005 году материнская смертность в России сократилась почти вдвое и продолжила снижение. Поставленная мировым сообществом Пятая цель тысячелетия — снижение материнской смертности с 1990 к 2015 году на 75% — в России была достигнута в 2012 году. В 2015 году от причин, связанных с беременностью и родами, в стране погибли 196 женщин. Другими словами, реализуя свою репродуктивную функцию, почти каждые 2 дня погибала одна женщина. Учитывая отсутствие до 2005 года сбалансированной государственной политики и финансируемых программ по профилактике материнской смертности, следует признать, что **снижением показателя до указанных цифр с 700–800 ежегодных смертей мы обязаны прежде всего профессионализму врачей**.



Рис. 2-6. Динамика материнской смертности в России, на 100 тыс. живорождений.

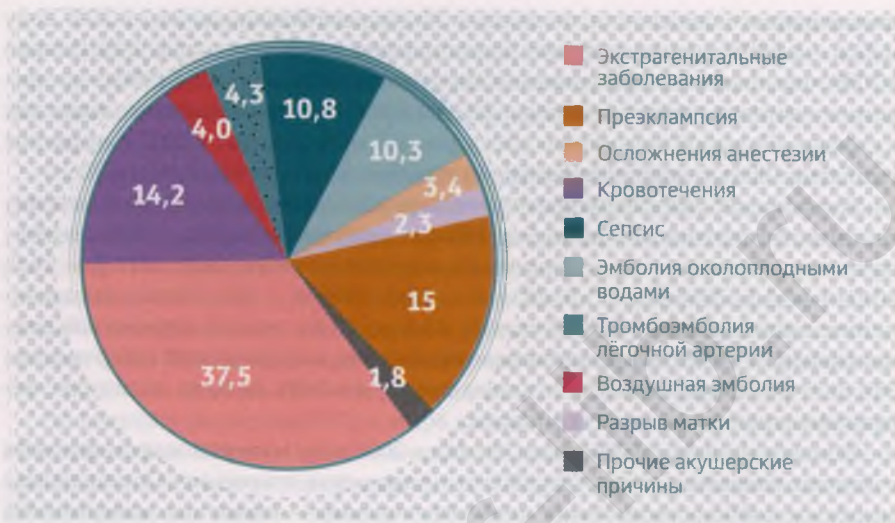


Рис. 2-7. Структура причин материнской смертности в России в 2014 году, % (Росстат, 2015).

Вместе с тем чрезмерно ликовать по поводу снижения материнской смертности за минувшее десятилетие не стоит, ведь до показателей развитых стран её необходимо уменьшить ещё двукратно (данные Росстата за 2015 год — 10,1 на 100 тыс. живорождённых). Кроме того, необходима оптимизация профилактики материнской смертности в РФ.

За последнее десятилетие снижение материнской смертности связано в основном с сокращением доли умерших от внематочной беременности и медицинских аборт, которых к 2014 году стало в 5–11 раз меньше. Гибель женщин от других акушерских причин снижается крайне медленно.

Тщательно проанализировав изменения показателей материнской смертности, можно не только оценить тенденции, но и определить рациональные меры оптимизации родовспоможения и уменьшения числа критических состояний. В 2005 году основными причинами материнской смертности были акушерские кровотечения (17%) и аборты (16,8%). Далее шла «цивилизованная» причина — экстрагенитальные заболевания (15,4%). Затем следовали преэклампсия (гестоз) (12,7%), эмболия околоплодными водами (9,5%), внематочная беременность (5,7%). Сепсис в этой структуре занимал всего седьмое место — 3,8%.

В 2014 году последовательность причин материнской смертности кардинально изменилась (рис. 2-7). Лидером оказались «цивилизованные»

экстрагенитальные заболевания (37,5%). Это объяснимо: на рубеже веков частота заболеваний сердца и сосудов у беременных увеличилась вдвое, мочевыводящих путей — в 5 раз, анемии — почти семикратно. Затем идут «нецивилизованные» причины: на первом месте различные эмболии (18,6%), далее — кровотечения (16,5%), преэклампсия (15%), сепсис (10,8%), осложнения анестезии (3,4%).

Аборты. По официальной статистике, число абортов снижается, но, как было сказано выше, эти цифры недостоверны — коммерческие организации выполняют огромное количество абортов, которые остаются в тени. Однако, даже по искажённой статистике, на каждые 10 родов происходит чуть менее пяти абортов, два из которых — самопроизвольные. Отрадно, что криминальных абортов стало **в 10 раз меньше** — вот результат работы врачей амбулаторного звена. Итог — четырёхкратное снижение материнской смертности по этой причине за последнее десятилетие.

Анализируя динамику материнских потерь после прерывания беременности за последние 2 года, следует отметить и нерадостный факт: материнская смертность после абортов в 2014 году возросла на 12,4% по сравнению с 2013-м.

В структуре абортов, ставших причиной материнских смертей в 2014 году, возросло число гибелей:

- после самопроизвольных абортов (с восьми в 2013 году до 13 в 2014 году);
- после прерывания беременности **по медицинским показаниям** (с девяти до 10 случаев соответственно);
- после внебольничных неуточнённых абортов (с четырёх до пяти случаев) (рис. 2-8, табл. 2-1).



Рис. 2-8. Структура абортов, закончившихся летальным исходом, % (Минздрав России, 2015).

Таблица 2-1. Причины материнской смерти после прерывания беременности (Минздрав России, 2015)

Основные причины материнской смерти	2013, %	2014, %
Кровотечения	7,7	3,3
Сепсис	30,8	46,0
Экстрагенитальные заболевания	38,5	40,0
Осложнения анестезии	7,7	—
Тромбоэмболия лёгочной артерии	3,8	3,3
Разрыв и перфорация матки	3,8	—
Прочие причины	7,7	6,7

Смертей после медицинских легальных (артифициальных) аборт не зарегистрировано. Число летальных исходов после криминальных абортов не изменилось.

Обнаружен ген сепсиса!

Как оказалось, важную роль в генерализации септических осложнений играет белок **гасдермин D**, который в норме присутствует в клетке в неактивном состоянии. Ген, кодирующий этот белок, был **открыт в 2015 году** группой учёных из Австралийского национального университета (Australian national university). Бактериальные липосахариды, попадая в клетку, «включают» гасдермин D, который запускает саморазрушение клеток, — а это основа системного воспалительного ответа, от которого в итоге женщина и погибает.

Сепсис. Ежегодно в мире от акушерского сепсиса погибают более 30 тыс. женщин. В числе причин материнской смертности в мире **сепсис занимает третье место**. В России как причина материнской смертности он перешёл с первого места в 1997 году (21,7%) на пятое — в 2014-м (10,8%). Тем не менее, несмотря на достигнутые успехи (рис. 2-9), следует признать, что на пути снижения материнских потерь от септических осложнений нам ещё работать и работать.

Увы, **ни послеродовой, ни послеабортный сепсис в мире до сих пор лечить не научились**. Возможно только снижать его риск — путём рациональной антибактериальной терапии, минимизации пребывания в стационаре





Рис. 2-9. Материнская смертность от сепсиса, % (Минздрав России, 2015).

наре, совместного пребывания, ранней выписки, контроля за мытьём рук персонала. Если же предупредить развитие сепсиса не удалось, то от одной десятой до четверти женщин, получавших правильное, соответствующее современным стандартам лечение, всё равно погибли — такова суровая действительность. Эти факты подчёркивают важность **профилактики** септических состояний в акушерстве.

Хронioseпсис на фоне снижения иммунорезистентности организма наблюдают всё чаще, однако таких пациенток врачи оперировать боятся — **нелегко взять на себя смелость удалить матку, предположив, что в ней находится септический очаг**. Кроме того, нет никаких гарантий, что удаление очага переломит течение заболевания, — процесс может оказаться распространённым.

Кровотечения. Их доля в структуре материнской смертности за 2014 год составила 16,5% (третье место, см. рис. 2-7). За последнее десятилетие произошло снижение гибели матерей (рис. 2-10) за счёт послеродовых кровотечений (с 2,1 до 1,0 на 100 тыс. рождений), а вот снизить смертность от кровотечений при отслойке или предлежании плаценты удалось хуже (с 2,3 до 1,0 на 100 тыс. рождений), и здесь **проблема в задержке оказания адекватной помощи и сложности маршрутизации** (табл. 2-2). Органосохраняющая тактика при этом грозном осложнении приживается с трудом. По сравнению с 2007 годом **частота удалений матки выросла** с 1952 (1,24 на 1000 родов) до 2689 (1,42 на 1000 родов) — **почти вдвое**. Это сложно объяснить однозначно, особенно на фоне снижения количества кровотечений и септических осложнений.



Рис. 2-10. Материнская смертность от кровотечений, на 100 тыс. рождённых живыми (Минздрав России, 2015).

Вероятно, страх летального исхода при кровотечении заставляет врачей удалять матку даже тогда, когда этого можно избежать!

Дискредитация органосохраняющей тактики происходит **из-за позднего принятия решения об операции, несоблюдения алгоритма и запаздывания с переходом на хирургический гемостаз, неадекватного восполнения кровопотери**. Например, в Москве, где самая низкая частота удалений матки (0,08 на 1000 родов), летальность после этой операции в 2014 году составила 18,18%! В Орловской области (0,35 на 1000 родов), Республике Марий Эл (0,2 на 1000 родов), Пензенской области (0,36 на 1000 родов), Республике Алтай (0,47 на 1000 родов) частота ампутаций матки также гораздо ниже среднероссийских — 1,42 на 1000 родов, но ни одной женщины при этом не потеряли.

Значит, нам снова предстоит доказывать, что необходимо соблюдение алгоритма, при котором «перескакивание» через несколько этапов сразу к последнему пункту — удалению органа — недопустимо! И **это вопиющий пример акушерской агрессии — такие выводы следуют из сухих статистических цифр**. Пусть не обижаются «маткорубщики», но органосохраняющая тактика при акушерских кровотечениях в цивилизованном мире доминирует, доказав свою эффективность! Мировые алгоритмы оперативного лечения гипотонического кровотечения предусматривают в первую очередь компрессионные швы и лигирование сосудов малого таза и только в крайнем случае — экстирпацию матки. Это веление времени. В 2001 году в России было проведено 3600 экстирпаций матки, но **после «эпидемии» судебных разбирательств по поводу такого радикального способа остановки кровотечения количество экстирпаций уменьшилось более чем вдвое (1700 в 2002 году)**. А вот затем вновь стало расти (до 2689 в 2014 году).

Заблуждение отечественных коллег, которые отдают предпочтение немедленному и радикальному вмешательству при кровотечении, основано на ошибочном мнении, что гистерэктомия — единственно возможный вариант

Таблица 2-2. Структура кровотечений, ставших причиной материнской гибели (Минздрав РФ, 2015).

Причина	2012	2013	2014
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты или её предлежание	47,9%	42,9%	57,6%
Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде	27,1%	44,9%	30,3%
Прочие причины кровотечений до 22 нед	6,3%	4,1%	3%
Кровотечение при внематочной беременности	18,7%	8,1%	9,1%

ликвидации источника кровотечения и тромбопластических субстанций, обрывающий цепочку диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Этой же **тактикой часто прикрывают стратегические просчёты — недоучёт или искусственное занижение, неадекватное восполнение кровопотери.** Анализ данных о кровотечениях в родовспомогательных учреждениях показывает низкое качество акушерской помощи в конкретных родильных стационарах. Например, врачи часто недооценивают степень риска гиповолемии, снижение объёма циркулирующей плазмы, нарушение осмотического гомеостаза, нарушение кислородотранспортной функции, выраженность синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания.

До сих пор не завершены дискуссии о должном количестве и качестве инфузионной терапии при восполнении кровопотери в акушерстве. То, что раньше не подлежало сомнению, сейчас требует критической переоценки. Установлено, что **выбор инфузионной терапии должен быть основан на рациональном сочетании компонентов переливаемых растворов.** Особенно это касается инфузий у женщин с преэклампсией (гестозом), когда гипергидратация опасна весьма печальными последствиями.

Преэклампсия (гестоз). В 2014 году 15% материнской смертности было обусловлено преэклампсией, точнее — осложнениями этого состояния (острая почечная недостаточность, мозговое кровоизлияние, коагулопатические расстройства, отёк лёгких, в итоге — полиорганная недостаточность). **«Тандем» эклампсии с экстрагенитальными заболеваниями** формирует плацентарную недостаточность, задержку роста плода, выступает причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Безусловно, **преэклампсия заслуживает названия самого загадочного осложнения беременности.**

Научные исследования подошли к последнему звену патогенетической цепочки этого состояния — к генетике, но до сих пор целостной картины этиологии и патогенеза преэклампсии (гестоза) нет. Цена незнания этой, казалось бы, самой легкоуправляемой причины материнской смертности — жизнь тысяч женщин, погибающих вследствие несвоевременной диагностики и неадекватного лечения (рис. 2-11). И конечно, безопасность пациентки и врача зависит от правильной оценки: степени тяжести преэклампсии, продолжительности лечения, способа родоразрешения и т.д.

Эктопическую беременность называют парадоксом развитых стран. В качестве причин учащения внематочной беременности рассматривают инфантилизацию, приём гормональных контрацептивов и т.д., однако общего мнения у специалистов нет. Как объяснить второе-третье место материнской смертности от внематочной беременности в индустриально развитых странах? В России рост гибели женщин с внематочной беременностью в начале 1990-х продемонстрировал неполющенность неотложной медицинской помощи: **каждая пятая пациентка оказывалась в стационаре лишь спустя сутки после появления первых симптомов**. Очевидно, атмосфера кризиса тех лет разрушительно сказалась также и на здравоохранении, особенно на качестве экстренной хирургической и анестезиолого-реанимационной служб гинекологических стационаров.

Основной причиной летального исхода при эктопической беременности выступают геморрагический шок, вызванный разрывом трубы, и полиорганная недостаточность. **Успешность лечения зависит от экстренности хирургического этапа и качества инфузионно-трансфузионной терапии** (коррекция волевических расстройств и восполнение кислородной ёмкости крови). Судя по впечатляющему снижению материнской смертности от этого осложнения — за последние 10 лет в 14 раз (сейчас она составляет 1% от всей материнской смертности), — организационные проблемы удалось преодолеть.



Рис. 2-11. Материнская смертность от преэклампсии, на 100 тыс. живорождений (Минздрав России, 2015).

«Золотой стандарт» диагностики внематочной беременности признан во всём мире и **основан на двух признаках**: выявлении β -субъединицы человеческого хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) и ультразвуковом обнаружении трофобласта вне матки. Увы, этот стандарт пускают в ход лишь у половины женщин «с подозрением на внематочную беременность». Однако и выполнение обоих тестов не всегда гарантирует достоверность. Специалисты говорят: **если при задержке менструации более 18 дней тест на β -ХГЧ положительный, а врач ультразвуковой диагностики не видит трофобласт** ни в матке, ни вне её, значит, нужно менять либо аппарат на более современный, либо врача — на более квалифицированного! Кроме того, необходимо помнить, что **лапароскопия не входит в «золотой стандарт» диагностики ненарушенной трубной беременности**, когда зарегистрировать изменения эндовидеоскопически почти невозможно. В 2 нед гестации труба ещё не изменена, всё плодное яйцо — с булавочную головку. Ложноотрицательное заключение мешает впоследствии своевременно отреагировать на разрыв трубы или трубный аборт.

Обезболивание кесарева сечения. Двукратное снижение материнской смертности от осложнений наркоза в мире стало возможным после масштабной замены эндотрахеального наркоза на регионарную анестезию (табл. 2-3). Суть понятна: **большинство кесаревых сечений в мире проводят в экстренном порядке**, то есть при неподготовленном организме, что чревато осложнениями в виде синдрома Мендельсона. Однако при регионарной анестезии этого не бывает. Разумеется, женщина может погибнуть и в этом случае, но с вероятностью в 100 раз меньше. Эндотрахеальный наркоз при экстренном абдоминальном родоразрешении — поистине трагедия конца XX века. Однако до сих пор, с момента своего зарождения, **акушерская анестезиология — terra incognita для попыток междисциплинарного подхода.**

Специалисты во всём мире пошли по пути регионарной анестезии (эпидуральной, спинальной, комбинированной). 1970-е годы отмечены трудом одного из корифеев этой научно-практической области — проф. Е.А. Ланцева из Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР (ныне РАН). Однако в 1980-е годы **эпидуральную анестезию в России применяли лишь в избранных клиниках.** Тем временем в мире уже был сформирован «золотой стандарт»: кесарево сечение проводили только под регионарной анестезией, если к таковой нет противопоказаний.

В тех областях России, где используют преимущественно регионарные методы анестезии (эпидуральную, спинальную), **показатели материнской смертности от анестезиологических осложнений** в 5 раз меньше, чем там, где сохраняют приверженность эндотрахеальному обезболиванию (Артымук Н.В., 2013). Материнская смертность от анестезиологических ослож-

Таблица 2-3. Причины материнской смерти от осложнений анестезиологических пособий и реанимационных мероприятий, 2012–2014 годы (Минздрав России, 2015)

Вид осложнения	2012	2013	2014
Аспирационный синдром		2	1
Осложнения интубации	2	—	1
Осложнения эпидуральной анестезии	4	4	2
Анафилактический шок на анестетики	3	3	2
Осложнения катетеризации подключичных вен	4	—	—
Прочие	1	1	2

нений за последнее десятилетие снижается медленно (с 0,6 до 0,3 на 100 тыс. родов) именно по причине небывалой инертности и саботажа анестезиологов на местах. Будем откровенны: если анестезиолог (иногда даже главный специалист больницы, города или области) говорит, что обладает какими-то «личными» соображениями против перидуральной анестезии, значит, он просто не умеет её делать. На самом деле выбирать ему ничего не надо, мир уже всё решил. Кесарево сечение следует выполнять только под регионарной анестезией, **кроме случаев, когда к такому виду обезболивания есть абсолютные противопоказания или существует необходимость продлённой вентиляции**. Во всех остальных случаях мнение отдельного анестезиолога никакого значения не имеет — и иметь не может!

Увы, гибель пациентки возможна и при регионарной анестезии, например от анафилактического шока. Однако частота таких случаев на порядок меньше, чем при эндотрахеальном наркозе.

Эмболические осложнения. В числе других причин материнской смертности в цивилизованных странах наиболее высока значимость эмболии околоплодными водами и тромбоемболии лёгочной артерии. В 1995 году Всемирный конгресс по материнской смертности установил, что не существует каких-либо факторов или групп риска, а также способов предотвращения эмболии околоплодными водами. В 2005 году доказанные факторы риска появились, но... только общие!

Более того, нет данных о влиянии на исход родов количества и качества околоплодных вод, попавших в сосудистое русло. Поэтому результат зависит лишь от эффективности противошоковой терапии, например от количества введённых глюкокортикоидов. Никогда не забуду, как мы с акад. В.Н. Серо-

вым приняли участие в консилиуме по тактике лечения женщины с **диагностированной эмболией околоплодными водами**. Решая вопрос о необходимой дозе глюкокортикоидов, я предложил ввести не менее 1000 мг, а Владимир Николаевич сказал: «Столько, сколько есть в роддоме». Женщина осталась жива.

Ещё одна «цивилизованная» причина материнской смертности — **тромбоз эмболия лёгочной артерии**. Неправильно прерывать беременность на первоначальном этапе борьбы с этим состоянием. В исследованиях **доказана необходимость интегрированного ведения таких больных врачами смежных специальностей**. Крайне важно провести базовое обследование системы гемокоагуляции, поскольку станет понятна необходимость расширенного и углублённого лабораторного контроля (сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза, фибринолитической системы и маркеров внутрисосудистого свёртывания и фибринолиза) для выбора рациональной терапии. Хотя доказательных данных о возможности профилактики материнской смертности от тромбозов и эмболий в мире, увы, нет.

Причины материнской смертности: врачебные ошибки и недостатки организации

Осложнения родов (а это в основном предотвратимые причины акушерской смерти или заболеваний женщин: кровотечения, эклампсия и септические состояния) характеризуют **организацию системы родовспоможения на всех этапах оказания медицинской помощи** (рис. 2-12, 2-13).

Объяснить значительный территориальный разрыв показателей и причин материнской смертности можно лишь различиями в качестве медицинской помощи. Согласно экспертной оценке, каждый десятый случай (!) материнской смертности относится к **предотвратимым и условно предотвратимым**.

Индикаторами качества акушерской помощи наряду с коэффициентом материнской смертности считают частоту критических ситуаций и управляемых осложнений в родах (кровотечения, послеродовой сепсис, разрыв матки, гистерэктомия). Согласно годовому отчёту Минздрава России (табл. 2-4), в 2014 году из 232 материнских летальных исходов в России предотвратимыми были 12,9%, условно предотвратимыми — 44%, непредотвратимыми — 43,1%. Из числа предотвратимых причин доминировали анестезиологические осложнения (25%), акушерские кровотечения (23,3%) и сепсис (20%).

Большое количество предотвратимых осложнений в родах у женщин требует корректного анализа причин для совершенствования службы родовспоможения.

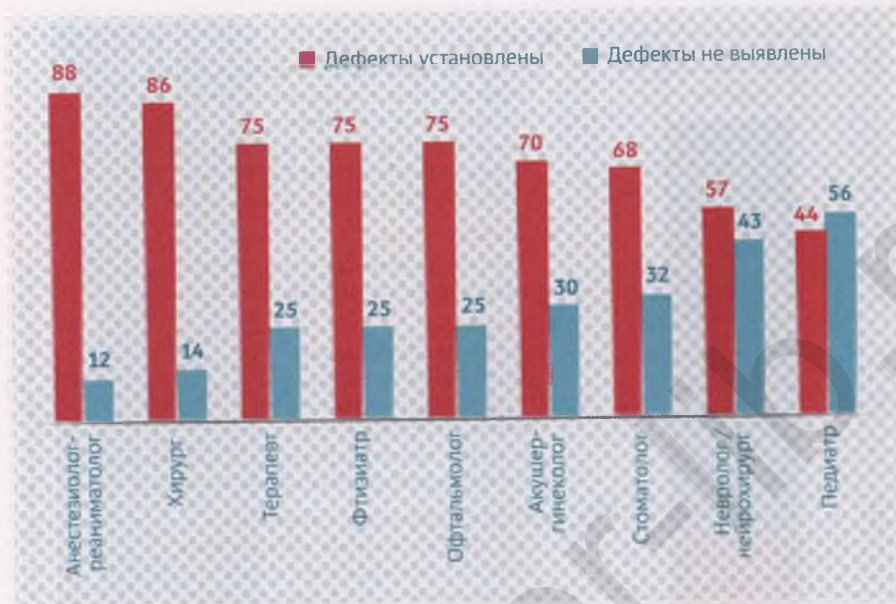


Рис. 2-12. Количество выявленных дефектов медицинской помощи судмедэкспертами в зависимости от специализации врача, % (Санкт-Петербург, 2014).

можения. Однако **важно проанализировать не только причины, но и возможности предотвращения** управляемых случаев материнской смертности.

Отправной точкой в оценке качества родовспоможения традиционно считают коэффициент материнской смертности, но здесь начинается парадокс: **чем он ниже, тем менее статистически значима каждая отдельная составляющая** и тем сложнее построить систему мер по предупреждению этого состояния. Именно поэтому с 2009 года Отдел репродуктивного здоровья ВОЗ предложил на систематической основе анализировать и изучать случаи, при которых пациентка едва не погибла — **near miss maternal morbidity**, и использовать полученную информацию для контроля качества деятельности служб, ориентированных на охрану материнского здоровья.

В нашей стране с начала 2015 года по поручению Минздрава России все российские территории разрабатывают и в тестовом режиме **внедряют в региональное здравоохранение систему аудита случаев near miss**. Ряд российских территорий, в первую очередь Тюменская область (главный акушер-гинеколог проф. И.И. Кукарская), внедрили эту систему ещё в 2013 году.



Рис. 2-13. Дефекты оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (Ростовская область, 2000–2007).

Относительная сопоставимость ситуаций материнских смертей и сходных с ними случаев *near miss* при разном исходе позволяет анализировать хронологию цепи трагических событий в едином ключе и получать более достоверную информацию о допущенных ошибках (рис. 2-14). Благодаря глубокому сравнительному анализу каждого эпизода можно получить ответы на главные вопросы: что именно привело к летальному исходу? что помогло выжить?

Таблица 2-4. Предотвратимость случаев материнской смерти в 2014 году (Минздрав России, 2015)

Основные причины материнской смерти	Предотвратимость смерти						Всего умерли
	Предотвратима		Условно предотвратима		Непредотвратима		
	п	%	п	%	п	%	
Внематочная беременность (кровоотечение)	1	33,3	2	66,7	–	–	3
Акушерские кровоотечения	7	23,3	15	50	8	26,7	30
Отёки, протеинурия, гипертензивные расстройства, преэклампсия, эклампсия	6	17,1	24	68,6	5	14,3	35
Сепсис	5	20	16	64	4	16	25
Экстрагенитальные заболевания	6	6,9	32	36,8	49	56,3	87
Разрыв матки	1	20	3	60	1	20	5
Осложнения анестезии	2	25	5	62,5	1	12,5	8
Эмболия околоплодными водами	–	–	3	12,5	21	87,5	24
Тромбоэмболия лёгочной артерии	–	–	1	10	9	90	10
Воздушная эмболия	–	–	–	–	1	100	1
Прочие	2	50	1	25	1	25	4
Итого	30	12,9	102	44	100	43,1	232



Рис. 2-14. Госпитальный этап оказания медицинской помощи при тяжёлой преэклампсии в случаях материнской смертности и near miss, % (Ростовская область, 2000–2007).

Статистический анализ и разработка алгоритмов при анализе near miss построены на большом массиве данных, что ощутимо повышает достоверность выводов. В целом чем больше число проанализированных случаев near miss, тем **более детальную количественную информацию** о факторах риска и допущенных дефектах при оказании медицинской помощи удаётся получить.

Дополнительное преимущество разбора ситуаций near miss, а также резерв снижения материнской смертности — **возможность определения наиболее неблагоприятных акушерских стационаров**, где неудовлетворительны профессиональный уровень врачебных кадров, соблюдение клинических протоколов и т.д. Именно эти учреждения родовспоможения должны стать объектом повышенного внимания руководителей акушерской службы региона как учреждения «высокого риска» по материнским потерям.

Пути преодоления материнской смертности и акушерской агрессии

Развитие системы медицинского страхования на фундаменте рыночных отношений сопровождается сменой менталитета и поведения пациенток. Осведомлённость женщин о современных методах родовспоможения, как это ни парадоксально, **может привести в затруднение некоторых врачей, не утруждающих себя самообразованием**. Анализируя причины неблагоприятных исходов беременности и родов, особое внимание следует обратить на акушерскую агрессию.

В России **структура акушерской агрессии достаточно сложна** (рис. 2-15). Государственной акушерской агрессией следует считать хирургические аборты — на многих территориях единственный метод регулирования рождаемости, гарантированный системой ОМС. Сюда же входят многочисленные назначаемые без показаний и ничем не оправданные исследования (анализы) во время беременности, а также **так называемое «бесплатное лечение», не основанное на принципах доказательной медицины**. Не менее значимы проблемы организационного характера (отсутствие до конца 2010 года регламентов по совместному пребыванию и ранней выписке, санэпидрежиму). И вот долгожданный прорыв, которого отечественное родовспоможение ожидало 16 лет, — **новые санитарные правила и нормы** (СанПиН) (2.1.3.2630-10), введённые в действие 17 сентября 2010 года и регламентирующие совместное пребывание и ряд других мероприятий по внедрению современных перинатальных технологий.

Искоренения в первую очередь требует «традиционная» акушерская агрессия: полипрагмазия, неадекватное с позиции современных знаний стремле-

Факторы снижения материнской смертности в мире

Сработали к 2016 году только выделенные:

- использование контрацепции;
- **медикаментозный аборт**;
- минимальное антенатальное наблюдение;
- роды в стационаре;
- **осмотерапия преэклампсии**;
- органосохраняющие методики лечения кровотечений;
- **регионарная анестезия**;
- современные перинатальные технологии.

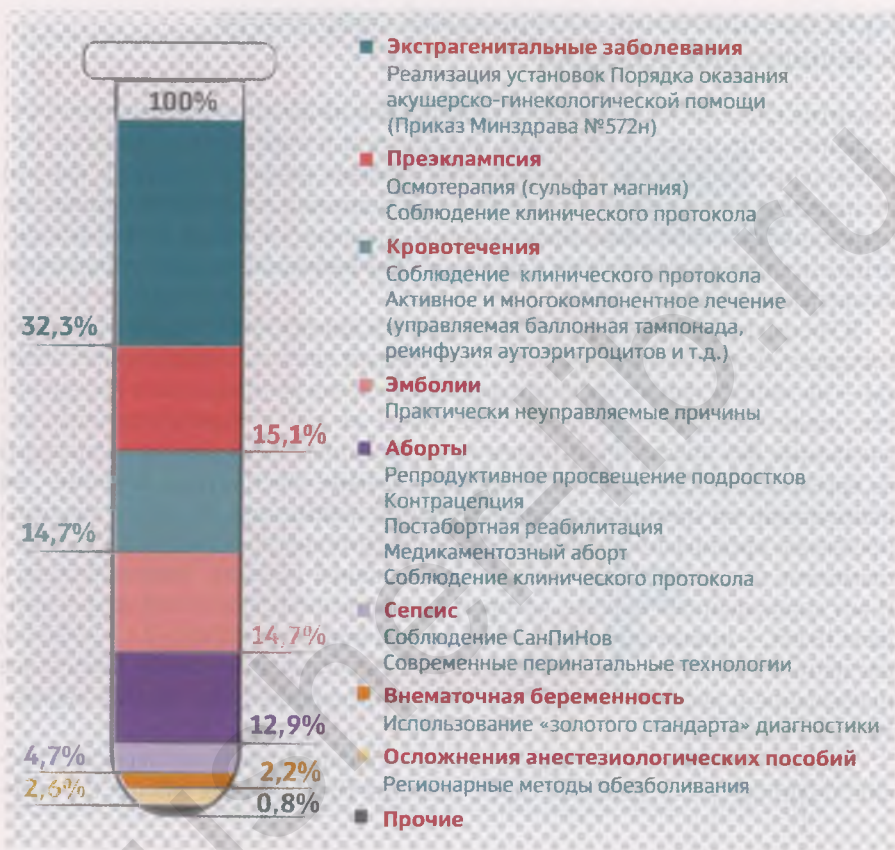


Рис. 2-15. Причины материнской смертности в России и основные пути их преодоления.

ние к «санации» влагалища, применение эстрогенов при подготовке к родам, интубационный наркоз при кесаревом сечении, амниотомия при незрелых родовых путях, эпизиотомия, кесарево сечение без медицинских показаний, оргоуносящие операции при кровотечениях и гипергидратация при гестозе. Однако сложность борьбы заключается в «уходе в тень» этих деяний — современные научные публикации свидетельствуют, что медицинские действия, не соответствующие стандартам, в половине случаев **near miss** просто не отмечают в документации.

Для борьбы с акушерской агрессией в современной системе родовспоможения необходимо объединить силы специалистов в ключевых сферах жиз-

ни общества: политиков, экономистов, работников системы образования, культуры и, конечно, медицины.

Изменения системы здравоохранения не только в акушерстве, но и в медицине в целом позволят снизить частоту летальных исходов от септических осложнений. В столь распространённой микробной резистентности к антибиотикам не последнюю роль играет и коррупционная составляющая — математическую зависимость этих показателей подтвердили в 2015 году австралийские исследователи (рис. 2-16). Выводы? Делайте сами.

Профилактика и лечение инфекций в акушерстве (ВОЗ, 2015)

Рекомендовано

- Влагалищное исследование проводить с интервалом 4 ч в активную фазу родов у женщин низкой степени риска.
- Введение антибиотика в родах пациенткам—носителям стрептококка группы В для предупреждения ранней неонатальной стафилококковой инфекции.
- Введение антибиотиков женщинам с преждевременными родами при преждевременном излитии околоплодных вод.
- Рутинная антибиотикопрофилактика родильницам после ручного удаления плаценты.
- Рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с разрывами промежности III и IV степени.
- Обработка влагалища повидон-йодом непосредственно перед кесаревым сечением.
- Выбор антисептика для обработки кожи перед кесаревым сечением и способ его применения должен быть основан в первую очередь на клиническом опыте его использования, стоимости и наличии.
- Рутинная антибиотикопрофилактика женщинам при плановом и экстренном кесаревом сечении.
- При абдоминальном родоразрешении профилактическое введение антибиотиков должно быть произведено до кожного разреза, а не интраоперационно после пережатия пуповины.
- Для антибиотикопрофилактики при кесаревом сечении должны быть использованы разовые дозы первого поколения цефалоспоринов или пенициллин в предпочтении другим классам антибиотиков.
- Для лечения хориоамнионита в качестве первой линии антибиотиков использовать простую схему, такую как ампициллин и 1 раз в день гентамицин.
- Комбинация клиндамицина и гентамицина рекомендована в качестве первой линии антибиотиков для лечения послеродового эндометрита.

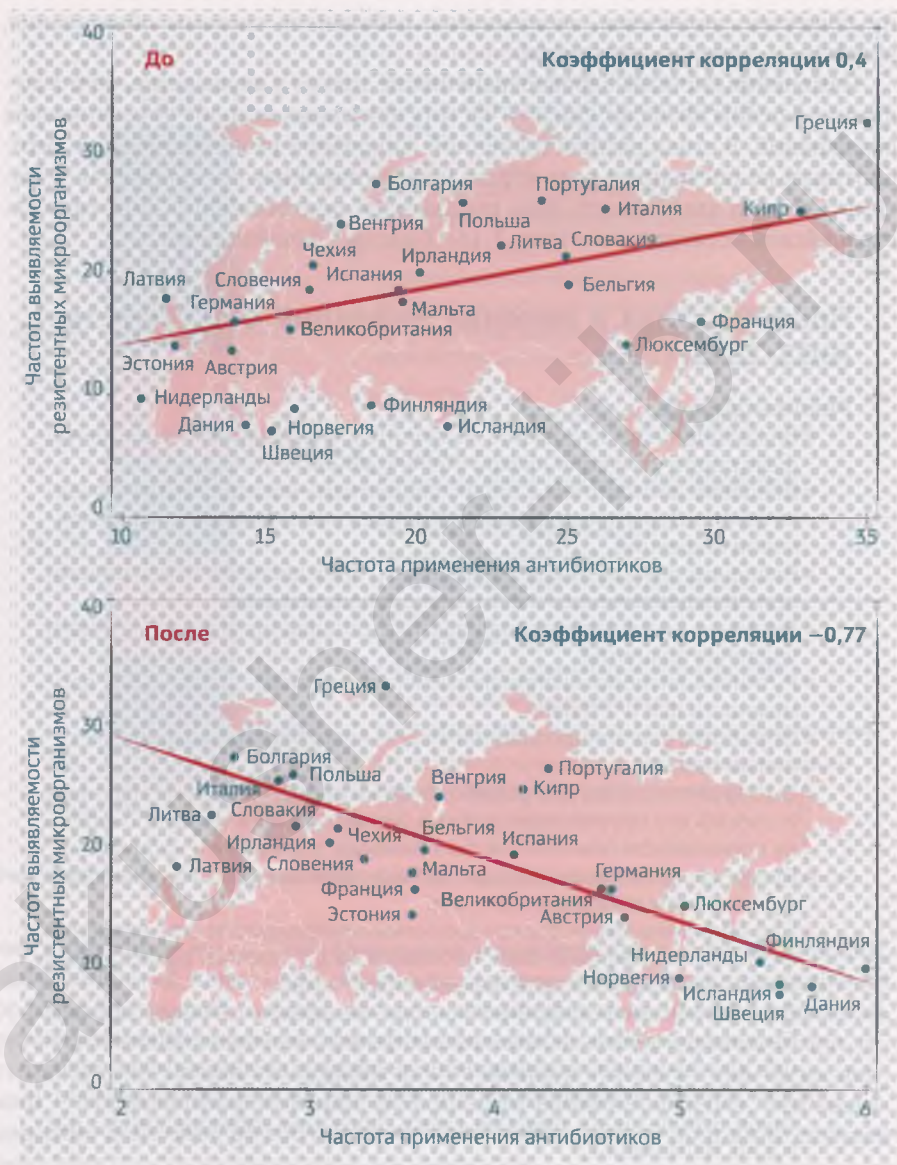


Рис. 2-16. Антибактериальная резистентность микроорганизмов до и после программ преодоления коррупции в медицинских учреждениях.

Не рекомендовано

- Сбривание волос на лобке и промежности при вагинальных родах.
- Рутинная обработка влагалища хлоргексидином в родах с целью предупреждения послеродовых гнойно-септических осложнений.
- Рутинная обработка влагалища хлоргексидином в родах женщинам—носительницам стрептококка группы В для предупреждения ранней неонатальной стафилококковой инфекции.
- Рутинная антибиотикопрофилактика всем женщинам во II—III триместрах беременности с целью снижения инфекционной заболеваемости.
- Рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с преждевременными родами при интактных плодных оболочках.
- Рутинное введение антибиотиков женщинам с преждевременным излитием околоплодных вод при родах в срок или близких к сроку.
- Рутинное введение антибиотиков женщинам с меконияльными водами.
- Рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с оперативными влагалищными родами.
- Рутинная антибиотикопрофилактика пациенткам с эпизиотомией.
- Рутинная антибиотикопрофилактика женщинам с неосложнёнными влагалищными родами.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И НЕОНАТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

В конце XX века медицина перешла от простого стремления элементарно снизить перинатальную смертность **к главной цели** — улучшить здоровье плода и новорождённого, по-настоящему **побороть перинатальную заболеваемость**.

В течение десятилетий перинатальная и младенческая смертность в мире стабильно снижаются. Эти успехи связаны с внедрением в акушерскую практику новых методов диагностики, лечения и профилактики: ультразвукового исследования (УЗИ), мониторинга наблюдения за состоянием плода, расширения показаний для кесарева сечения в интересах плода и др.; а также **с использованием современных стратегий риска**, перинатальных технологий, усовершенствованием реанимационной и интенсивной помощи новорождённым и т.д.

Перинатальная смерть — гибель плода: с массой от 500 г или наступившая в период от 22 нед беременности до рождения; или новорождённого до

НЕТ СУПЕРБАКТЕРИЯМ!



Я НАЗНАЧАЮ
АНТИБИОТИК РАЦИОНАЛЬНО

ЕСЛИ Я МОГУ НЕ НАЗНАЧИТЬ АНТИБИОТИК, НЕ НАЗНАЧУ НИКОГДА! ИЛИ П.1

КОДЕКС ВРАЧА, НАЗНАЧАЮЩЕГО АНТИБИОТИК

V.2.0 13 ПРАВИЛ ДУМАЮЩЕГО АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Я, прогрессивный российский акушер-гинеколог, перед лицом своих товарищей и коллег торжественно обещаю:

УЧАСТВОВАТЬ В БОРЬБЕ С АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

- 1 Я никогда не назначу антибиотик, если можно не назначать.
- 2 Назначать антибиотик только по показаниям и воздерживаться от назначения антибиотика при вирусных инфекциях для профилактики бактериальных осложнений.
- 3 Избегать кратких курсов антибиотиков и недостаточно высоких доз.
- 4 Оценивать возможность терапии местными антибактериальными средствами (например, при первом эпизоде вагинальных инфекций).
- 5 Выбирать для эмпирической терапии антибиотик, губительный для максимально широкого спектра патогенов, наиболее часто ассоциируемых с развившимся заболеванием.
- 6 Учитывать актуальные литературные данные о возможной антибиотикорезистентности того или иного микроорганизма, в том числе в определённом регионе РФ.
- 7 Назначать высококачественные антимикробные препараты, отдавая предпочтение средствам, бактериальная устойчивость к которым наименьшая.
- 8 Оценивать эффективность проводимой антимикробной терапии через 48–72 ч от её начала и незамедлительно заменять выбранный препарат при отсутствии клинического улучшения.
- 9 Назначать антибиотик для лечения только острого или обострения хронического воспаления с доказанной инфекционной природой и выбирать альтернативные методы терапии при перманентном процессе вне обострения.
- 10 Заботиться о восстановлении вагинального нормоценоза после курса антибиотикотерапии.

ГРАМОТНО РАБОТАТЬ С ПАЦИЕНТАМИ

- 11 Всегда собирать данные аллергологического анамнеза перед назначением антибиотика, учитывать профиль безопасности препарата, предполагаемую комплаентность пациента к назначенному лечению и степень его переносимости.
- 12 Объяснять пациенту, почему он должен неукоснительно соблюдать предписанный курс лечения.
- 13 Запрещать пациентам приобретать антибиотик без назначения врача, объясняя причины запрета.

Я полностью осознаю, что неполные курсы антибиотиков (как по длительности, так и по дозировке), а также использование препаратов низкого качества приближает крах эры антибактериальной терапии и толкает человечество в доантибиотиковую эпоху, когда смертность от родильной горячки достигала 20–25%.

168 ч (7 сут) постнатальной жизни, то есть в ранний неонатальный период. **Показатель перинатальной смертности** равен отношению суммы мертворождённых (антенатальная и интранатальная смертность) и смерти детей в раннем неонатальном периоде к числу детей, родившихся живыми и мёртвыми, умноженному на 1000; регистрируют в промилле (‰).

Перинатальная смертность обусловлена множеством причин, но, как и материнская, имеет в первую очередь **социально-экономическую детерминированность**. Каждый год в мире гибнет 4 млн новорождённых, из них 99% — в развивающихся странах. Поражает низкий уровень выживаемости детей, рождённых в беднейших странах: их шансы дожить до 5-летнего возраста в 20 раз меньше, чем у сверстников из экономически развитых стран.

Приведённые ниже данные демонстрируют яркую зависимость показателей перинатальной смертности от успешности антенатальной и интранатальной охраны плода, материально-технического оснащения акушерских стационаров, а также от уровня развития общества.

Статистика перинатальной смертности

Показатель перинатальной смертности в мире приблизительно равен 30‰, однако это только «вершина айсберга». В большинстве развивающихся стран умершего ребёнка не оформляют в органах регистрации.

В экономически развитых государствах **перинатальная смертность** не превышает 5–7‰, тогда как в **развивающихся странах** этот показатель **примерно в 10 раз выше**. Так, ещё в 2014 году перинатальная смертность в Австрии и Финляндии снизилась до 2–3‰, а в Кыргызстане и Таджикистане она составила около 15–20‰.

В РФ перинатальная смертность несколько выше, чем в развитых странах, но с тенденцией к снижению — с 10,2‰ в 2005 году до 7,8‰ в 2009 году, затем, после перехода на регистрацию детей с 500 г в 2012 году поднялась и к 2015-му стабилизировалась в пределах 8–9‰ (рис. 2-17).

Перинатальная смертность в акушерских стационарах России продолжает снижение, но в основном за счёт ранней неонатальной смертности (2000 год — 6,5‰, 2005 год — 4,5‰, 2015 год — 2,4‰). А вот с мертворождаемостью до такого прогресса далеко — за прошедшие 15 лет она снизилась примерно на четверть, но к 2015 году снова вернулась к показателям 2004 года — 5,9‰. Об этом ниже.

Сокращение неонатальной смертности произошло после внедрения высокоэффективных организационных и лечебно-диагностических технологий: создания перинатальных центров, оснащения баз новым оборудованием



Рис. 2-17. Динамика показателя перинатальной смертности и его составляющих (Минздрав России, 2015).

ем, появления сурфактанта; а также благодаря высокой квалификации круглосуточно дежурящих неонатологов (с 1987 года). За эти годы специалисты приобрели необходимую квалификацию — и вот результат! **Выбранная организаторами неонатальной реанимационной службы стратегия и проделанная работа принесли свои плоды.**

А вот про научный поиск и работу организаторов акушерской службы этого сказать нельзя: ставка только на наращивание инструментальных методов диагностики — УЗИ, кардиотокографии (КТГ), доплерометрии — оказалась ошибочной, и результатом стал **рост числа кесаревых сечений без улучшения перинатальных исходов.**

Значительная частота **постнеонатальной смертности** (в промежутке от 28 дней до 1 года) — ещё одна особенность страны. В экономически развитых странах основная доля младенческой смертности приходится на первый месяц жизни, когда ребёнок наиболее уязвим. Далее достижения современной медицины резко увеличивают шансы на выживание. Везде, но не у нас.

Явный недостаток статистики родовспоможения — **отсутствие единого подхода к трактовке нормы и заболеваний по регионам страны.**

В настоящее время среди детей с **экстремально низкой и низкой массой тела доля выживших приближается к 50%**, но число здоровых не превышает 10–25%. Число детей с тяжёлыми неврологическими отклонениями

среди этого контингента составляет от 12 до 32%. Качество жизни детей, рождённых ранее 32-й недели гестации, нередко страдает вследствие бронхолёгочной дисплазии, ретинопатии недоношенных, нейросенсорной тугоухости.

Риск смерти недоношенных детей в 25–35 раз выше, чем доношенных, — слишком уж сильно различаются адаптационные возможности и подходы к ним акушерской и неонатологической служб. В связи с этим **показатель перинатальной смертности анализируют отдельно для доношенных и недоношенных детей**. Показатель перинатальной смертности в группе детей с массой тела 1000 г достигает 400%, почти в 200 раз превышая таковой у детей с нормальной массой тела.

Ни в мире, ни в нашей стране пока нет технологий или методик, которые могли бы качественно повлиять на показатель **мертворождаемости**. Методики прогнозирования и мониторинга состояния плода на данный момент времени, к сожалению, далеки от совершенства. Поэтому вопрос разработки эффективной профилактики мертворождаемости всё ещё открыт. Мертворождаемость — **наименее управляемая** с медицинских позиций составляющая перинатальной смертности, на 40–50% зависящая от социально-экономического уклада жизни населения и на 30–40% обусловленная генетическими и биологическими факторами.

А между тем при оценке качества акушерской, реанимационной и интенсивной помощи учитывают соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в структуре всех перинатальных потерь. **Увеличение доли мертворождений при неизменном показателе перинатальной смертности может указывать на дефекты антенатальной охраны плода**, ведения родов и оказания реанимационной помощи новорождённым. К сожалению, именно эта картина стала доминировать в России в последние годы. Мы не боимся повторить (настолько это важно) — **мертворождаемость почти вдвое превышает раннюю неонатальную смертность**. В некоторых учреждениях при высокой мертворождаемости детей до 1000 г почти отсутствует досуточная летальность, но ранняя неонатальная смертность не отличается от остальных учреждений. Загадка? **Вовсе нет. Как оказалось, детей, умерших в течение нескольких первых часов жизни, на которых ещё не успели заполнить все реанимационные карты, оформляют как мертворождённых**, что сразу облегчает «бумажную» нагрузку реаниматолога. При экстремально низкой массе тела акушеры легко идут навстречу коллегам, даже не задумываясь, чем это может для них закончиться в наш век повышенной юридической активности населения. Эти «доброжелатели» не задаются вопросом о том, что, искажая таким образом статистику, они затрудняют поиск правильного решения

проблемы (мертворождаемость — поиск акушерских причин; неонатальная смерть — потребность в совершенствовании реанимации).

Весьма ценно, что в умах специалистов постепенно происходит методический переход от стремления уменьшить перинатальную смертность к прицелу на улучшение здоровья плода и новорождённого, реальному снижению перинатальной заболеваемости.

Причины перинатальной смертности: медицинские и социально-экономические

Перинатальные потери связаны с отклонениями в течении беременности и родов. Непосредственными причинами перинатальной смерти могут стать:

- врождённые пороки и заболевания;
- асфиксия новорождённого;
- синдром дыхательных расстройств;
- внутриутробные и неонатальные инфекции;
- родовой травматизм;
- дефекты и осложнения реанимации.

Гипоксия и асфиксия занимают **первое место** в структуре причин перинатальной смертности (до 40%), **второе и третье места** делят между собой врождённые пороки развития (ВПР) и респираторные нарушения.

Несмотря на некоторое снижение перинатальной смертности, ожидать радикального улучшения ситуации не приходится: **сейчас лишь треть новорождённых появляются на свет здоровыми**, у 20% умерших в перинатальном периоде диагностируют врождённые аномалии развития, а у остальных неблагоприятное перинатальное периода связано с состоянием здоровья матери.

В отдельных случаях причиной выживания больных детей становятся новые репродуктивные методики. Неонатальные технологии, позволяющие выхаживать недоношенных новорождённых с экстремально низкой массой тела, **заведомо пополняют ряды** больных детей, но эту стадию развития пройти необходимо, чтобы за счёт дальнейшего совершенствования технологий выхаживания количество относительно здоровых недоношенных росло.

В структуре **экстрагенитальных заболеваний** как причин гибели плода (в совокупности 29%) лидируют болезни сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. У 13% беременных гибель плода связывают с острой респираторной вирусной инфекцией в тяжёлой форме (особенно перенесённой матерью до 12 нед гестации).

Перинатальная смертность зависит и от общего здоровья женщин репродуктивного возраста, и от социальных аспектов (уровень образования и ги-

гиенической культуры, безработицы). Дополняют причины перинатальной смертности дефекты медицинской помощи беременным. В основном это **неправильная оценка степени перинатального риска даже при раннем взятии на учёт по беременности**, отсутствие динамического наблюдения за состоянием матери и плода, неверный выбор срока и уровня учреждения для родоразрешения.

Парадоксы преждевременных родов в России

В мире ежегодно появляются на свет около 130 млн детей, из них 13 млн (10%) — недоношенные. По статистике европейских стран, частота рождения недоношенных составляет **в среднем 8–10%**. А вот в России, по официальной статистике, их **всего около 5–6%**. Правдоподобны ли эти статистические выкладки? Это наводит на печальные мысли об извращении статистики, «перебросах» детей с массой более 500 г в пресловутые 480 г. **Иначе как объяснить, что во всех развитых странах число преждевременных родов вдвое выше?**

Та же мысль возникает при анализе выживаемости недоношенных (см. главу 6, раздел «Преждевременные роды»). По официальным данным получается, что в РФ детей с массой тела 500–1000 г умирает меньше, чем в других странах «Большой восьмёрки», а при 1500 и 3500 г — в разы больше! Значит ли это, что чем глубже недоношенность, тем мы эффективнее лечим, причём лучше, чем в Германии и Великобритании? Вряд ли. Мы просто больше обманываем, якобы для «улучшения показателей». **На деле же лживая статистика дезориентирует руководство страны, начавшее с 2012 года регистрацию 500-граммовых детей.** На рис. 2-18 представлен интересный парадокс: при переходе к новым критериям учёта перинатальной смертности (с 500 г) в первый год работы в новых условиях (2012) перинатальная смертность в группе детей с массой от 500 до 749 г уменьшилась на 35%, а в группе от 750 до 999 г — аж на 42% (!). С чего бы вдруг? При этом она увеличилась в группе новорождённых с массой тела 1000–1499 г. Вывод один — «барьер» для статистических манипуляций передвинулся с 28 к 22 нед.

Конечно, если недоношенных в 2005 году было 5,4%, а в 2014 году «вдруг» стало 5,8%, то можно легко отпартовать, что организаторы здравоохранения тщательно подготовились к переходу на новые критерии регистрации и с честью решили проблему (чисто «бумажным» путём). А ведь правдивые цифры наверняка выше! Для выхаживания такого количества глубоко недоношенных детей нужны уже совсем другие материальные и кадровые ресурсы. Именно поэтому **реальная проблема преждевременных родов**

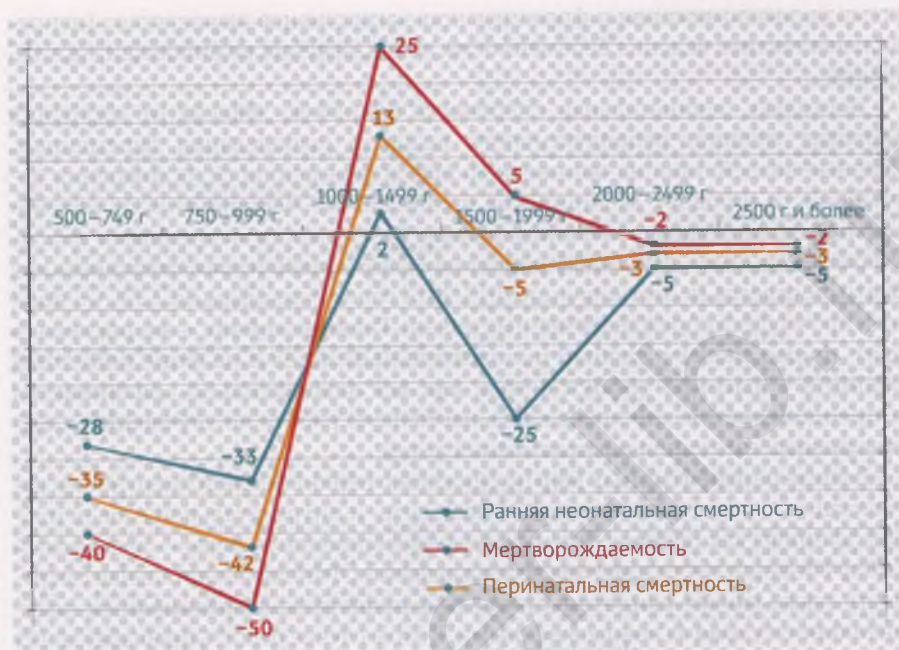


Рис. 2-18. Изменение показателей перинатальной, ранней неонатальной смертности и мертворождаемости в различных весовых группах при переходе к новым критериям живорождения (2011–2012), % (Минздрав России, 2013).

в ближайшие несколько лет останется ключевой и чрезвычайно болезненной для отечественной службы родовспоможения. А между тем, как мы уже писали, преждевременные роды и недоношенность вносят существенный вклад в показатели младенческой и детской смертности, мертворождения, заболеваемости, снижают продолжительность жизни.

Пути преодоления перинатальных потерь

Согласно данным экспертов, 50–70% перинатальной заболеваемости и смертности в мире спровоцировано акушерской агрессией. **Достоверная регистрация** перинатальной смертности абсолютно необходима для корректной профилактики подобных случаев. Следует расширять и **совершенствовать этапы неонатальной службы**. Пора пересмотреть стратегии, царящие в си-

стеме родовспоможения и формирующие «агрессивное акушерство» (неправильная тактика ведения беременности, родов, лечения возникающих осложнений).

Поскольку перинатальная смертность напрямую зависит от состояния здоровья женщин репродуктивного возраста (заболевания беременных, вредные воздействия на организм во время беременности, осложнения беременности и родов), медицинские и социальные мероприятия по антенатальной охране плода особенно значимы. Рождаемость медленными темпами растёт (за 2013–2014 годы прирост на 1,2%), младенческая смертность как будто снижается (в соотношении 2013/2014 годов снизилась на 7,5%, но помним про «чудеса» преждевременных родов). **Главное сейчас — не растерять этот, прямо скажем, слабый положительный задел и на фоне победных реляций с высоких трибун о том, как всё замечательно «развивается и преодолевается», не прекращать настоящую работу по улучшению качества родовспоможения и выхаживания детей.**

В числе **перспективных мер** по снижению перинатальной смертности: активизация научного поиска предикторов ante- и интранатальной гибели плодов, клиническая оценка степени риска, своевременные меры — адекватный выбор времени, места и метода родоразрешения. Ранняя неонатальная смертность также **может свидетельствовать о недостатках организации постнатального ухода** за новорождёнными. В этом случае решить проблему могут дополнительное обучение персонала, техническое переоснащение отделений патологии новорождённых, реорганизация реанимационной помощи.

Стратегия перинатального риска — пока единственный способ снижения перинатальных потерь.

Литература к главе 2

Arregoces L., Daly F., Pitt C. et al. Countdown to 2015: changes in official development assistance to reproductive, maternal, newborn, and child health, and assessment of progress between 2003 and 2012 // *Lancet Glob. Health.* — 2015. — Vol. 3. — №7. — P. e410–e421. [PMID: 26087987]

Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies // *Reprod. Health.* — 2015. — Vol. 12. — P. 57. [PMID: 26093498]

Blencowe H., Cousens S., Jassir F.B. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis // *Lancet Glob. Health.* — 2016. — Vol. 4. — №2. — P. e98–e108. [PMID: 26795602]

Chang H.H., Larson J., Blencowe H. et al. Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index // *Lancet.* — 2013. — Vol. 381. — №9862. — P. 223–234. [PMID: 23158883]

Cousens S., Blencowe H., Stanton C. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis // *Lancet.* — 2011. — Vol. 377. — №9774. — P. 1319–1330. [PMID: 21496917]

Darmstadt G.L., Kinney M.V., Chopra M. et al. Who has been caring for the baby? // *Lancet.* — 2014. — Vol. 384. — №9938. — P. 174–188. [PMID: 24853603]

De Brouwere V., Zinnen V., Delvaux T. How to conduct Maternal Death Reviews (MDR): Guidelines and tools for health professionals. — London: FIGO, 2013. — 45 p.

Dodd J.M., Crowther C.A., Huertas E. et al. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Vol. 12. — Art. №CD004224. [PMID: 24323886]

Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. — Geneva: WHO, 2015. — 80 p.

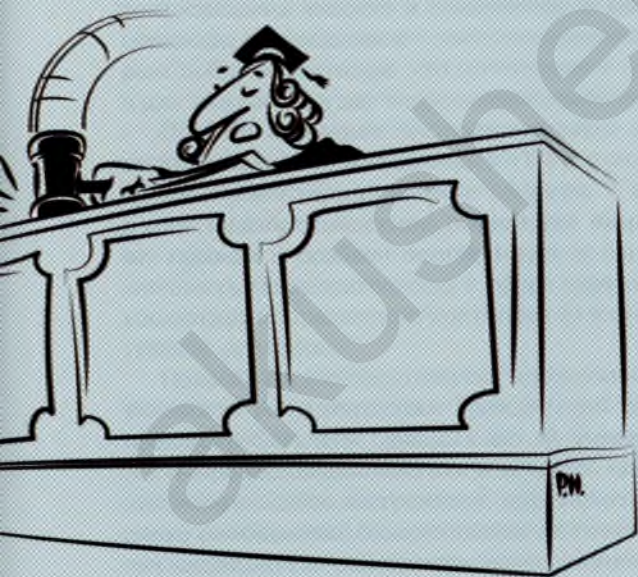
- Firoz T., Chou D., von Dadelszen P. et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity // *Bull. World Health Organ.* — 2013. — Vol. 91. — № 10. — P. 794–796. [PMID: 24115804]
- Froen J.F., Friberg I.K., Lawn J.E. et al. Stillbirths: progress and unfinished business // *Lancet.* — 2016. — Vol. 387. — № 10018. — P. 574–586. [PMID: 26794077]
- Naghavi M. et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: A systematic analysis for the Global burden of disease study 2013 // *Lancet.* — 2015. — Vol. 385. — № 9963. — P. 117–171. [PMID: 25530442]
- Grove J., Claeson M., Bryce J. et al. Maternal, newborn, and child health and the Sustainable development goals — a call for sustained and improved measurement // *Lancet.* — 2015. — Vol. 386. — № 10003. — P. 1511–1514. [PMID: 26530604]
- Grown C., Gupta G.R., Pande R. Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment // *Lancet.* — 2005. — Vol. 365. — № 9458. — P. 541–543. [PMID: 15705464]
- Consultation on improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities. — Geneva: WHO, 2013. — 38 p.
- Consultation on improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities. — Geneva: WHO, 2014. — 43 p.
- Hyde M., Modi N. The long-term effects of birth by caesarean section: The case for a randomised controlled trial // *Early Hum. Dev.* — 2012. — Vol. 88. — № 12. — P. 943–949. [PMID: 23036493]
- Kasper J., Bajunirwe F. Brain drain in sub-saharan Africa: contributing factors, potential remedies and the role of academic medical centres // *Arch. Dis. Child.* — 2012. — Vol. 97. — № 11. — P. 973–999. [PMID: 22962319]
- Kuruwilla S., Schweitzer J., Bishai D. et al. Success factors for reducing maternal and child mortality // *Bull. World Health Organ.* — 2014. — Vol. 92. — № 7. — P. 533–544. [PMID: 25110379]
- Lawn J.E., Blencowe H., Pattinson R. et al. Where? When? Why? How to make the data count? // *Lancet.* — 2011. — Vol. 377. — № 9775. — P. 1448–1463. [PMID: 21496911]
- Lawn J.E., Gravett M.G., Nunes T.M. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data // *BMC Pregnancy childbirth.* — 2010. — Vol. 10. — № 1. — P. s1. [PMID: 20233382]
- Maternal health: investing in the lifeline of healthy societies & economies. — Geneva: Africa Progress Panel, 2010. — 36 p.
- MDG gap task force report 2015: taking stock of the global partnership for development. — New York: United Nations, 2015. — 92 p.
- Miller Ronald D. et al. Miller's Anesthesia. — 7th ed. — Netherlands: Elsevier science, 2009. — 3084 p.
- O'Neill S.M., Kearney P.M., Kenny L.C. et al. Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: Systematic review and meta-analysis // *PLoS One.* — 2013. — Vol. 8. — № 1. — P. e54588. [PMID: 23372739]
- Olugbenga-Bello A., Asekun-Olarinmoye E., Adewole A. et al. Perception, attitude and involvement of men in maternal health care in a Nigerian community // *Journal of public health and epidemiology.* — 2013. — Vol. 5. — № 6. — P. 262–270.
- Parkhurst J., Sengooa F. Assessing access barriers to maternal health care bypassing to identify health centre needs in rural Uganda // *Health Policy Plan.* — 2009. — Vol. 24. — № 5. — P. 377–384. [PMID: 19520736]
- Penney G., Brace V. Near miss audit in obstetrics // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2007. — Vol. 19. — № 2. — P. 145–150. [PMID: 17353683]
- Perkins M., Brazier E., Themmen E. et al. Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries // *Health Policy Plan.* — 2009. — Vol. 24. — № 4. — P. 289–300. [PMID: 19346273]
- Roura L.C., Arulkumar S.S. Facing the noncommunicable disease (NCD) global epidemic — the battle of prevention starts in utero: The FIGO challenge // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* — 2015. — Vol. 29. — № 1. — P. 5–14. [PMID: 25248554]
- Say L., Chou D., Gemmill A. et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis // *Lancet Glob. Health.* — 2014. — Vol. 2. — № 6. — P. e323–e333. [PMID: 25103301]
- Say L., Souza J.P., Pattinson R.C. et al. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* — 2009. — Vol. 23. — № 3. — P. 287–296. [PMID: 19303568]
- Sedgh G., Bearak J., Singh S. et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends // *Lancet.* — 2016. — Vol. 388. — № 10041. — P. 258–267. [PMID: 27179755]
- Souza J.P., Cecatti J.G., Faundes A. et al. Maternal near miss and maternal death in the World health organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health // *Bull. WHO.* — 2010. — Vol. 88. — № 2. — P. 113–119. [PMID: 20428368]
- Stokoe U. Determinants of maternal mortality in the developing world // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* — 1991. — Vol. 31. — № 1. — P. 8–16. [PMID: 1872781]
- Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. — Geneva: WHO, 2014. — 56 p.
- WHO statement on caesarean section rates. — Geneva: WHO, 2015. — 8 p.
- Maternal mortality: Data by country. — URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en>.
- WHO statement on antenatal care. — Geneva: WHO, 2011. — URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/70563/1/WHO_RHR_11.12_eng.pdf.
- You D., Hug L., Ejedemyr S. et al. Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Inter-agency group for child mortality estimation // *Lancet.* — 2015. — Vol. 386. — № 10010. — P. 2275–2286. [PMID: 26361942]
- Белокриницкая Т.Е., Костинов М.П. Предотвращение эпидемии свиного гриппа у беременных: непреодолимая актуальность // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2014. — № 3 (20). — С. 58–63.
- Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицына А.Ю. Предотвращение пандемии гриппа у беременных: непреодолимая актуальность // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2014. — № 5 (22). — С. 24–31.
- Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И. Профилактика и лечение септических осложнений в акушерстве: Обзор рекомендаций ВОЗ и Минздрава России // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2016. — № 1 (30). — С. 103–108.

- Галина Т.В., Митковская Е.В. Мониторинг материнских потерь // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2011. — № 3. — С. 27–30.
- Кузнецова И.В. Девочка-подросток как пациент. Эндокринная гинекология физиологического пубертата: оптимальный минимум коррекции: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 20 с.
- Дикке Г.Б. Инфекционные осложнения при искусственном прерывании беременности — вызов современной медицине // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 51–56.
- Добрецова Т.А., Маклецова С.М. Микробная панрезистентность как расплата за бездействие // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 11–21.
- Ипастова И.Д. Осложнённая беременность от ранних до поздних сроков: Наука и практика // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 15–20.
- Кваша Е.А. Смертность детей до 1 года в России: что изменилось после перехода на новые определения живорождения и мертворождения // Демографическое обозрение. — 2014. — Т. 1. — №2. — С. 38–56.
- Князев С.А. Клинический разбор парных случаев: материнской смерти (острый жировой гепатоз печени беременных) и near miss (HELLP-синдром) // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 147–153.
- Кукарская И.И. Эффективность мониторинга near-miss: Опыт Тюменской области // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №4 (21). — С. 9–17.
- Материнская смертность в Российской Федерации: Методическое письмо. — М.: Минздрав России, 2015. — 72 с.
- Лебедеко Е.Ю. Near miss. На грани материнских потерь / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 184 с.
- Обнаружен ген сепсиса. — URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/10/28/125sepsis>.
- Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины»: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.
- Российский статистический ежегодник, 2015: Статистический сборник. — М.: Росстат, 2015. — 728 с.
- Радзинский В.Е. Сложные вопросы инфекционного контроля в акушерстве и гинекологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 33–36.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Добрецова Т.А. По материалам информационного бюллетеня ВОЗ о материнской смертности в мире // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 11–19.
- Руднева О.Д. Случай материнской смертности: Обзор сообщения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 95–100.
- Шифман Е.М., Куликов А.В., Заболотских И.Б. Федеральные клинические рекомендации по начальной терапии сепсиса и септического шока в акушерстве // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 87–93.



ГЛАВА 3

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА



Медицина стала сложной, очень эффективной, но потенциально опасной как для врача, так и для пациента.

Акад. РАН Л.В. Адамян

Согласно современным представлениям, **безопасное акушерство** — это совокупность чётко обоснованных подходов, базирующихся на достижениях современной науки и практики. В отличие от понятия «безопасное материнство» этот термин **подразумевает защиту** не только двух пациентов — матери и плода (новорождённого), но также **врача и акушерки**, оказывающих медицинскую помощь.

К сожалению, число судебных исков, обоснованных претензий со стороны неудовлетворённых женщин и их семей растёт. Известны факты побуждения пациенток юристами, зачастую имеющими также и медицинское образование (неудавшиеся врачи?!), вменить иски врачам и лечебным учреждениям **по реальным или придуманным поводам с целью получения денег как компенсации за причинённый ущерб**. Интерес юристов объясняется банальным желанием заработать оговорённый с пациентами гонорар, исчисляемый немалым процентом от исковой суммы. По сути, **вся эта книга посвящена защите и пациентки, и врача**, а именно противодействию ошибкам, совершаемым в силу неосведомлённости, приверженности «старым добрым» методам, что и становится причиной многих неприятностей и для женщины, и для медицинского работника.

Особого внимания заслуживает такое явление, как **потребительский экстремизм**, который появился в РФ в самом начале XXI века и в настоящее время стремительно набирает обороты. В медицине это понятие включает в себя **недобросовестное поведение пациентов, злоупотребление своим правом и особым положением** на рынке медицинских услуг. Неоднозначность законодательства в сфере охраны здоровья граждан, в том числе касающаяся определения критериев качества медицинских услуг, лишь усугубляет ситуацию.

Помимо сугубо медицинских нормативно-правовых актов эту сферу деятельности регламентируют Гражданский кодекс РФ и Закон РФ «О защите прав потребителей». Однако в них **не учтена** вся сложность и индивидуальность процессов диагностики и лечения. Не оставляет надежды на снижение потребительского экстремизма выраженный правовой нигилизм **медицинского сообщества**, базирующийся на тотальной юридической безграмотности медицинских работников, неосознанном отрицании самой необходимости правовых знаний и юридических основ медицины.

На протяжении веков проблема фертильности была окружена мистическим ореолом. Долгое время неподвластная контролю и свободной

воле человека, она беспокоила умы врачей. Сегодня мы вышли на совершенно иной уровень развития здравоохранения. Однако даже после разработки и внедрения доступных **репродуктивных технологий** перед врачом всё равно встаёт множество вопросов. К примеру, широкое использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) наводит на размышления о том, должны ли быть возрастные ограничения для этих процедур, какие параметры здоровья и социально-экономического состояния приемлемы для столь серьёзного шага. Не менее значимы и вопросы нравственных стандартов — например, какого рода семьи будут создаваться под влиянием новых технологий воспроизводства.

Современные социально-экономические условия **формируют новые требования к организации здравоохранения**. При этом качество оказываемых услуг становится одним из важнейших факторов, определяющих деятельность любого медицинского учреждения. Развитие системы **медицинского страхования** в условиях рыночных отношений меняет социальное поведение пациентов и формирует общественный контроль качества.

В современном здравоохранении всё заметнее тенденция к **правовой регламентации** медицинской деятельности. Одним из направлений правовой реформы в здравоохранении стало определение **ответственности** за неисполнение или формальное исполнение законодательства для всех участвующих в обеспечении конституционного права на получение медицинской помощи. Применительно к врачу-гражданину это должно быть не только обеспечение конституционных прав, но и **защита профессиональной деятельности**, включая страхование ответственности врача, как и любого другого специалиста.

Эволюция понятия «врачебная ошибка» в новом столетии

Известному советскому патологоанатому проф. И.В. Давыдовскому принадлежит наиболее объёмное определение понятия «врачебная ошибка»: **«добросовестное (!) заблуждение** врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определённого больного или на недостатке опыта врача, **но без элементов халатности, небрежности или профессионального невежества»**.

Термин «врачебная ошибка» широко распространён в медицинской среде, однако, несмотря на вступление в силу Федерального закона №323 «Об осно-

вах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в 2011 году, это понятие до сих пор **не закреплено** на законодательном уровне. Длительные дискуссии о признании врачебной ошибки как особого события, **исключающего вину врача**, — важное условие правовой защиты — не увенчались успехом. Кроме того, юристы трактуют данный термин иначе: поскольку в гражданском праве понятия «врачебная ошибка» нет, поэтому, по логике правоведов, его не должно быть и в нормативно-правовых актах об отдельных отраслях деятельности человека.

Компромиссным в спорной ситуации стало введение понятия **«дефект оказания медицинской помощи»** — ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

Таким образом, именно этот термин определяет любое противоправное или недобросовестное действие врача. Существующая путаница в терминологии **не только вводит в заблуждение медицинское сообщество и юристов**, но и даёт немало возможностей средствам массовой информации для демонизации образа врача.

Как упоминалось ранее, чуть более 300 тыс. женщин в мире ежегодно умирают, реализуя свою репродуктивную функцию. При этом каждый десятый случай материнской смерти — в той или иной степени следствие врачебных ошибок и/или дефектов оказания медицинской помощи.

Анонимное анкетирование, в котором приняли участие акушеры-гинекологи Московской области (Гридчик А.Л., 2000), показало **существенную зависимость ответа на вопрос «Как часто вы были прямым или косвенным виновником материнской смертности?» от стажа и опыта работы**. Так, виновными считали себя 15% врачей со стажем до 15 лет, 43% — со стажем 16–25 лет и 56% (!) врачей, практикующих более 25 лет (рис. 3-1).

В широком представлении категория дефектов оказания медицинской помощи разнообразна. Во-первых, к ним можно отнести **грубые нарушения общепризнанных норм, правил, протоколов вследствие низких профессиональных знаний медицинского персонала**. Во-вторых, ошибочным может оказаться и строгое соблюдение этих же нормативных документов. Как действие, так и бездействие может стать врачебной ошибкой, привести к гибели пациентки, ребёнка и быть предметом судебного разбирательства. **Ситуация парадоксальная, не правда ли?**

Между тем из-за правовой беспомощности, отсутствия чёткой регламентации и неоднозначной трактовки врачебных ошибок в отечественной медицине всё большее распространение получает феномен *defensive medicine* (**защитная медицина**). Он предполагает, что практикующие специалисты

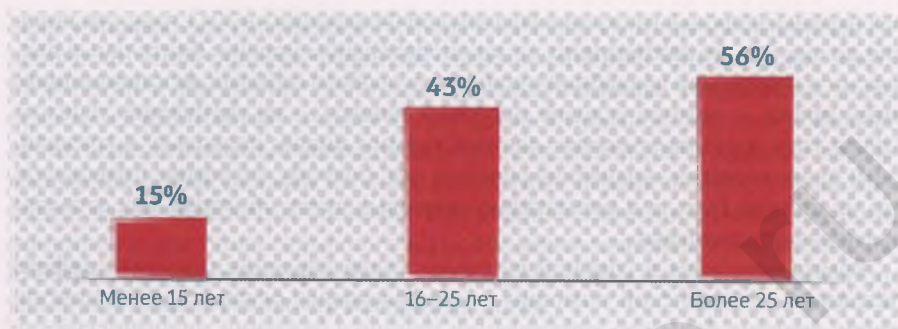


Рис. 3-1. Доля врачей, считающих, что случаи материнской смертности — результат их ошибок, % в зависимости от стажа.

предпочитают использование методов диагностики и лечения по принципу **минимизации вероятности потенциальных рисков**, а не эффективности, целесообразности и достаточности. И это, в свою очередь, неисчерпаемый резерв акушерской агрессии.

В настоящее время на законодательном уровне признан и подтверждён анализом судебной практики тот факт, что **ошибки могут возникать вследствие излишней активности медиков** (назначения ненужных исследований и даже операций, в лучшем случае бесполезных). Основной вывод американского журнала, анализирующего врачебные ошибки по каждой специальности, оказался неожиданным: чем выше уровень развития медицины в целом, тем больше у врача шансов ошибиться. Все случаи **излишней врачебной активности** можно разделить на две группы: исходящие от врача и воздействующие на врача извне.

Выдающийся клиницист Р. Хегглин, анализируя врачебные ошибки, выделил несколько основных причин:

- 1) незнание;
- 2) недостаточное обследование (скудные возможности, плохая техника, недостаток времени);
- 3) ошибки в суждении (отсутствие клинического мышления, излишняя самоуверенность, предвзятость, самолюбие и тщеславие, нелогичность выводов, нерешительность, стремление ставить «интересные диагнозы», склонность к пессимизму или излишний оптимизм);
- 4) ошибки аппаратуры.

Участившиеся в последнее время неблагоприятные исходы судебных процессов в отношении врачей, назначивших неверное лечение, требуют **ещё более педантично акцентировать внимание на ошибках фармакотерапии**,

полноценно представленных в руководстве для судебных медиков и патологоанатомов И.В. Тимофеева*.

Наиболее типичные неправомерные действия клинициста при назначении лекарственных средств перечислил в одном из своих научных трудов наш современник В.Ф. Чапвецов. По его мнению, врачи совершают такого рода ошибки:

- не назначают лекарственные препараты, которые показаны пациенту;
- показанные лекарственные средства применяют неверно;
- назначают противопоказанные лекарственные препараты;
- назначают лекарственные препараты без должных показаний;
- используют нерациональные сочетания лекарственных средств.

Разумеется, врач должен лечить, в том числе и фармакологическими средствами. Однако фармакотерапия никогда не была и, вероятно, не будет единственным методом лечения. Принцип «нож, трава и слово», сформулированный в античные времена, не потерял значения и в XXI веке.

Лечение беременной, а особенно «плода как пациента», — мировая научно-клиническая проблема. Увы, сегодня нигде в мире **нет средств, «сохраняющих» беременность, «улучшающих маточно-плодовый кровоток» и ликвидирующих гипоксию плода.** Это не значит, что к указанным целям не следует стремиться. Однако либо эффективность препаратов должна быть чётко доказана, либо врач должен быть уверен как минимум в их безвредности, что позволит удержаться в рамках врачебной этики и профессионализма.

С другой стороны, **стандартизованная, пусть и в соответствии с лучшими мировыми достижениями, лечебная база — тоже своего рода тормоз на пути прогресса.** Врач имеет право на свою оценку действенности предлагаемых медикаментов; он должен накапливать опыт работы с ними, однако всё при том же условии — безвредности для пациента.

О неблагоприятном влиянии препаратов-представителей различных фармацевтических групп на эмбриофетальную систему сегодня известно немало. В то же время существует большая группа относительно безвредных препаратов, безопасность которых не доказана в доклинических и постклинических испытаниях. Эти средства помечают в справочниках и формулярах словами **«не рекомендовано при беременности»** и другими сходными полузапретами.

Более того, Совет министров здравоохранения Евросоюза 27 декабря 2009 года прошёл с небывалой ранее повесткой дня: «О лекарственной распушенности врачей!» Да, несмотря на evidence based medicine, протоколы и стандарты, **фармацевтическая агрессия против пациентов** продолжается. Причин тому много: беззащитность врача под напором дистрибьюто-

* Тимофеев И.В. Патология лечения: Руководство для врачей. — СПб.: Северо-Запад, 1999.

ров; навязанный педагогами института постулат «Врач должен лечить». Продолжат список излюбленная многими специалистами тактика лечения «на всякий случай», «общеукрепляющая терапия», «выполнение медико-экономических стандартов» для оправдания дородовой госпитализации женщины из отдалённого региона.

В целом всё чаще встаёт вопрос об акушерской агрессии как о последствии ошибочных, **научно не обоснованных врачебных представлений и подходов, применяемых как устойчивые клише даже при физиологическом течении родов.** Такая тактика противоречит аксиоме о том, что любые вмешательства, а особенно в родовспоможении, следует предпринимать только в крайних случаях.

Информационная сумятица, вполне объяснимая динамичностью развития акушерства, спровоцирована избытком теорий и нововведений, касающихся тактики ведения беременности и родов. **Хаотичность подачи информации отражается на поведении врачей:** им нелегко (а порой и вовсе не под силу) разобраться в целесообразности и пользе одних положений, опасности для матери и плода — других. Без приверженности доктрине доказательной медицины невозможно выйти из этого порочного круга.

В отличие от устаревших представлений, которыми переполнено современное акушерство, новые идеи, даже имеющие доказательную основу, приживаются крайне тяжело. Нет большой надежды и на проводимые в лечебных учреждениях **клинические разборы:** грамотный анализ, как правило, проводят по «причёмсанной» истории родов, весьма отличающейся от реальной картины происходящего. Очевидно, что **возможность совершенствования врачей в данной ситуации минимальна.**

Отсутствие чёткого регламента деятельности врача приводит к противоречиям в рекомендациях. Если клинические рекомендации на одну и ту же тему различаются (иногда даже прямо противоположны друг другу), судьба врача в спорной ситуации будет зависеть **от предпочтений эксперта,** а они не всегда объективны. Кроме того, в такой ситуации может быть принято так называемое «процессуальное решение», что послужит причиной рассмотрения дел в вышестоящих инстанциях, повторных экспертиз, вовсе не гарантируя правовую защиту врача, действовавшего в рамках одной из рекомендаций.

Судебная активность как примета времени

Недостаточность правовой базы, отсутствие чётких регламентов в виде приказов Министерства здравоохранения РФ дают клиницисту возможность бесконтрольно и безгранично наращивать, зачастую без всяких на то осно-

ваний, лечебную и диагностическую активность в отношении пациентки. Однако та же **ситуация оставляет врача юридически уязвимым в случае неблагоприятного исхода.**

В 2015 году состоялся судебный процесс против акушеров-гинекологов клиники Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова. По мнению экспертов, врачи избрали неправильную тактику ведения родов, вследствие чего у новорождённого диагностировали тяжёлую гипоксию с органическим поражением головного мозга. На основании этого заключения **суд вынес решение о выплате** истице беспрецедентной суммы компенсации морального вреда в 15 млн руб.

Следует отметить, что подобные иски — вовсе не редкость в современной судебной практике. Анализ существующей ситуации показал, что **за период 2014–2015 годов в России именно акушеры-гинекологи лидируют по количеству выявленных в результате экспертизы дефектов оказания медицинской помощи.** По гражданским делам экспертиза в подавляющем большинстве случаев находит дефекты оказания медицинской помощи, что влечёт за собой гражданско-правовую ответственность в виде компенсации материального ущерба и морального вреда. Кстати, количество судебных исков к акушерам-гинекологам только за период 2000–2008 годов возросло в 9 раз (рис. 3-2).

Дефекты оказания медицинской помощи (**ошибки реальные или мнимые**) — настоящая опасность для врача: ему грозит не только юридическое преследование и санкции страховых компаний, но и прессинг со стороны общества. Сегодня можно наблюдать всплеск юридической активности населения, а средства массовой информации своими скандальными материалами лишь **нагнетают атмосферу.** К сожалению, на врачебной деятель-



Рис. 3-2. Доля материнских смертей, закончившихся судебными делами, %.

ности такое положение дел сказывается отрицательно, зачастую усугубляя акушерскую агрессию и ещё больше развивая феномен *defensive medicine*.

Потребительский экстремизм современных пациентов и выраженная судебная активность привели к тому, что **более 40% исков против акушеров-гинекологов необоснованные** (по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы и Центра медицинского права, Санкт-Петербург, 2003). А вот в числе справедливых претензий, конечно же, негативное высказывание врача о предыдущем лечении пациента, неуважительное и грубое отношение к пациенту, разглашение врачебной тайны — и это **вопросы, на которые конкретный виновник (врач) оправдания не найдёт!**

По данным американских профессиональных изданий, наиболее частыми причинами **обоснованных судебных исков** против акушеров-гинекологов служат: рождение ребёнка с неврологическими повреждениями, мертворождение, поздняя/ошибочная диагностика.

В РФ иски против акушеров-гинекологов можно условно разделить на две большие группы по причинам обращения в суд: причинение вреда здоровью пациентки и рождение больного ребёнка либо гибель плода/смерть ребёнка из-за некачественно оказанной медицинской помощи. Стоит также отметить, что общей чертой обеих групп исков считают **первостепенное требование о возмещении морального вреда**. Под юридическую категорию морального вреда в медицинской сфере подпадают физические или нравственные страдания, которые испытывает пациент при оказании ему медицинской помощи. Именно моральный вред — это тот критерий, который **тяжело оспорить в судебном процессе**.

Из судебной практики...

В Невский районный суд Санкт-Петербурга обратились гражданка П. и гражданин П. с иском к родильному дому №Х **о возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда** по 500 тыс. руб. каждому, причинённого смертью близкого человека.

В обоснование своих требований истцы указали, что гражданка П., находясь в родильном доме №Х, родила сына, который погиб. Смерть новорождённого, **по мнению истцов**, произошла в результате непредусмотрительности и небрежности работников ответчика, допустивших недооценку акушерской ситуации, избрание **неправильной тактики родоразрешения без учёта индивидуальных особенностей**, осложнений в родах в виде запрокидывания ручек плода третьей степени, развития острой гипоксии и перинатальной асфиксии. Истцы просили взыскать в свою пользу материальный ущерб, связанный с расходами на погребение, а также в качестве компенсации морального вреда

по 500 тыс. руб. Также истцами заявлены требования о взыскании с ответчика понесённых судебных издержек в виде оплаты госпошлины, услуг представителя и оплаты экспертизы.

Из заключения **комиссии экспертов** Бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга следует: «Диагностические мероприятия в родильном доме №X в отношении гражданки П. не были проведены в полном объёме, что **необходимо было сделать для объективной оценки клинической ситуации**, определения наиболее правильной тактики ведения родов и профилактики осложнений в них, не были оценены должным образом ситуационные особенности — подозрение на поперечно-суженный таз, что создавало довольно высокий риск осложнений во II периоде родов при чисто ягодичном предлежании плода. В связи с чем **более целесообразно было** выбрать в качестве тактики родоразрешения плановое кесарево сечение». Также эксперты отметили недостаточное динамическое наблюдение за роженицей в I периоде родов.

Такое осложнение родов при чисто ягодичном предлежании плода, как **запрокидывание ручек** III степени, может происходить ввиду **ряда факторов**: аномалии родовой деятельности, изменения костной структуры таза матери и нарушения техники оказания акушерского пособия, то есть не исключено, что запрокидывание ручек плода III степени во II периоде родов могло стать результатом **неправильного** родовспоможения.

При рождении состояние новорождённого было крайне тяжёлым. В течение всего периода его жизни была тенденция нарастания гемодинамических (сосудистых) расстройств на фоне глубокого угнетения центральной нервной системы (ЦНС), повторных судорожных эпизодов. В условиях нарастающей сердечной недостаточности наступила смерть новорождённого. **Причиной рождения** младенца в тяжёлом состоянии и причиной его смерти после рождения послужила острая гипоксия плода, начавшаяся внутриутробно, с аспирацией околоплодными водами и кровоизлияниями в надпочечники, приведшими к тяжёлым сосудистым расстройствам (как к непосредственной причине смерти). Причиной острой гипоксии плода мог быть хориоамнионит, вызванный ДНК-вирусной инфекцией, с развитием хронической плацентарной недостаточности и острой декомпенсации. Однако между указанными изменениями последа и осложнением в родах — запрокидыванием ручек — причинно-следственной связи не выявлено.

Фактически же из заключения экспертов следовал вывод, что установленные **дефекты оказания медицинской помощи сами по себе** не могли привести к смерти новорождённого, однако могли усугубить его состояние и способствовать смерти. Следовательно, между дефектами родовспоможения и смертью новорождённого **может усматриваться непрямая причинно-следственная связь**.

Представитель ответчика суду показала, что исковые требования не признаёт ни по праву, ни по размеру, смерть новорождённого истцов не связана с действиями врачей родильного дома №Х. В подтверждение доводов, изложенных в отзыве, стороной ответчика **представлена рецензия на историю родов**, из которой следует, что тактика ведения родов и план родов были обоснованные и соответствовали современным требованиям акушерства. При этом в рецензии отмечено, что I период родов протекал **в быстром темпе**, что не типично для родов в тазовом предлежании.

Проблемы в ведении родов начались при выявлении крайне неблагоприятного осложнения — запрокидывания ручек плода III степени, которое **трудно было предвидеть**. Классическое ручное пособие по освобождению ручек и последующей головки плода было единственно возможным способом родоразрешения, однако при тазовом предлежании всегда бывает травматичным для плода.

Эксперт, допрошенный в судебном заседании, подтвердил выводы, изложенные в заключении. Также эксперт пояснил, что при проведении экспертизы **не был ознакомлен** с историей родов истицы. Учитывая, что в истории родов указано выполнение необходимых исследований, в том числе УЗИ, эксперт полагает: выводы о неполном обследовании истицы в роддоме, изложенные в заключении, **не соответствуют действительности**. В то же время эксперт обратил внимание, что, поскольку I период родов составлял 5 ч 20 мин, второй — 20 мин, то есть менее 6 ч дня первородящей женщины, с учётом чисто ягодичного предлежания плода **роды были быстрые**, такой темп мог оказать влияние на плод, в том числе и привести к запрокидыванию ручек III степени, что невозможно в условиях гипоксического состояния плода, а потому имели место и внешние воздействия. Также **эксперт указал на нарушение техники оказания акушерского пособия** по Цовьянову, используемого при чисто ягодичном предлежании плода, а само извлечение плода в течение 5 мин — это слишком много (классическое ручное пособие занимает около 2 мин), также у ребёнка выявлена гематома в теменной области. Несмотря на это, эксперт признал, что тактика ведения родов со стороны сотрудников роддома **была выбрана правильно**, однако установленное у ребёнка распространённое поднадкостничное кровоизлияние свидетельствует о механическом воздействии, а потому не исключено, что это произошло из-за технически сложного классического ручного пособия.

Анализируя собранные по делу доказательства, **суд постановил**: иск гражданки П. и гражданина П. к родильному дому №Х о возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда, связанного с причинением вреда здоровью в результате некачественного оказания медицинской помощи, удовлетворить частично. Взыскать с родильного дома №Х в пользу истцов 3359,3 руб. в возмещение материального ущерба, связанного с расходами на погребение, 400 руб. — расходы на оплату

госпошлины, 24 тыс. руб. — издержки, связанные с оплатой экспертизы, 25 тыс. руб. — оплата услуг представителя и 250 тыс. руб. — в качестве компенсации морального вреда, взыскав всего 302 759,3 руб. В остальной части в иске отказать.

Таким образом, большинство исков и претензий, по сути, сводятся к тому, что «...не сделали вовремя, пропустили, недосмотрели, не назначили лечение». Это укрепляет в мыслях практикующего врача **порочный тезис**: чем больше назначить анализов, препаратов, выполнить вмешательств, тем **выше шанс не оказаться на скамье подсудимых**. Такой путь закономерно ведёт к повышению частоты акушерских осложнений, поскольку необоснованные вмешательства **чаще заканчиваются** инвалидизацией пациенток, увеличивают число жалоб, разборов и судебных исков. И это замкнутый круг.

Увы, сама судебная практика демонстрирует необходимость строгого следования инструкциям, протоколам и рекомендациям, а приведённый ниже **резонансный случай подтверждает этот в корне неверный подход**.

Из зала суда...

В Томской области в открытом судебном заседании было рассмотрено гражданское дело по иску гражданина В. к одной из районных больниц региона о взыскании морального вреда за некачественное оказание медицинских услуг.

Дочь истца В. в связи с беременностью наблюдалась у акушера-гинеколога обсуждаемой больницы. Внезапно 17 ноября 2009 года состояние ухудшилось, появился кашель, в связи с чем на следующий день беременная обратилась к терапевту женской консультации, предъявляя жалобы на кашель, боль в грудной клетке, отёки ног. Врач осмотрела пациентку, назначила анализы крови, мочи и медикаментозную терапию. В отношении симптома отёка нижних конечностей пациентке рекомендовано отрегулировать потребление жидкости. Рентгенография не назначена. Назначенная **терапия оказалась безуспешной**, беременная жаловалась на кашель в ночное время, а в ночь с 21 на 22 ноября состояние существенно ухудшилось, поднялась температура, усилились отёки конечностей.

При поступлении **в приёмный покой** районной больницы 22 ноября в 15 ч 30 мин пациентка В. была осмотрена дежурным терапевтом: температура 38,3 °С, артериальное давление (АД) 165/90 мм рт.ст., взят общий анализ крови и мочи. Кроме того, пациентку осмотрел акушер-гинеколог.

В 16 ч 45 мин беременную госпитализировали в родильное отделение с диагнозом «Гестоз. ОРЗ. ОРВИ». Анализ на грипп А (H1N1) был взят утром 23 ноября. **В связи с тем, что исследования на данное заболевание выполнял только в вирусологической лаборатории Томска, анализ был туда направлен, однако результат получен уже после гибели пациентки, 28 ноября.**

На основании ст. 151 Гражданского кодекса РФ городская больница **признаёт свою вину частично**, а именно в том, что в связи с отсутствием результата на грипп А (H1N1) лечение пациентки проведено не в полном объёме, **отсутствовала противовирусная терапия**. В соответствии с Клиническими протоколами Томска (2007) при выявлении тяжёлого гестоза роды должны произойти не позднее 24 ч после появления симптомов. В данном случае прерывание беременности выполнено 23 ноября в 11 ч 00 мин, то есть **через 17 ч после обращения** в лечебное учреждение.

Выслушав стороны, изучив представленные доказательства, суд пришёл к выводу, что со стороны медицинских работников стационара имела место недооценка степени тяжести состояния. Лечение выполнено не в полном объёме, не соответствовало имеющемуся заболеванию. **Своевременно не была назначена специфическая противовирусная терапия**, и по день смерти не было диагностировано тяжёлое инфекционное заболевание. Причиной смерти стало тяжёлое течение инфекционного заболевания — гриппа А (H1N1), осложнившееся вирусной двухсторонней серозно-гнойной пневмонией, протекающей на неблагоприятном фоне. **Прямая причинно-следственная связь** между неблагоприятным исходом заболевания у дочери истца и качеством оказанной ей медицинской помощи не усматривается. Однако при отсутствии недостатков её оказания вероятность благоприятного исхода заболевания была значительно выше.

На основании изложенного, с учётом нравственных страданий истца, разумности и справедливости, суд взыскивает с МБУЗ «Городская больница» в пользу истца В. компенсацию морального вреда, причинённого в результате некачественно оказанных медицинских услуг дочери. При этом суд **учитывает степень вины** сотрудников МБУЗ «Городская больница» (медицинские работники принимали меры к спасению пациентки В. и её плода), а также то, что возможность выздоровления при выполнении медицинскими работниками всех возможных на тот период времени мер по её лечению была маловероятна.

Распространено заблуждение о том, что фактическая ответственность за нарушения в подведомственных сферах падает только на заведующее отделение. Это не так. За свои действия, согласно Федеральному закону №323 «Об основах охраны здоровья граждан», отвечает лично лечащий

врач, поскольку именно он осуществляет диагностику и назначает лечение. Заведующий отделением в этом случае — лишь свидетель. Оказывая медицинскую помощь, **врач берёт на себя** как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Гражданско-правовая ответственность для медицинского работника **может наступить при причинении вреда здоровью** ненадлежащим выполнением медицинской технологии или бездействием (например, ст. 783, 1099 Гражданского кодекса РФ).

Следует помнить, что, в отличие от презумпции невиновности в уголовном законодательстве, в Гражданском кодексе РФ действует принцип «презумпции вины» (ст. 401, 1064) — невиновность доказывает лицо, нарушившее обязательство. Помимо гражданско-правовой ответственности, лечащий врач несёт ещё и уголовную ответственность, наступающую за совершение преступления (в соответствии со ст. 109, 118, 122, 123, 124, 159, 235, 238). Некую настороженность в данном перечне вызывает статья 238 «...оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности», поскольку при такой «туманной» формулировке законодателя разработка и дальнейшее строгое соблюдение протоколов, инструкций и рекомендаций имеют особую актуальность.



Сегодня мы становимся **свидетелями любопытной тенденции**: уже в 2007 году Росздравнадзором зафиксировано значительное учащение **обоснованных** жалоб и исковых заявлений от пациентов по следующим причинам (Кунгуров Н.В., 2007):

- некачественное выполнение медицинской услуги — использование незарегистрированных медицинских технологий, оборудования, косметических средств или их применение с нарушением (алгоритма, доз, показаний, прочих лицензионных требований);
- недостоверное или недостаточное информирование пациентов.

Получается, что имеющаяся правовая база вкупе с отсутствием стандартов акушерско-гинекологической помощи **способствует процветанию** врачебной агрессии и не в состоянии ограничить некомпетентные действия врача. Очевидно, что такие законы и регламенты в имеющемся виде не могут стать основой улучшения ситуации.

Итак, судебных исков к врачам становится всё больше, однако в воздухе повисает очевидный вопрос: почему же совсем **нет встречных исков** от акушеров-гинекологов к истцам (рис. 3-3)?

Ответ за клевету!

Попытка пациентки **публично обсудить и осудить** непрофессионализм врача будет стоить ей выплаты компенсации в 5 тыс. руб. за клевету. К сожалению, гораздо чаще можно наблюдать обратную ситуацию, когда в роли ответчика выступает врач. Однако этот юридический **прецедент — сигнал всем пациентам**, желающим с помощью социальных сетей обсудить якобы неправильное лечение. Клевета — наказуема!

Пациентка Т. была доставлена в районную больницу машиной скорой помощи. С её слов, два дня назад произошла авария, в результате чего возникла травма ноги. Дежурный хирург осмотрел и обработал рану, назначил лечение, после чего отпустил пациентку домой. Однако женщина решила, что объём и характер помощи оказались явно недостаточными (врач не наложил швы на гнойную рану), о чём и рассказала в социальной сети, вызвав бурное обсуждение. Медицинская **экспертиза подтвердила правильность** действий хирурга, а анализ электронной страницы — факт распространения пациенткой ложных сведений. Суд встал на сторону врача.

Пути преодоления врачебных ошибок

Для разрыва порочного круга необходимо последовательное устранение причин, вызывающих врачебные ошибки и, как следствие, неправильное оказание медицинской помощи. **Прежде всего нужно объединить усилия на всех уровнях оказания акушерской помощи**, опираясь на тщательно подготовленную законодательную базу. Основой для правовой программы должен стать комплекс распоряжений Минздрава РФ, чётко регламентирующих порядок действий врача в тех или иных ситуациях. Должны быть сформулированы показания для медицинских вмешательств, назначения медикаментозной терапии; обязателен список состояний, когда проводить вмешательство нельзя. **Лазеек для действия по принципу «что не запрещено — разрешено» должно остаться как можно меньше.**

Как же обезопасить пациентку и самого врача от последствий некомпетентных действий? Самый дешёвый и чрезвычайно эффективный способ — разработка соответствующих **стандартов** и протоколов (рис. 3-4).

Стандарт — документ, в котором установлены характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов производства, эксплуатации, хранения, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг для добровольного многократного использования.

Клиническая рекомендация (протокол ведения больных, стандарт медицинской помощи) — систематически разработанный документ, опи-

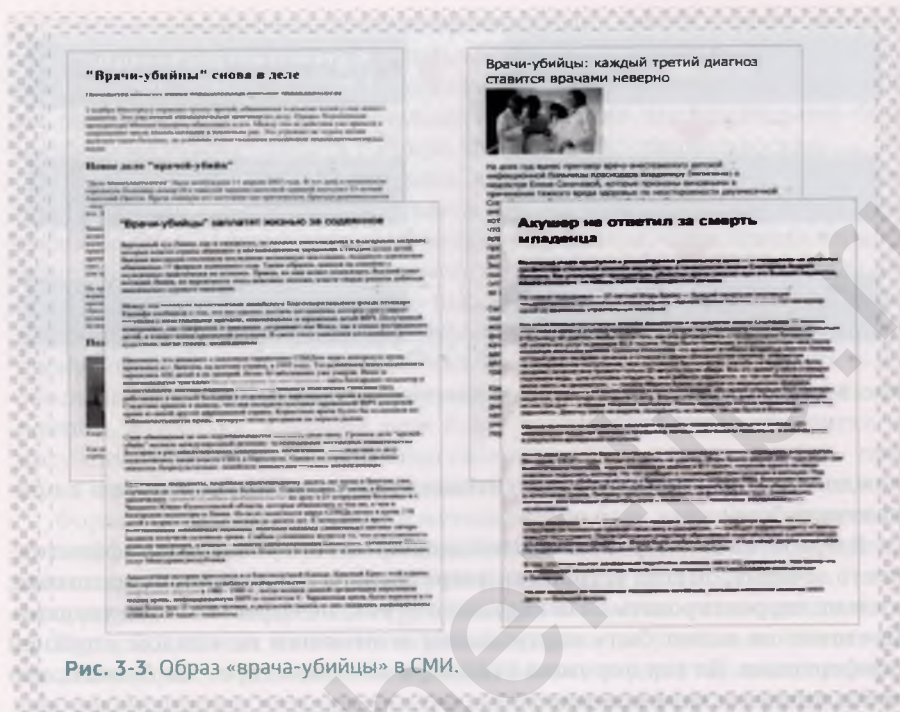


Рис. 3-3. Образ «врача-убийцы» в СМИ.

сывающий действия врача по диагностике, лечению, профилактике или реабилитации, помогающий принять правильные решения в конкретных клинических ситуациях. В последующем на основании клинической рекомендации составляют «выжимку» в виде клинико-экономического стандарта, а раздел «Фармакотерапия» по каждой клинической проблеме ложится в основу лекарственного формуляра* по всей специальности или её довольно крупному разделу.

В современных условиях **акушеру-гинекологу без клинических рекомендаций работать уже невозможно**. Абсолютно необходимы протоколы ведения неотложных и смертельно опасных состояний — акушерских кровотечений, преэклампсии (гестоза), родового излития околоплодных вод; рекомендации по тактике при рубце на матке и другие, а в дальнейшем — по

* «Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии» и «Клиническая фармакология» под ред. проф. В.Е. Радзинского (подробно см. список литературы к главе).



Рис. 3-4. Алгоритм формирования стандартов медицинской помощи.

каждой возможной акушерской ситуации (их перечень представлен в приложениях 3 и 4).

Разработка стандартов позволит адекватно контролировать эффективность лечения, быстро **устранять погрешности** в выполнении протокола, а также корректировать план ведения в случае неэффективности терапии. Протокол не может быть виртуальным и меняться на каждой утренней конференции. До тех пор пока **стандарт не существует на бумаге, это всего лишь частное мнение.**

К настоящему времени в нашей стране разработано более 20 клинических рекомендаций по ведению пациенток в той или иной клинической ситуации по профилю «акушерство и гинекология». В составлении протоколов принимает участие большое количество специалистов. Созданные документы (помимо того что могут выступать руководством к действию для практикующего врача), если можно так сказать, «адаптированы» к специфике нашего государства в целом и здравоохранения в частности. Именно поэтому **мы избавились от вынужденной необходимости «перерисовывать» тактику ведения с других стран,** которую применить в наших условиях не всегда возможно.

Как уже упоминалось, **необходимо определить меры ответственности** за неисполнение или формальное исполнение принятого законодательства. В таких случаях наказанию подлежат любые уличённые органы здравоохранения, участвующие в обеспечении конституционного права граждан на получение медицинской помощи. Не менее важно обеспечить и **конституционные права врача,** защитить его профессиональную деятельность, прежде всего путём страхования ответственности.

Для быстрого информирования практикующих врачей о новых распоряжениях и указаниях **следует использовать все доступные формы**: издавать настольные и карманные сборники приказов, развивать интернет-сайты по соответствующим специальностям. Помимо законодательной базы необходимо унифицировать учебную литературу по специальностям.

Не менее **эффективен контроль качества медицинских услуг, осуществляемый самими пациентками**, — например, памятки, где будут доступно изложены возможные медицинские проблемы, чётко описан порядок действий врача при их возникновении, приведена законодательная база. Такие материалы принесут тройную пользу. Во-первых, **пациентка получит возможность контролировать действия врача**, будет достаточно полно проинформирована о своём состоянии. Во-вторых, снизится вероятность необоснованных претензий по поводу неадекватного оказания медицинской помощи. В-третьих, в полной мере будет реализовано право пациентки на получение информации о состоянии своего здоровья, а в ряде случаев — **право на выбор** того или иного медицинского вмешательства.

Формируя законодательную и методическую базу, важно ликвидировать порочную практику не всегда **правдивого заполнения медицинской документации**. Часто говорят, что историю родов пишут «для прокурора». Сколько правды в такой медицинской документации — можно только догадываться. При однозначных клинических рекомендациях побудительный мотив для искажения фактов должен исчезнуть; вдобавок это упростит контроль ведения документации, позволит быстро выявить неточности и ошибки. Перечисленные меры **помогут повысить качество акушерской помощи**, оперативно вносить в стандарты необходимые обновления и снизить частоту необоснованных вмешательств. Таким образом, вынашивание ребёнка станет более безопасным.

Выделение групп высокого риска среди пациенток **поможет обеспечить их необходимой медицинской помощью**, и наоборот, выделение групп низкого перинатального риска **будет способствовать предотвращению медицинской агрессии**. Юридические аспекты медицинской помощи требуют тщательного обоснования медицинских вмешательств. С одной стороны, пациентка имеет право на оказание помощи в полном объёме, предусмотренном стандартом, с другой — требуется информированное согласие на оказание помощи (п. 7 ст. 30 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»).

Согласно 31-й статье этого же документа, **«...каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения,**

связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения». Интересно, какую информацию могли бы дать беременной о назначаемом повсеместно, но крайне малоизученном при гестации препарате «Магне В₆»? Конечно, средство может быть показано при наличии верифицированного магниевого дефицита, как написано в инструкции, однако даже для получения 1 г магния (а именно такова приблизительная суточная потребность) женщине нужно принять 21 таблетку — а это уже недопустимый риск передозировки витамина В₆.

Профессиональная защищённость врача

То немного, что известно в мире о медицине, известно очень немногим врачам.

*Габриэль Гарсиа Маркес,
нобелевский лауреат 1982 года*

Проблема защищённости медицинского персонала **на рабочем месте** достаточно сложна. Всё больше становится родовспомогательных учреждений, где зарегистрированы роды у инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ): в 2000 году их число не превышало 582, а уже в 2001 году составило 1742, в 2003 году — 5747, в 2005-м — 6711, в 2007-м — 7880, в 2014-м — 15 629 (рис. 3-5). Прогрессивный рост этого показателя в России напоминает зарубежную статистику: в каждом госпитале Нью-Йорка за сутки рождает **хотя бы одна** ВИЧ-инфицированная женщина.

Распределение родов у ВИЧ-инфицированных по федеральным округам России (2014) представлено на рис. 3-6. В ноябре 2016 года «Российская газета» опубликовала доклад В.И. Скворцовой, в котором министр здравоохранения указала на небывалое число ВИЧ-инфицированных в России.

В связи с этим растёт актуальность проблемы профессиональной защищённости врача. Готовы ли мы к принятию таких родов без высокого риска **для самих себя?**

Помимо ВИЧ-инфекции на территории России достаточно распространены другие гемоконтактные инфекции — **вирусные гепатиты**, которые можно рассматривать как внутрибольничную инфекцию, поскольку во время родов возбудители могут быть опасны не только для матери и плода, но и для медицинского персонала.

Учащение инвазивных диагностических и лечебных процедур, нарушение дезинфекционного и стерилизационного режима, травмы медицинского персонала во время работы провоцируют рост профессиональной заболевае-

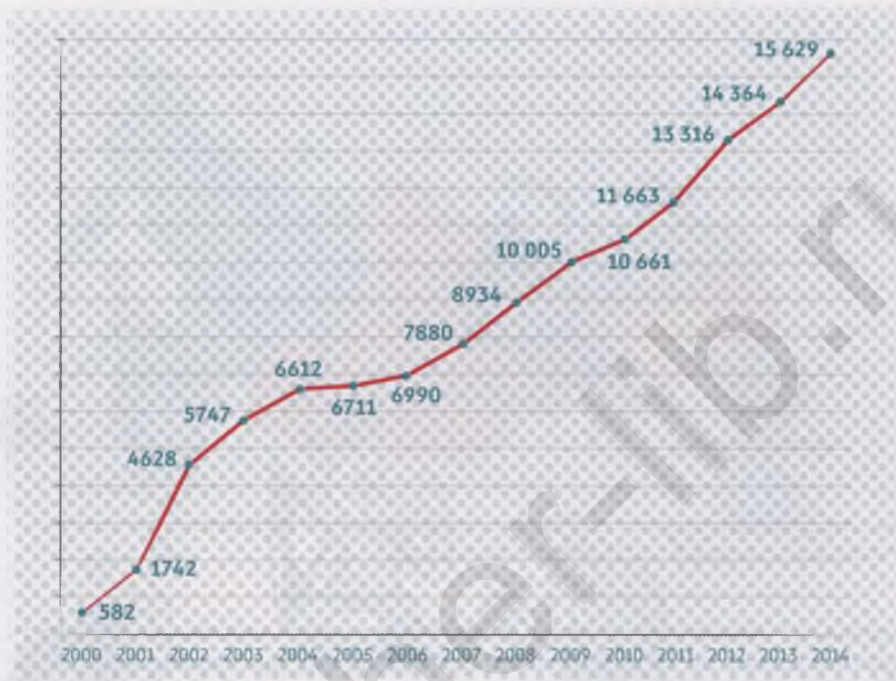


Рис. 3-5. Роды у ВИЧ-инфицированных в России, абсолютное число.

мости. Именно поэтому безопасность врача на рабочем месте — объект пристального внимания и особой тревоги.

Согласно **ст. 219 Трудового кодекса РФ**, каждый работник имеет право выполнять свои профессиональные обязанности в условиях, отвечающих требованиям охраны труда, на обязательное социальное страхование от профессиональных заболеваний. Законодательно закреплено и право медицинского работника **отказаться** от выполнения работ при возникновении опасности для его жизни и здоровья вследствие нарушения требований охраны труда. В то же время действует принцип недопустимости отказа в медицинской помощи, то есть врач не может избирательно осуществлять свою деятельность.

Таким образом, **законодатель не относит лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией к профессиональному риску**, что само по себе спорно, поскольку в иных нормативно-правовых документах он обозначает медицинских работников как «группу лиц, подвергающихся риску заражения ВИЧ при исполнении своих трудовых обязанностей» и предлагает компенсацию. Парадоксально, не



Рис. 3-6. Количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин по федеральным округам Российской Федерации (2013), абсолютное число.

правда ли? Отказаться совершать опасную для жизни и здоровья деятельность врач **не может** по закону, но чисто формально ему предлагаются некие гарантии. Однако эти гарантии разбиваются при встрече с существующей действительностью, процессуальной и судебной практикой, поскольку врачу ещё предстоит доказать, что заражение ВИЧ-инфекцией произошло именно профессиональным путём.

При этом на практике специалист попросту не сможет предоставить документальные подтверждения того, что ВИЧ-инфекцией можно заразиться профессиональным путём, — их нет. Для врача и акушерки во время родов вероятность случайных контактов с кровью и другими инфицированными биологическими жидкостями организма составляет **0,3–0,35%**. И даже если реализация профессионального пути заражения будет подтверждена официально, это не скажется на дальнейшей судьбе пострадавшего. Российский медицинский работник не получит никаких преимуществ по включению в программы лечения ВИЧ-инфицированных. И это явная агрессия, но **уже в сторону медицинского персонала**.

Современная российская действительность демонстрирует лишь частичное выполнение приказов о мерах профилактики ВИЧ-инфекции среди медицинских работников. Один из таких документов регламентирует ведение **журналов аварийных ситуаций с кровью**. Под аварийной ситуацией сле-



дует понимать **любое (!)** загрязнение кожи и слизистых оболочек медработников кровью и другими выделениями больного. Как часто на практике документально фиксируют аварийные ситуации?

Для практикующего врача это риторический вопрос. Нередко такого рода журналов нет вовсе, или сотрудники заполняют их весьма небрежно, могут отсутствовать достоверные сведения о пострадавших. Именно отсутствие регистрации аварийных ситуаций с кровью или жидкостями пациентов при выявлении ВИЧ-инфекции не оставляет ни единого шанса доказать профессиональный характер заболевания.

В подобных ситуациях нужно говорить не только о заботе со стороны государства — многое может зависеть и от самих медицинских работников. Стоматологи, например, думают о своей безопасности, надевают на лицо защитные щитки и не работают без перчаток. А в среде акушеров-гинекологов до настоящего времени отношение к своей безопасности достаточно безалаберное. Скажем, проводя ручное обследование полости матки, врач надевает чаще всего короткие латексные перчатки (если надевает вообще), а ведь в такой ситуации перчатки нужны длинные. Беременных, имеющих обменные карты, считают **заведомо здоровыми**, отсюда пренебрежение правилами безопасности. Такое **легкомыслие** чрезвычайно неблагоприятно характеризует профессиональный уровень врача.

Однако не всегда дело в недооценке опасности со стороны медицинского персонала. Нередки случаи, когда проблема возникает на административном уровне. Одноканальная система финансирования в здравоохранении, переход к страховой медицине ставят ЛПУ в тяжёлое материальное положение, где в конкурсной системе государственных закупок приходится делать упор на доступность оборудования и расходных материалов (перчатки, маски, очки), **игнорируя качество и право на безопасный труд** собственных сотрудников. В подобных обстоятельствах у работников такого «горе-ЛПУ» нет иного выбора, как приспособливаться к создавшейся ситуации. Сложно прогнозировать, к каким исходам приведёт такая «экономика на себе».

Пути преодоления профессиональной уязвимости врача

Подготовка и повышение квалификации врачей, профилактика и ранняя диагностика профессиональных заболеваний медработников — основные мероприятия для повышения акушерской безопасности.

Необходимо выполнять общие **противоэпидемические мероприятия** до, во время и после принятия родов. Во время родов следует постоянно носить перчатки. Рекомендовано надевать халат, маску и защитные очки (за-

щитный щиток). Ещё важнее **мытьё рук**. К этому вернулся весь цивилизованный мир.

Медицинским работникам в случае повреждения кожи в работе с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом при попадании инфицированного материала на слизистые оболочки показана **экстренная постэкспозиционная профилактика ВИЧ-инфекции**. Режим зависит от глубины травмы и от ВИЧ-статуса (по результатам определения ВИЧ) и иммунного статуса (по уровню CD4+-лимфоцитов) пациентки.

При невысоком или умеренном риске заражения (неглубокие повреждения и низкая репликация ВИЧ у пациентки с благополучным иммунным статусом) выполняют меры основного режима химиопрофилактики: зидовудин 0,6 г в 2–3 приёма в день и ламивудин по 0,15 г дважды в день (или комбинацию обоих препаратов — «Комбивир» по 1 таблетке 2 раза в день).

При высоком риске заражения (глубокая травма и интенсивная репликация ВИЧ у пациентки с выраженным иммунодефицитом и симптомами СПИДа) основной режим дополняют приёмом нелфинавира по 0,75 г каждые 8 ч или индинавира по 0,8 г каждые 8 ч).

Постэкспозиционную **профилактику** начинают не позднее 24 ч после травмы и продолжают в течение 4 нед.

Литература к главе 3

- Беликов Е.С. Ятрогения: как её квалифицировать? О врачебной ошибке — вечной проблеме медицины // Медицинская газета. — 1998. — №50. — С. 10.
- Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года, Париж // Основы безопасности жизни. — 1998. — № 2. — С. 3–6.
- Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В. Управление качеством медицинской помощи: Учебник. — Хабаровск: ДГМУ, 2012. — 655 с.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.
- Лудупова Е.Ю. Врачебные ошибки: Литературный обзор // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — №2. — С. 6–15.
- Поздеев А.Р., Васева М.А. Современные проблемы расследования преступлений против жизни и здоровья, совершённых медицинскими работниками // Медицинская экспертиза и право. — 2010. — №6. — С. 12–14.
- Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой ОМС: Методическое пособие / Под ред. В.Ф. Чапвешова, В.В. Григана, В.Ю. Семёнова и др. — М., 1998. — 368 с.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 12–16.
- Рекомендации Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) 2015 года. Совершенствование практических подходов в акушерстве и фетальной медицине: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 8 с.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адамян, Н.В. Артымук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.
- Архангельский В.Н. Репродуктивное поведение российской молодёжи и некоторые аспекты его детерминации // Уровень жизни населения регионов России. — 2007. — №5. — С. 28–39.
- Гридик А.Л., Тамазин Г.В., Захарова Н.И. Тенденции формирования репродуктивного здоровья населения Московской области // Материалы пленума Российской ассоциации врачей акушеров-гинекологов «Медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья женщин». — М., 2000. — С. 69–70.
- Иванова Л.А., Михайлин Е.С. Беременность и роды у несовершеннолетних: Проблема и перспективы решения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 84–93.
- Кузнецов В.Н., Рыбаковский Л.Л. Стратегия демографического развития России. — М.: ЦСП, 2005. — 208 с.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.

Радзинский В.Е. Сложные вопросы инфекционного контроля в акушерстве и гинекологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 33–36.

Радзинский В.Е., Костин И.Н., Архипова М.П. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 9–17.

Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. и др. Ранние сроки беременности. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2009. — 572 с.

Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. — М.: Медиздат, 2003. — 704 с.

Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. — М., 2015. — 175 с.

Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. №197-ФЗ // Российская газета. — 2001. — №256.

Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.

Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адамян, Н.В. Артымук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.

akusher-lib.ru



ГЛАВА 4

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ



Ярким примером распространённых и значимых элементов акушерской агрессии **в условиях женской консультации**, начиная с прегравидарного периода, служат следующие.

- Лечение, противоречащее принципам доказательной медицины, включающее применение лекарственных средств, противопоказанных или не показанных беременным.
- Полипрагмазия.
- Позднее назначение фолатов.
- Извращение биоценоза влагалища при необоснованном назначении антибиотиков в отсутствие вагинита или бактериального вагиноза.
- Преувеличение роли качественной (а не количественной!) ПЦР-диагностики в ущерб бактериоскопическим и бактериологическим исследованиям.
- «Лечение анализов» антибактериальными средствами.
- Отсутствие контроля биоценоза после проведённой антимикробной терапии.

СИСТЕМА АНТЕНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Система антенатального наблюдения в Европе сложилась ещё в начале XX века. Её главной целью было снижение материнской смертности — то, что **женщина попадала под контроль специалиста не только во время родов, а заблаговременно**, давало больше возможностей для профилактики различных осложнений беременности.

Уникальная система амбулаторной помощи женщинам была создана в Советском Союзе уже в 30–40-е годы XX века. Именно **благодаря тотальной антенатальной диспансеризации** в полноценном значении этого слова* материнская смертность в весьма бедном государстве с очень низким доходом на душу населения** была снижена до цифр, сопоставимых в те времена с показателями богатых стран.

Эта система включала в себя первичные звенья, где не требовались врачи: фельдшерско-акушерский пункт, участковую больницу с родильным отделением, колхозный родильный дом. В этих учреждениях трудились акушерки, примитивными методами выявлявшие «поздний токсикоз», нефропатию, позднее названную гестозом и преэклампсией (**терминология не игра-**

* Диспансеризация — система активного **выявления и лечения** осложнений и болезней, основанная на динамическом наблюдении за состоянием здоровья пациента.

** Доход на душу населения в год — основная детерминанта материнской смертности (Всемирный конгресс по проблемам материнской смертности, Марракеш, Марокко, 1995).

ет роли в снижении уровня смертности от этого синдрома). Главными приёмами при обследовании служили: измерение АД (как правило, на обеих руках), кипячение мочи (с 1960-х годов — проба с сульфосалициловой кислотой на протеинурию), определение отёков нижних конечностей с помощью пальпации, а верхних — по «симптому кольца».

Указанных мер было достаточно, чтобы своевременно госпитализировать женщин и обезглавить эклампсию — причём даже эффективнее, чем в «благополучных» странах, где большинству населения диспансеризация была недоступна по экономическим причинам. **Модель первичной медико-санитарной помощи, существовавшая в СССР, была рекомендована ВОЗ (1978) всем странам с государственной системой здравоохранения.** В районных центрах и городах были созданы женские консультации. Всё это дало возможность достичь заметных успехов в профилактике рака половых органов, в снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. (Правда, в начале XXI века было установлено, что работа амбулаторного звена не снижает антенатальную смертность и неонатальную заболеваемость. Об этой проблеме разговор будет в соответствующем разделе.)

В 1960–1970-е годы жизнеспособность данной системы **получила подтверждение:** акушерство приобрело перинатальную направленность, родила тенденция снижения материнской смертности. Тем не менее на фоне проводившихся реформ в социально-экономической сфере и с учётом инновационных прорывов в **медицинской науке назрела необходимость проанализировать,** может ли советская система здравоохранения и дальше существовать в своём первоначальном виде. Основной причиной реформирования основ антенатального наблюдения стала **доктрина доказательной медицины.**

С позиций доказательности при физиологическом течении беременности:

- нет причин для бесконечных явок в женскую консультацию;
- не требуется многократно пересдавать одни и те же анализы;
- не нужно постоянно консультироваться у смежных специалистов;
- полностью бессмысленны многократные УЗИ.

Как удержаться от критических комментариев, соотнеся затратность подобных мероприятий и плачевный демографический потенциал страны? **Все избыточные мероприятия при антенатальном наблюдении не только неэффективны, но и «подпитывают» традиционную акушерскую агрессию.** К современной эффективной системе оценки степени перинатального риска* (суммирование баллов по триместрам) такая «работа» отношения не имеет.

* Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. — М.: Эксмо, 2009. — 264 с.

Так ли нужно в наши дни на этапе женской консультации проводить рутинную пельвиометрию, строго контролировать массу тела беременной? Есть ли смысл в дорогостоящей профилактике анемии, обследовании на многочисленные инфекции, передаваемые и не передаваемые половым путём? **По всем канонам доказательной медицины обоснованными можно считать только те меры, которые улучшают исход беременности, — именно поэтому вопрос о необходимом количестве посещений женской консультации в течение гестации остаётся спорным.** По крайней мере, здоровых беременных могли бы наблюдать участковые акушерки, освобождая акушеру-гинекологу время для профилактики и лечения гинекологических заболеваний.

Необоснованные назначения часто связаны с тем, что у специалиста нет чётких представлений о норме и о возможных осложнениях течения беременности. Единственное решение этой проблемы — формирование необходимого диагностического минимума, позволяющего избежать врачебной агрессии и сохранить естественное течение гестации.

К наиболее спорным вопросам, требующим доказательной базы для определения «золотой середины» по кратности и спектру исследований, можно отнести следующие:

- минимальный объём микробиологических тестов;
- методологию пренатального скрининга (включая функциональную диагностику);
- раннее (доклиническое) выявление симптомов преэклампсии (гестоза);
- исключение немотивированных исследований гемостаза, а главное — назначения гепаринов и глюкокортикоидов без диагноза.

Пути преодоления дефектов антенатального наблюдения

Итак, в отношении спектра и кратности исследований **необходимо определить тот минимум, который имеет доказательную базу.** Наибольшее внимание следует уделять грамотному ведению женщин с осложнённой гестацией, чтобы не назначать лишних процедур, но в то же время избежать недообследования при высоком перинатальном риске.

По сути, оптимальный, грамотно подобранный объём медицинских вмешательств, проводимых женщинам с физиологически протекающей беременностью, должен не только освободить их от ненужных хлопот, но и позволить сконцентрировать все силы и средства там, где есть осложнения гестационного процесса.

Дискуссии о кратности наблюдения

Исследование, проведённое по инициативе ВОЗ в четырёх странах с различными системами оказания помощи беременным (в том числе на Кубе, где здравоохранение очень похоже на советское) и охватившее более 50 тыс. женщин, доказало, что **для снижения количества осложнений у матери и плода достаточно четырёх посещений женской консультации за всё время беременности**. В странах Евросоюза при физиологически протекающей беременности рекомендовано от четырёх до 30 посещений (в среднем — 12), а в России — восемь (Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, утверждённый Приказом №572н).

Рутинное ведение беременности перестанет быть рутинной даже для врача, если он будет придерживаться тактики, имеющей доказательную базу. **Каждый визит к врачу должен быть оправданным и результативным**, поэтому восьми посещений для здоровых первородящих и даже семи для повторнородящих вполне достаточно, чтобы своевременно выявить возможные осложнения.

Более того, **большинство здоровых беременных могут находиться под наблюдением акушерок, чей профессиональный потенциал именно на амбулаторном этапе использован пока что далеко не полностью**. Образование акушерок всегда было «элитарным»; в медицинском училище их готовят для самостоятельной работы, поэтому они вполне могут проводить диспансеризацию здоровых женщин. Вспомним, что в 30–40-е годы XX века именно акушерки фельдшерско-акушерских пунктов, колхозных родильных домов и сельских участковых больниц эффективно решали проблему материнской смертности в Советском Союзе!

Созданный нами по заказу Минздравсоцразвития России учебник «Акушерство» для учащихся медицинских училищ по одноимённой специальности предусматривает именно такую, чётко обозначенную в Федеральном государственном образовательном стандарте **самостоятельность при оказании акушерской помощи** в условиях медицинских организаций первого уровня*.

Принципы рациональной диспансеризации беременных

В вопросе диспансеризации беременных с точки зрения рациональности мы стоим на позициях, основанных на отечественном опыте. В качестве необходимых мер нужно отметить следующие.

* Обновлённое издание «Акушерство: Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений» вышло в 2016 году.

- Ранний охват беременных врачом наблюдением.
- Ранняя постановка на учёт и своевременность всего комплекса обследований.
- Оптимальная (не избыточная, но достаточная) регулярность наблюдения врачом или акушеркой (в рамках Приказа №572н).
- Дородовой патронаж и своевременная госпитализация.
- Обязательность пренатального скрининга для своевременного выявления врождённых аномалий.
- Достаточность, но не избыточность лабораторного скрининга (в рамках Приказа №572н).
- Обязательная санация возможных очагов инфекции.

Ранний охват беременных врачом наблюдением. Женщину следует взять на учёт при сроке беременности до 12 нед — чтобы своевременно диагностировать экстрагенитальные заболевания, решить вопросы о целесообразности дальнейшего сохранения беременности и о рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости принять меры по оздоровлению пациентки.

В группе женщин, взятых на учёт в ранние сроки, уровень перинатальной смертности в 2–2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5–6 раз ниже, чем в группе впервые посетивших врача после 28 нед беременности. Санитарно-просветительская работа в сочетании с квалифицированным врачом наблюдением — основной резерв для увеличения доли беременных, обращающихся к врачам на ранних сроках.

Взятие на учёт. При взятии беременной на учёт врач (акушерка) заводит «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма №111/у), куда заносит паспортные данные, подробный анамнез, сведения о перенесённых в детстве и зрелом возрасте соматических и гинекологических заболеваниях, операциях, переливаниях крови, особенностях менструальной репродуктивной функций. Туда же в дальнейшем заносят результаты физических и лабораторных исследований, назначения.

При первом посещении **независимо от срока беременности** врач женской консультации обязан **ознакомиться с медицинской картой** по форме 025/у (или выпиской из неё), которую ведут в территориальной поликлинике. Это позволяет ему узнать о наличии экстрагенитальных или наследственных заболеваний, зачастую скрывааемых женщиной (или неизвестных ей).

В то же время вся польза от раннего взятия беременной на учёт будет полностью упущена, если в течение ближайших 12–14 дней не провести обследование пациентки для объективизации её статуса. При этом определяют возможность вынашивания и степень перинатального и акушерского риска (в том числе связанного с экстрагенитальными заболеваниями), а также выработывают план ведения беременности.

Регулярность наблюдения беременных. Периодичность посещений и исследований, их целесообразность и значение акушер-гинеколог должен обсудить с женщиной и получить её согласие. При нормально протекающей беременности оптимально установить следующий график посещений женской консультации:

- после первого осмотра явка через 7–10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов (офтальмолог, стоматолог, другие — при наличии экстрагенитальных заболеваний);
- после второго посещения и до 20 нед беременности — 1 раз в месяц, затем — в зависимости от состояния (табл. 4-1).

При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного назначенного срока **необходимо направить к ней на дом акушерку для патронажа**. Участковая акушерка также осуществляет дородовой патронаж для контроля соблюдения назначенного режима женщинам, нуждающимся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке и т.п.

Таблица 4-1. Возможный график посещений женской консультации во время беременности

Повод для посещения	Дата
Клинический осмотр	
Заполнение обменной карты и карты наблюдения (желательно электронный вариант)	
Измерение массы тела и роста женщины, подсчёт индекса массы тела	
Измерение АД	
Гинекологический осмотр: осмотр в зеркалах, взятие мазка на онкоцитологию, бимануальное исследование	
Лабораторные тесты: анализ крови (определение концентрации гемоглобина); посев мочи; кровь на гепатиты В и С, ВИЧ, сифилис; определение группы крови и резус-фактора	
Направление на УЗИ в 10–14 нед	
Беседа о здоровом образе жизни, правильном питании	
Предоставление следующей информации (в том числе в письменной форме): телефоны, адреса медицинских учреждений, оказывающих экстренную помощь	
Информирование о поведении в экстренных ситуациях	
Выдача буклетов, справочной литературы, книг и компакт-дисков о беременности, родах, послеродовом периоде (желательна организация специальной библиотечки для беременных)	

Постоянный дефицит среднего медицинского персонала во многих регионах «отменил» патронаж, который часто и раньше выполняли достаточно формально. Регистрация по одному адресу, фактическое проживание по другому, прикрепление к женской консультации другого района — **частые факторы, препятствующие патронажу**. По всей видимости, через 3–4 года мы увидим отказ от этой формы работы с беременными на официальном уровне, что приведёт к снижению качества наблюдения за социально неблагополучными женщинами, которые часто относятся к группе высокого акушерского риска.

Своевременная госпитализация. При появлении у беременной показаний к стационарному лечению главная задача врача женской консультации — своевременная (экстренная или плановая) госпитализация. Перечень экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, требующих **дородовой госпитализации**, перечислен в Приказе №572н, там же указан уровень и профиль медицинской организации. В идеале сроки дородовой госпитализации должны варьировать в зависимости от транспортной доступности учреждения в регионе — **глупо уравнивать в сроках дородовой госпитализации мегаполисы**, где от вызова скорой помощи до поступления женщины в стационар проходят минуты, и регионы с удалением населённых пунктов от лечебного учреждения на сотни километров.

Пренатальный скрининг

Пренатальный скрининг призван носить массовый характер, и его следует проводить всем, даже потенциально здоровым беременным. Поскольку главная цель скрининга — выявить потенциально опасные изменения, **необходимо использовать только тесты с доказанной информативностью**. Если положительный результат теста не позволяет установить или исключить наличие патологического процесса, то скрининг становится бессмысленным.

В России пренатальный скрининг регламентирован Приказом №572н и его проводят в 11–14 нед беременности. Он включает УЗИ плода, выполняемое **по стандартному протоколу** врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, и определение биохимических маркеров ХГЧ и ассоциированного с беременностью протеина-А плазмы (РАРР-А) с последующим программным комплексным расчётом индивидуального риска рождения ребёнка с хромосомной аномалией (с трисомией по 21, 19 или 13-й хромосоме) или с дефектом нервной трубки (ДНТ). **Сочетание биохимических тестов с УЗИ повышает частоту выявления трисомий и ДНТ до 95% по сравнению с «двойным лабораторным тестом»** (ХГЧ и РАРР-А) или только УЗИ. Идеальным сроком для пренатального скрининга

следует считать период с 11-й до 13-й недели беременности, а также одномоментное определение биохимических маркеров и УЗИ. Интервал между УЗИ и лабораторными исследованиями не должен превышать 3 дней.

Если при скрининге выявлен высокий риск анеуплоидий, **показана инвазивная генетическая диагностика**: амниоцентез, кордоцентез, биопсия ворсин хориона. В России входят в систему ОМС и бесплатны для пациентки только инвазивные диагностические манипуляции. Появившиеся в последние годы неинвазивные методы генетической диагностики определения свободной плодовой ДНК в крови матери по причине высокой стоимости пока существуют только в арсенале коммерческих услуг.

Существенная сложность есть в определении риска хромосомной аберрации при многоплодной беременности: медианы маркеров в сыворотке крови матери выше, чем при одноплодной беременности, поэтому **эффективность биохимического скрининга снижается до 45%** (при частоте ложноположительных результатов около 5%). Другими проблемами в этом случае могут быть определение конкретного плода с высоким риском хромосомных аномалий, а также повышенный риск прерывания беременности при выполнении инвазивных методов диагностики.

Помимо медицинских, **существуют организационные и этические аспекты пренатального скрининга**: в случае положительного результата необходимо продолжение в виде более сложных диагностических процедур — инвазивных или неинвазивных методов генетической диагностики. Именно поэтому при отсутствии службы генетической диагностики проводить биохимический скрининг бессмысленно. Этическая сторона пренатального скрининга — предоставление пациентке адекватной информации о том, что представляют собой заболевания, выявляемые при исследованиях, и специальное консультирование в случае положительных результатов тестов.

Для повышения точности пренатального скрининга существуют специальные компьютерные программы, призванные обрабатывать информацию и **рассчитывать риск**: Astraia, TRC, PRISCA; все они построены на принципе сравнения результатов с заложенными в систему примерами.

Компьютерная программа должна соответствовать следующим критериям:

- быть сертифицированной в России;
- использовать доказанный алгоритм для расчёта риска хромосомных аномалий;
- правильно систематизировать данные о течении беременности и результатах пренатального исследования;
- обеспечивать доступ к данным для нескольких пользователей;
- позволять контролировать качество пренатальной диагностики.

Применение компьютерных программ для расчёта риска имеет ряд преимуществ — помимо повышения точности скрининга, это обеспечивает высокое качество исследования за счёт **обязательного сертифицирования врача для допуска к работе** (с присвоением индивидуального номера, позволяющего контролировать качество работы).

Инвазивные методы исследования

Для более пристального изучения возможных хромосомных aberrаций цитогенетики анализируют кариотип плода — анеуплоидии, триплоидии, полиплоидии и заболевания, сцепленные с полом, имеют чёткие характеристики на кариограмме.

Для кариотипирования используют амнициты, клетки ворсин хориона или лимфоциты плода. Ранее для кариотипирования использовали амниоциты, что требовало их стандартного культивирования, которое занимало от 14 до 21 дня. В настоящее время применяют методы флуоресцентной гибридизации *in situ* (fluorescence *in situ* hybridization, FISH) или ПЦР, позволяющие получить быстрый ответ.

Основной недостаток разного рода **инвазивных процедур состоит в ограничении диагностических возможностей**. Стандартными чипами трудно определить микроделеции или микродупликации в цитогенетических хромосомных картах. Эти повреждения могут затрагивать от нескольких генов до нескольких десятков — для их выявления необходимо присоединять набор олигонуклеотидных флуоресцентных или малокопийных зондов (молекулярное кариотипирование).

Ещё труднее при традиционном цитогенетическом исследовании выявить заболевания с субмикроскопическими делециями хромосом, тем более что существует также риск (0,16–0,4%) контаминации образца материнскими клетками. Кроме того, **при таких инвазивных методах диагностики, как хориоцентез, амниоцентез и кордоцентез, риск прерывания беременности составляет 1–1,5%**.

За счёт постоянного развития технологий в настоящее время стал доступен анализ с помощью микроматриц, на которые нанесено несколько миллионов генетических маркеров, с обработкой данных с помощью компьютерных программ. Таким образом **можно установить не только число хромосом, но и наличие относительно небольших делеций или дупликаций**, что даёт больше значимых данных и помогает выявлять не только анеуплоидии, но и микроделеционные синдромы, а также однородительские дисомии.

Риск осложнений инвазивных методов пренатальной диагностики, по данным российских авторов, не превышает 5%.

Неинвазивная пренатальная диагностика

Провести анализ ДНК плода возможно не только инвазивными методами. Несмотря на плацентарный барьер, **в кровоток матери из трофобласта попадают фетальные клетки и фетальная внеклеточная ДНК** — впервые это было доказано в 1997 году Lo Y. et al. Количество интактных фетальных клеток относительно циркулирующей внеклеточной плодовой ДНК ничтожно мало (примерно одна клетка на 1 мл крови), что существенно затрудняет диагностику.

В числе прочих недостатков этого метода — «хрупкость» фетальных клеток; высокая вероятность распада хромосом до их извлечения из клеточных ядер; и главное — **вероятность анализа плодовой клетки не существующей, а предыдущей беременности** (поскольку фетальные клетки обладают свойством сохраняться в материнской крови продолжительное время). В настоящее время предпочтение отдают генетическому анализу свободной фетальной ДНК.

Анализ **плодовой внеклеточной ДНК** имеет ряд преимуществ по сравнению с другими методами прегравидарной диагностики: **высокую информативность** по сравнению с биохимическим скринингом и **отсутствие риска прерывания беременности**. Метод неинвазивной генетической диагностики экономически гораздо менее затратен, чем преимплантационной, но проигрывает по временному фактору — его проведение возможно при уже развивающейся беременности.

Внеклеточную ДНК плода в крови матери, как правило, выявляют с 5 нед беременности. Чаще всего забор крови проводят **в 10 нед**, когда содержание плодовой ДНК в плазме матери достигает 3% (16 фетальных геномов на 1 мл). Количество внеклеточной плодовой ДНК нарастает со сроком беременности, но, в отличие от фетальных клеток, плодовая ДНК исчезает через несколько часов после родов. Срок 10 нед беременности позволяет учесть ещё одно обстоятельство — в случае подтверждения хромосомных аномалий у плода можно прервать беременность до 12 нед.

Для неинвазивной генетической диагностики проводят забор 3–7 мл венозной крови матери. По стандартному протоколу выполняют центрифугирование с последующей экстракцией плодовой внеклеточной ДНК. Для ингибирования высвобождения материнской внеклеточной ДНК используют формальдегид (при его применении доля плодовой внеклеточной ДНК возрастает с 7,7 до 20,2%, что повышает точность анализа). Для отделения плодовой ДНК существуют разные методики: NucleoSpin Blood L, NucleoSpin Blood, QIAamp Circulating Nucleic Acid Kit, QIAamp UltraSens Virus Kit.

Для определения анеуплоидий используют цифровой количественный анализ ДНК, проводимый с помощью массового параллельного **полноге-**

номного секвенирования. Этот анализ основан на том, что в норме все хромосомы в гаметах представлены в единичной копии, тогда как в соматических клетках — попарно.

В случае нерасхождения хромосом в процессе гаметогенеза формируются различные **анеуплоидии** (набор хромосом, не кратный двум). Самые известные из них — трисомия 21 (синдром Дауна) и отсутствие одной из половых хромосом (синдром Шерешевского–Тёрнера, генотип 45,X0). Кроме того, увеличение числа хромосом может происходить по типу различных полисомий (тетра-, пентасомии).

В целом неинвазивную генетическую диагностику используют для установления отцовства, определения пола плода, резус-фактора, различных форм анеуплоидий, хромосомных мутаций: например, при болезни Тея–Сакса — дефекте гена гексозаминидазы А (HEXA) на длинном плече 15-й хромосомы, кодирующего α -субъединицу одноимённого фермента. Теоретически данный метод позволяет составить полную генетическую карту плода, однако **выявить врождённые заболевания, не ассоциированные с генами, он не помогает.**

Внеклеточную плодную ДНК можно применять не только для пренатальной диагностики. Повышенные уровни её концентрации в крови матери могут прогнозировать неблагоприятные исходы гестации и свидетельствуют о высоком риске преждевременных родов, тяжёлой рвоты беременных, преэклампсии (гестоза) и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Как и другие методы обследования, неинвазивная генетическая диагностика позволяет обнаружить нежелательную генетическую информацию, которая часто становится показанием к прерыванию беременности. Это порождает волну жарких дискуссий на тему допустимости и моральности подобных процедур — **поводом для прерывания может стать не только лишняя хромосома, но и определённый пол плода.**

Технически неинвазивная генетическая диагностика намного проще, чем биопсия хориона, что делает её более дешёвой и доступной и менее подверженной контролю со стороны государства. В то же время именно сложность в управлении результатами исследования побуждает некоторые страны **радикально подходить к решению этических вопросов этой процедуры.**

Интересно, что в Китае с февраля 2014 года законодательно запрещены любые генетические тесты в период беременности. По всей видимости, толчком к такого рода запретам послужили результаты анализа судебной активности в США, где отмечен рост исков к врачам в случаях рождения ребёнка с генетическими аномалиями, если беременной не предложили неинвазивную генетическую диагностику.

БИОЦЕНОЗЫ. ИНФЕКТЫ. АГРЕССИВНАЯ «САНАЦИЯ» ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Согласно заявлению ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют более 6 900 000 случаев акушерского сепсиса, от которого погибают почти 70 тыс. женщин. Только в США за период с 1998 по 2008 год увеличение этого показателя составило **10% ежегодно**. В экономически слаборазвитых странах послеродовые гнойные осложнения трагически лидируют в числе причин материнской смертности, доля сомнительный пьедестал с акушерскими кровотечениями и эклампсией (см. главу 2, раздел «Материнская смертность»).

Анализируя структуру причин материнской смертности в России, откровенно отметить, что **в нашей стране акушерский сепсис к 2016 году переместился на пятое место**. А ведь ещё в начале XXI века эта причина материнских потерь занимала лидирующие позиции! Однако **будем честны**: истинные заболеваемость и смертность от внутрибольничных инфекций значительно превышают регистрируемые.

Безусловно, никак нельзя объяснить сложившуюся ситуацию только всплеском ИППП (гонорея, трихомонадная и хламидийная инфекции, сифилис, герпес, ВИЧ-инфекция, гепатит С) — несмотря на то что **к началу XXI века этих заболеваний стало вчетверо больше**. Безусловно, к ней предрасполагает фон современной жизни: ранние, часто многочисленные и случайные половые связи, отсутствие элементарных знаний о безопасном сексе и интимной гигиене и т.д.

Важно, что последние годы мы живём в условиях совершенно **новой микробиологической идеологии, принципиально отличной от прежнего линейного примитивизма «нашёл врага — убей его»**. Такая идеологическая линейность главенствовала и в подходах по отношению к микроорганизмам, способным вызывать (или не вызывать) воспалительные заболевания в урогенитальном тракте.

Завершившийся к 2012 году международный проект «Микробиом человека» открыл миру истину: микроорганизмы живут с нами миллионы лет, они эволюционируют вместе с человеком, мы не можем друг без друга, мы — единое целое. Самый важный вывод для нас, акушеров-гинекологов (впрочем, как и для всех остальных специалистов), — **отношение к микроорганизмам, населяющим человеческий организм, нужно пересматривать**. Без генетического материала, который микробиота предоставляет нам «в аренду», невозможно существование человеческой популяции как таковой.

Демонизация микробов в век антибиотиков и противомикробных препаратов оказалась напрасной и даже вредной, а значительная часть

бывших «врагов» оказалась не просто необходимой для выживания, но и была признана важным резервом для эволюции вида. Не злодеи, а суперсила!

Судите сами, вот всего несколько доказанных фактов: в теле одного человека живёт 100 трлн бактерий, а на одну клетку человека приходится 10 бактерий. **Бактериальных генов в нас в 360 раз больше, чем собственных.** Удивляет и общая бактериальная масса — около 3 кг. Далеко не в последнюю очередь эти цифры соотносятся с репродуктивной системой: изничтожим все 10 тыс. видов микроорганизмов — и пациентка останется фактически без защиты от внешних воздействий. Поскольку женщина живёт в нестерильном мире, опустевшая «питательная ниша» мгновенно заселится чем попало — и уж точно не теми бактериями, которым положено проживать в здоровом организме. Вот и получается, что **прежняя идеология достижения «стерильности»,** в частности, нижних половых путей, которая доминировала раньше, в наши дни не только **не актуальна — она вредна.**

Излишни комментарии по поводу дисбиотических состояний. Говорят цифры: нарушения микробиоценоза влагалища и шейки матки при скрининговом обследовании регистрируют у 9–24% клинически здоровых женщин и у 45–86% пациенток гинекологических стационаров. Изменились и возбудители заболеваний: повышена активность условно-патогенной микрофлоры (клебсиеллы, протей, кишечной палочки, энтерококков, полирезистентных штаммов облигатных анаэробов). Возросла роль микробных ассоциаций (более 80%), особенно аэробно-анаэробных, **обладающих выраженной вирулентностью и превосходящих монокультуры по патогенности.**

Насколько серьёзными могут стать последствия массового нездоровья девушек и молодых женщин 15–25 лет (инфекции половых органов, в том числе вагинальные дисбиозы), стало понятно не так давно в результате анализа статистики цивилизованных стран, где случаи материнской смертности от сепсиса единичны.

Есть ли шанс победить сепсис и свести к минимуму его роль как причины материнской смертности? Увы, однозначного ответа нет. Не будем забывать, что «родильная горячка» унесла гораздо больше жизней, чем все войны, пандемии и эпидемии, вместе взятые.

Раньше никому и в голову не приходило, что **почти любой бактериальной инвазии в женском организме предшествует акушерская агрессия в отношении вагинального биотопа.** Это вполне объясняет неуклонный рост частоты инфекционно-воспалительных заболеваний.

Если на прегравидарном этапе и в первые 20 нед беременности (потом поздно!) не устранить недостаточность лактофлоры, то **в условиях выраженной микробной обсеменённости при беременности** происходит активная пролиферация условно-патогенных микроорганизмов. Их критическая масса способна инициировать инфекционный процесс.

Известный ученик и позабытый учитель

Если не имя, то уж точно фамилия немецкого акушера знакома каждому практикующему врачу: **Густав Михаэлис** (Gustav Michaelis, 1798–1848), описавший в XIX веке пояснично-крестцовый ромб. Однако мало кому известно, что Михаэлис был учеником и последователем **Игнаца Земмельвейса** (Ignaz Semmelweis), чье имя забыто многими нашими современниками. А между тем именно его следует считать основоположником **асептики и антисептики**.

В 1840-х годах, когда в клиниках Европы свирепствовала **родильная горячка** (послеродовой сепсис), уносившая жизни более 30% родильниц, женщины предпочитали рожать на дому или даже на улице, лишь бы не попасть в больницу. И. Земмельвейс, **сравнивая смертельные исходы родильной лихорадки**, пришёл к выводу, что виной всему «зараза», переносимая грязными руками акушеров. Надо сказать, что в те времена не было принято не только менять хирургическую одежду, но и даже мыть руки перед акушерским осмотром или операцией.

Внедрение методов обработки рук хлорированной водой вызвало волну резкого осуждения со стороны коллег И. Земмельвейса. И хотя мытьё рук акушеров и акушерок действительно помогло снизить частоту послеродового сепсиса, все идеи об инфекционной природе родильной лихорадки, выдвинутые И. Земмельвейсом, **не были признаны его современниками**. Его попросту объявили сумасшедшим и поместили в клинику для душевнобольных. Непризнанный учёный скончался по роковому стечению обстоятельств... от сепсиса.

Г. Михаэлис стал одним из последователей И. Земмельвейса. Однако, **как и его великий учитель, окончил свою жизнь бесславно**. Находясь в состоянии тяжёлой депрессии из-за большого количества смертей женщин (в том числе своей кузины) вследствие родильной горячки, причиной которой послужил отказ акушеров внедрять в практику идеи И. Земмельвейса, Михаэлис покончил жизнь самоубийством.

Аборт и инфекционно-воспалительные заболевания

Особый вклад в распространение инфекционно-воспалительных заболеваний вносит аборт — в ряде регионов **единственный оплачиваемый системой ОМС метод** регулирования рождаемости, противоестественный по своей сути, ломающий все противоинфекционные барьеры, данные женщине природой. Это вмешательство уничтожает микробиоту на наружных половых органах и во влагалище («санация»), «вталкивает» в полость матки и затем эвакуирует кристеллеровскую пробку (концентрат иммуноглобулинов, лизоцима), удаляет полностью, «до хруста» эндометрий (иногда с участками

миометрия). Печальный итог не заставляет долго ждать — асептический или гнойный эндомиометрит (15%) приводит не только к репродуктивным нарушениям, но и к повышению уровня материнской летальности.

Большая проблема — **послеабортный сепсис**, за распространённость которого следует «благодарить» коммерческих абортмахов («аборт в день обращения», «на любом сроке» и т.д.). Здесь и неполноценная подготовка к аборту, и пренебрежение предоперационным обследованием, что **означает по своей сути криминальное вмешательство с целью прерывания беременности**. После такого аборта высока вероятность задержки в матке остатков плодного яйца.

Что касается септических осложнений аборта, то ситуация такова: 70% женщин, у которых начинался послеабортный сепсис, впоследствии вызвавший шок, до госпитализации всё же успели обратиться к врачу (делавшему аборт или давшему направление). Однако **госпитализированы из них были менее 10%**, остальные получили весьма нелепые рекомендации (пить отвар крапивы или антибиотики, причём о бактериологическом исследовании речь не шла). После этого примерно 50% женщин, чьи истории болезни мы анализировали, были госпитализированы в состоянии септического шока, причём не в гинекологические отделения, а в реанимационные, травматологические (по поводу ожогов, ушибов и других травм, полученных при падении). **В стационаре не сразу определяли, что в развитии шока повинен недавний аборт, и немедленная санация матки не была вовремя выполнена.**

Печальный парадокс: более половины женщин, умерших впоследствии от послеабортного сепсиса, получали лечение с использованием всех современных технологий (включая эфферентные методы, удаление матки), но безуспешно. Такова ситуация и по данным мировой статистики: **после септического шока чаще умирают, чем выздоравливают**. Отсюда наши мысли о «безопасном» аборте (см. главу 9, раздел «Аборты»).

Врачебная агрессия и микробиоценоз

Порочный круг начинается с отсутствия банальной прегравидарной подготовки и легкомысленного невнимания врачей к биоценозу половых путей будущих матерей. Досадно, что **даже после вынужденной травмы эндометрия пациентки редко получают возможность пройти курс реабилитации**. Пренебрежение этими «репродуктивно необходимыми» мероприятиями имеет печальные последствия — желанная беременность либо не наступает, либо велика вероятность того, что она окажется неразвивающейся. Возможны также самопроизвольное прерывание на раннем сроке, дли-

тельная угроза выкидыша и рождение маловесного, внутриутробно инфицированного ребёнка. Если представить себе эти потери в государственном масштабе, немудрено, что мы стоим на пороге демографической катастрофы: невысокую рождаемость дополняют высокие показатели заболеваемости и смертности.

К прегравидарной агрессии можно отнести и **неназначение реабилитационного курса после длительной экспозиции внутриматочного контрацептива**, а также нерациональное использование последнего. Без коррекции дисбиоза внутриматочный контрацептив повышает риск инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов в 3–9 раз, особенно если находится в матке более 5 лет.

Повышает вероятность хронизации инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов также **необоснованное противомикробное лечение несуществующих заболеваний**. Такое может происходить при неправильной трактовке лабораторных результатов (например, когда неоправданно используют качественную, а не количественную ПЦР и др.) и при самолечении **безрецептурными препаратами** с антимикробным действием.

Почему же мы зачастую лечим то, что лечить не следует, и наоборот? Ответ банален: слишком доверяем анализам, коих вопреки здравому смыслу мы назначаем женщине огромное количество. Явно переоценена информативность качественной ПЦР — излюбленного исследования в женских консультациях. Этот недешёвый метод определяет инфекцию в любом титре, **даже если его концентрация меньше опасных значений**.

Для сравнения: диагностику урогенитальных инфекций методом качественной ПЦР в России выполняют в 6 раз чаще, чем в США, при том что, согласно Приказу Минздрава РФ №572н, методика не предназначена для выявления инфицированных и больных. Именно поэтому у нас расплодилось многочисленное так называемое «-озы»: микоплазмозы, уреаплазмозы, гарднереллёзы и др. **Это отечественное «изобретение» в МКБ-10 отсутствует**. Там нет ни одного «-оза», кроме кандидоза! Всё остальное называется «инфекция»: микоплазменная, гарднереллёзная и др. Если инфекция реализовалась и вызвала воспалительный процесс, то **лечить следует именно воспаление определённой этиологии, но сначала его подтвердив**, прежде всего бактериоскопически (лейкоцитоз свыше 50–60 в поле зрения и другие признаки воспаления или дисбиоза; см. следующий раздел). Если же это просто носительство, то его «лечить» не нужно: кислая среда и отсутствие патогенов делают ненужной «профилактическую» терапию даже при обнаружении таких потенциально опасных патогенов, как стрептококки группы В и *M. genitalium*. При выявлении последней с 2013 года венерологи рекомендуют обязательно назначать антибиотикотерапию! Однако... носи-

тельство *M. genitalium* вызывает воспалительный процесс только у 22% женщин, то есть остальным 78% мы напрасно извратим биоценоз. В США, вообще отказавшись с 2007 года от лабораторных исследований вагинальных выделений беременных в отсутствие клинических проявлений дисбиозов, не получили роста внутриутробных инфекций и послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний. Есть научные перспективы: **определены гены, ответственные за реализацию и персистенцию венерических и других воспалительных заболеваний**, становится понятным, почему не все женщины подвержены развитию гонореи, трихомонадного кольпита даже при введении им живых культур возбудителя.

Антибиотикотерапию, привычно назначаемую при обнаружении любых симбионтов, стали анализировать лишь недавно, задумавшись о неизбежных последствиях. Несмотря на значительные успехи современной фармакологии, уже сейчас ясно, что массовое и массивное назначение этих препаратов радикально перестроило вагинальный биотоп: **на смену микроорганизмам, чувствительным к антибактериальным препаратам, пришли мутировавшие штаммы с новыми агрессивными свойствами.**

Антибиотики сыграли с врачами злую шутку, став катализатором в эволюции антибиотикорезистентных форм микроорганизмов. Борьба с такими «мутантами» требует новых антибактериальных препаратов — и так до бесконечности. Но «бесконечность» окончилась быстрым финишем: весной 2014 года ВОЗ объявила о **конце антибиотиковой эры** — самые современные антибиотики будут действовать хуже и хуже, а против ряда возбудителей сегодня уже нет ни одного эффективного препарата

Порочные последствия тактики «больше анализов → больше лечения → извращение естественного биоценоза» **глобальны**. В соответствии с заключением саммита глав «Большой восьмёрки» (сателлитный симпозиум министров здравоохранения, Санкт-Петербург, май 2007 года) правительства стран выделили \$2 млрд на создание вакцины против пневмонии. Тем самым путь создания новых антибиотиков для борьбы с пневмонией **признан ошибочным**: слишком часто врачи прибегают к антибактериальной терапии — как по показаниям, так и без них. Результатом бездумной тактики стала **абсолютная антибиотикорезистентность пневмококков**. По сути, это было сигналом о приближении конца эры антибиотиков. Причём **по частоте назначения дезинфектантов и антибактериальных средств без показаний акушеры-гинекологи, безусловно, лидируют** среди врачей других специальностей.

Между тем усиленная «санация» влагалища не только основана на результатах **неинформативных анализов** (качественная ПЦР и бактериологическое исследование без количественных характеристик), но и приходится на бывшие I–II степени чистоты влагалища («нормоценоз» в новой классифи-

кации). Дисбиоза и воспаления нет, а носительство, как правило, не требует лечения. Мы же лечим... Знать бы что...

Агрессивная химическая атака по результатам абсолютно ненужных анализов, нацеленная на достижение стерильности влагалища, спровоцирована устаревшими воззрениями на биоценоз, **неверными представлениями о количественном и качественном составе вагинальной микробиоты**. Четверть века прошло с тех пор, как пала доктрина о том, что нормобиоценоз влагалища монополюсно представляют лактобактерии (палочки Додерлейна). В наши дни взгляды на микрoэкологию половых органов совершенно иные.

Биоценоз половых путей — где пролегают границы нормы?

Хотя доминирование лактобацилл в вагинальном микробиоценозе бесспорно, европейские сообщества акушеров-гинекологов провозгласили **допустимость бактериального разнообразия**: у каждой второй здоровой женщины репродуктивного возраста в микробиоте влагалища можно выделить гарднереллы, у каждой четвертой — кишечную палочку, у каждой пятой — микоплазмы (рис. 4-1). Присутствие нетипичных для вагинальной микробиоты бифидобактерий возможно **и без формирования вагинитов и вагинозов**. Если нет клинических симптомов кандидоза и бактериоскопически подтвержденного гноетечения, то допустимо присутствие *Candida*. Возможно присутствие клостридий, коринебактерий, энтерококков, мобилункуса, пептострептококков, превотелл и кишечной палочки — если клинические признаки воспаления отсутствуют, число колониеобразующих единиц (КОЕ) этих возбудителей **не превышает 10^5 в 1 мл**, а аналогичный показатель лактобактерий составляет более 10^7 КОЕ/мл. Такую женщину считают здоровой и никакого лечения не назначают.

Количественные исследования микробиоты влагалища показывают, что общее число бактерий в нормальной вагинальной экосистеме **не превышает 10^5 – 10^6 КОЕ/мл** выделений, тогда как при бактериальном вагинозе оно возрастает до 10^9 – 10^{11} КОЕ/мл, а при вагинитах — до 10^{12} – 10^{14} КОЕ/мл.

Влагалищный микробиоценоз современных женщин радикально отличается от того, о котором было написано в учебниках 15–20-летней давности. Причиной перемены стало **изменение образа жизни**. Нефизиологичная мода, нарушения формирования скелета («джинсовый таз»), колготки вместо чулок, средства менструальной гигиены (тампоны, прокладки, особенно ежедневные) снизили аэрацию, и **доля анаэробного компонента в микробных ассоциациях возросла**. Однако к этому изменению нужно относиться

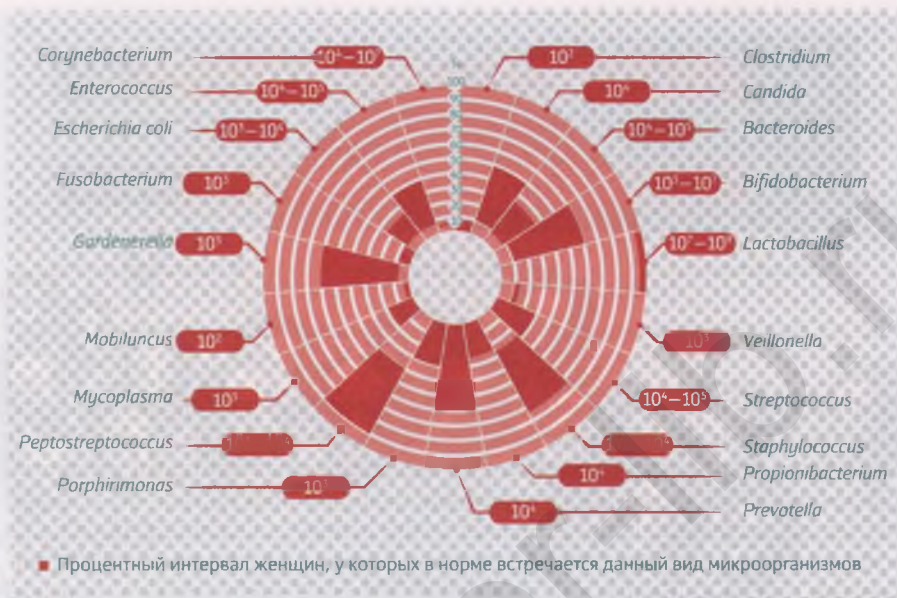


Рис. 4-1. Частота выделения микроорганизмов из влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста, %.

как к свершившемуся факту и ни в коем случае не пытаюсь добиться полной стерильности влагалища. Это невозможно в принципе!

Природа мудра и защитила репродуктивную систему женщины от большинства микробных (вирусных и бактериальных) инвазий. Однако возможно ли защититься от агрессивной ятрогенной санации?

Основной фактор **неспецифической защиты вагинального биотопа** от патогенов — лактобактерии. Их защитные свойства связаны с расщеплением гликогена влагалищного эпителия, вследствие чего среда закисляется, происходит синтез перекиси водорода и лизоцима, усиливается адгезия лактобактерий к эпителиоцитам влагалища.

Мощное препятствие для инфицирования внутренних половых органов — молочная кислота, **универсальный антисептик**. Благодаря достаточному количеству эстрогенов и правильному соотношению «эстрогены–прогестерон*» концентрация гликогена во влагалищном секрете постоянна.

* Показательны примеры наших прабабушек, длительный отдых яичникам которых обеспечивался за счёт наличия 25–50 менструаций за всю жизнь: вследствие многократных беременностей и длительного — до 2 лет — кормления грудью.



Рис. 4-2. Иммунореактивность организма в периоперационном периоде, %.

При расщеплении гликогена молочнокислыми бактериями до молочной кислоты и перекиси водорода гибнут до 90% инфектов.

Секреторный **иммуноглобулин А**, продуцируемый клетками слизистой оболочки шейки матки и влагалища как ответ на присутствие во влагалище тех же лактобацилл, представляет собой основу локальной гуморальной иммунной защиты. Этот **второй мощный барьер задерживает до 70% инфектов** (рис. 4-2). Вопреки навязанному рекламой мифу «сухость промежности» при использовании ежедневных прокладок — **вовсе не показатель благополучия**, а предвестник дисбиотических изменений вследствие недостаточного синтеза иммуноглобулина А бартолиновыми железами.

В секретах слизистых оболочек половых органов повышена активность лизоцима и компонентов комплемента, которые наряду с секреторным иммуноглобулином А способствуют бактериолизу и противостоят цитоадгезии патогенных микроорганизмов. Уровень **секреторной резистентности** половых органов зависит от интенсивности антигенного раздражения слизистых оболочек, в том числе ацидофильными бактериями.

Содержание лактобактерий может быть снижено по следующим причинам:

- из-за эндогенных нарушений (гипоэстрогения со снижением количества гликогена);
- при заселении влагалища более агрессивными патогенными бактериями;
- при ятрогении (извращение биоценоза необоснованной фармакотерапией без клинических симптомов вагинита или бактериального вагиноза).

«Лечение анализов»

В продолжение рассуждений об агрессивной санации влагалища уместно вспомнить меткое замечание проф. И.Б. Манухина, более 10 лет назад по-



сетовавшего, что «...мы лечим не женщину, а анализы». Невзирая на понятия «нормы» и «носительства», без каких-либо жалоб со стороны пациентки врачи упорствуют, назначая почём зря дезинфектанты и антибиотики. Особенно «грешат» этим врачи коммерческих медицинских учреждений.

Легкомыслием можно считать и необоснованное назначение антибиотиков для лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Зачастую **это происходит при гипердиагностике этих состояний** — чаще всего хронические тазовые боли бывают симптомами других расстройств: эндометриоза тазовой брюшины, тазового ганглионеврита, спаечной болезни, диспареунии, синдрома Аллена–Мастерса, варикозного расширения вен тазовых органов. Однако без должного обследования все эти ситуации часто трактуют как воспалительный процесс в малом тазу. Следствием изолированного назначения антибиотиков (**что само по себе противоречит аутоиммунной доминанте патогенеза хронических ВЗОМТ**) становится извращение биоценоза.

В целом **при длительно текущих, рецидивирующих хронических ВЗОМТ** у 79% пациенток микробиоценоз влагалища в разной степени нарушен. Причины — повышение pH, отсутствие или недостаточное количество кислотопродуцирующих лактобактерий.

К акушерской агрессии в такой ситуации можно причислить не только неуместную санацию, но и **отсутствие прегравидарной коррекции при подтверждённом дефиците лактобактерий**. В таком случае, особенно у женщин с хроническими ВЗОМТ или с гинекологическими оперативными вмешательствами в анамнезе, **беременность имеет высокий риск акушерских и перинатальных осложнений**.

Утрата естественных биологических барьеров и нарушение иммунного равновесия **чётко взаимосвязаны** (диссертационные исследования аспирантов кафедры: Арушанян А.Р., 2008; Гаджимурадова Д.Г., 2008): об этом свидетельствует патологическая **иммунореактивность** (см. рис. 4-2), определяемая по снижению концентрации эмбриотропных аутоантител у большинства женщин после любых внутриматочных и полостных вмешательств (68,5%), а также при хронических воспалительных заболеваниях половых органов (51%)*.

При хронических ВЗОМТ гипореактивное состояние иммунной системы часто наблюдают на **фоне вегетирования ассоциаций условно-патогенных бактерий**; гиперреактивное — параллельно с вирусными инфекциями половых органов.

Значительный дефицит секреторного иммуноглобулина А, а также недостаток сывороточных иммуноглобулинов (табл. 4-2) после антибактериаль-

* ELI-P-тест (ELISA-detected probability of pathology in pregnancy) характеризует иммунитет по специфическим эмбриотропным аутоантителам. Мы выделяем три состояния: нормо-, гипо- и гиперреактивность.



ПАТОГЕНЫ

БИОСУРФАКТАНТЫ

БЛОКИРУЮТ РЕЦЕПТОРЫ ПАТОГЕНОВ.
ТЕМ САМЫМ ПРЕПЯТСТВУЯ ИХ АДГЕЗИИ

БАКТЕРИЦИНЫ

ОКАЗЫВАЮТ
АНТИБИОТИКОПОДОБНОЕ
ДЕЙСТВИЕ

МОЛОЧНАЯ КИСЛОТА

СОЗДАЁТ КИСЛУЮ СРЕДУ,
ПРИВОДИТ К ОСМОТИЧЕСКОМУ
«ВЗРЫВУ» ПАТОГЕНА

H_2O_2

РАЗРУШАЕТ ЛИПИДЫ
КЛЕТОЧНОЙ СТЕНКИ
ПАТОГЕНОВ

ЛЕКТИНЫ

СПОСОБСТВУЮТ АДГЕЗИИ
ЛАКТОБАКТЕРИЙ,
КОНКУРЕНТНО ИСКЛЮЧАЯ
ПАТОГЕНЫ

ПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА ВАГИНАЛЬНЫХ ЛАКТОБАКТЕРИЙ

Таблица 4-2. Содержание иммуноглобулинов различных классов в цервикальной слизи обследуемых женщин, М±m

Группы	n	Иммуноглобулины, г/л			
		IgM	IgG	IgA	sIgA
До лечения	81	0,21±0,06	1,95±0,23	0,2±0,07	0,25±0,1
Лечение с антибиотиками	27	0,15±0,06	0,72±0,27*	0,59±0,09*	0,56±0,1*
Лечение без антибиотиков	54	0,15±0,07	1,2±0,2*	0,38±0,08	0,28±0,08

* p<0,05 (достоверность различий до и после лечения).

ной терапии — это тоже разрушительные последствия, **требующие коррекции вагинального микробиоценоза**. Восстановление зубиоза необходимо каждой такой пациентке — в отличие от женщин, получающих лечение без антибиотиков.

Проведённые нами исследования подтвердили, что **срыв локальных механизмов защиты и активация аутоиммунных процессов служат основой различных нарушений** биоценоза половых органов. Устранить эти неблагоприятные изменения без полноценной иммунокоррекции невозможно.

И уж если нет возможности изменить результативность антибиотикотерапии в лечении хронического сепсиса, то необходимо изыскать иной путь решения поставленной задачи — сделать упор на применение препаратов, например клинически исследованного сотрудниками нашей кафедры «Полиоксидония». Иммуномодулирующий эффект **азоксимера бромид**, входящего в препарат, обусловлен его способностью воздействовать на факторы естественной резистентности: моноциты/макрофаги, нейтрофилы и естественные киллеры, а также на факторы приобретённого иммунитета (гуморального и клеточного). Азоксимера бромид, взаимодействуя с внешней мембраной иммуноцитов, **формирует на их поверхности сигнал в виде входящих токов ионов кальция**. Нейтрофилы мигрируют в очаг воспаления, «побуждая» фагоциты к захвату патогенов. Взаимодействие действующего лекарственного вещества с мононуклеарами и естественными киллерами индуцирует синтез моноцитами цитокинов (ФНО-α и ИЛ-1β), усиливая цитотоксичность естественных киллеров. **Активация гуморального иммунитета** проявляется в выработке антител и усилении антигеннеспецифических свойств Т-киллеров.

Тем не менее, даже если в ближайшее время удастся разработать какую-либо действенную схему лечения хронииосепсиса, отвечающую всем требованиям, всё-таки лучше избежать самого возникновения этого грозного состояния.

Зачем вообще нарушать работу механизма, отлаженного самой природой? Безграмотное, грубое, а главное — **ненужное вмешательство может стать причиной возникновения или активации инфекционного процесса**, что непременно найдёт своё отражение в исходах беременности.

Дородовое назначение антибиотиков пациенткам не имеет доказанной эффективности: возможна **реколонизация при половой жизни**, кроме того, **резервуаром инфекции остаётся кишечник**, и вагинальный биотоп 70% пролеченных женщин ко времени родов оказывается повторно заселён β -гемолитическим стрептококком. А поскольку доказательной базы дородовое лечение не получило, **суть остаётся прежней** — для эффективной борьбы с β -гемолитическим стрептококком тоже необходимо восстановление нормобиоценоза.

Необоснованное лечение дезинфектантами и мощными антибиотиками назначают **почти всем женщинам (90%)**, обследованным на урогенитальную инфекцию методом качественной ПЦР. Неуместные попытки элиминировать обитателей нормального влагалищного биотопа наравне с широким применением дезинфектантов и антибиотиков активируют условно-патогенную микробиоту. Преодолев нестойкие (в условиях вторичного физиологического гестационного иммунодефицита) биологические барьеры, эти **возбудители повышают риск акушерских и перинатальных осложнений**.

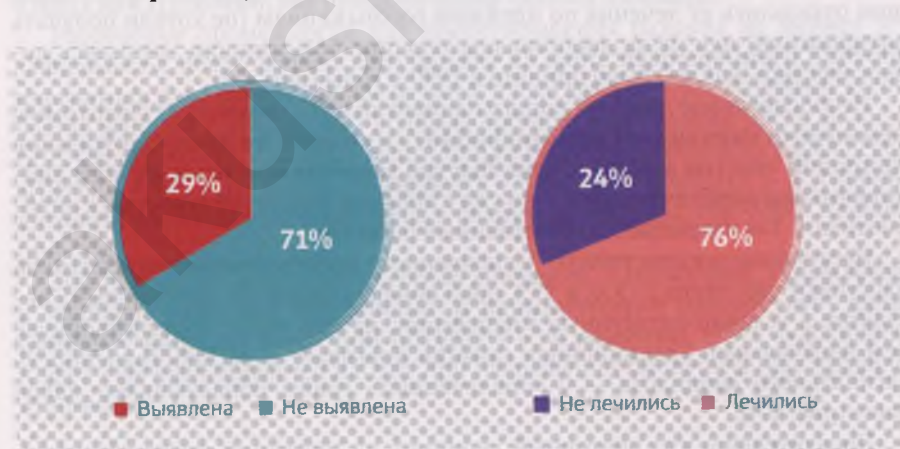


Рис. 4-3. Выявление урогенитальной инфекции в I триместре беременности у 440 женщин.

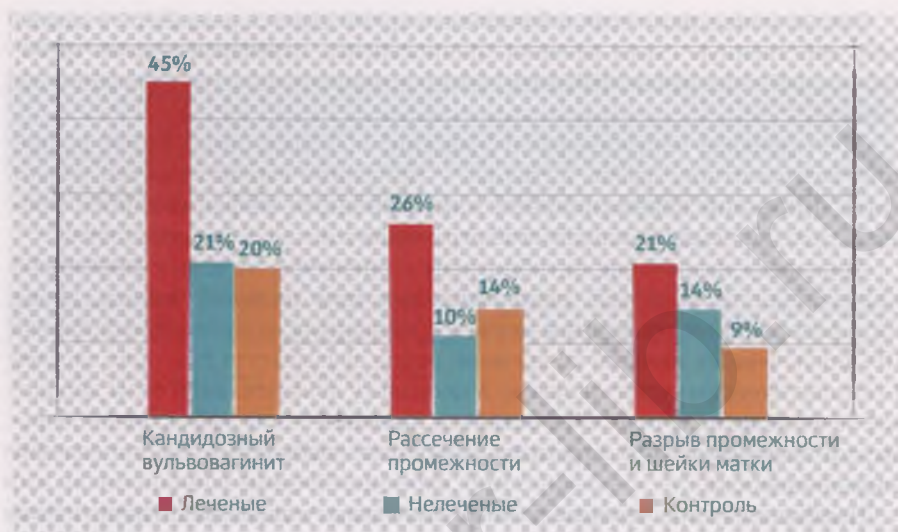


Рис. 4-4. Осложнения беременности и родов.

В бессмысленности и небезопасности такого «лечения» убеждают сведения по одной женской консультации. Из 440 беременных у **29% в I триместре** некорректным способом, обсуждавшимся выше, была диагностирована та или иная «урогенитальная инфекция» (Сакварелидзе Н.Ю., 2004). 24% женщин отказались от лечения по идейным соображениям (не хотели получать антибиотики) или из-за дороговизны терапии. 76% женщин «лечились добросовестно», как это было принято в 1990-е годы (рис. 4-3).

Необоснованное лечение, когда у пациентки нет клинических симптомов, **неминуемо уничтожает всю микробиоту и создаёт не предусмотренное природой «пустое место», очень быстро занимаемое теми же или аналогичными возбудителями** — но уже с повышенной устойчивостью к антибиотикам. Так извращается естественный биоценоз.

Негативные последствия от беспочвенного использования антисептиков наступают уже через 2–3 ч: в 95% проб обнаруживают не «стерильный» результат, а условно-патогенную микрофлору, на 50% более болезнетворную, чем изначальная. Традиционная санация повышает и распространённость вагинального кандидоза — у «пролеченных» грибы обнаруживают вдвое чаще (рис. 4-4).

Поразительно, что повторный скрининг на инфекции после так называемой «санации» проводят лишь у 4% пациенток. **Получается, 96% «про-**

леченных» женщин не проходят контрольное обследование, следовательно, никакой нормоценоз влагалища им не восстанавливают. Хотя парадоксально: полезность такого логически «правильного» исследования («надо же узнать результат лечения!») доказательной базы также не имеет! Доказана только ненужность «сомнений» в отсутствие убедительных клинических и лабораторных признаков дисбиоза!

Недоучёт состояния промежности

Представления о взаимосвязи разрывов промежности и шейки матки с крупной головкой плода и высокой промежностью роженицы во врачебной среде довольно устойчивы. Однако **на самом деле исход зависит именно от состояния тканей.** Выраженность и частота травм тазового дна коррелируют с нарушениями состава вагинальной микробиоты (Марилова Н.А., 2007).

У всех наиболее тяжело травмированных в родах женщин были диагностированы аномальные влагалищные биоценозы. Так, III и IV степень чистоты влагалища* перед первыми родами отмечали у 47,1 и 39,5% из этих пациенток соответственно, а у 15,9% по клиническим данным был диагностирован кандидоз. Меньшая частота разрывов в другой группе соответствовала небольшому проценту вагинитов (13,2%).

Вывод прост: нарушение биоценоза влагалища перед родами, реализовавшееся в бактериальный вагиноз и вагинит, **повышает риск травмы промежности:** разрывы происходят при III–IV степени чистоты влагалища, а при I или II степени, как правило, травм удаётся избежать.

Рассечение промежности для предотвращения разрыва не меняет эту зависимость: после акушерского разреза **на фоне извращённого биотопа влагалища** рана рвётся дальше разреза, плохо заживает. К сожалению, количество женщин с пролапсами половых органов, возникшими после акушерских вмешательств, с каждым годом только возрастает. Этот итог акушерской агрессии и без того можно обнаружить у 63% «разрезанных», а в условиях дисбиоза продление резаной раны в рваную происходит уже у 80% женщин (рис. 4-5).

Эта проблема заслуживает особого внимания: к сожалению, **стремление к «малым» разрезам при эпизио- и перинеотомии способствует дальнейшему надрыву раны при потугах у 63% рожениц.** И эта чудовищная цифра ещё увеличивается на 20% при извращении биоценоза (как правило, ятрогенном).

* В год исследования к нарушениям вагинального биоценоза использовали в практике именно такую классификацию.

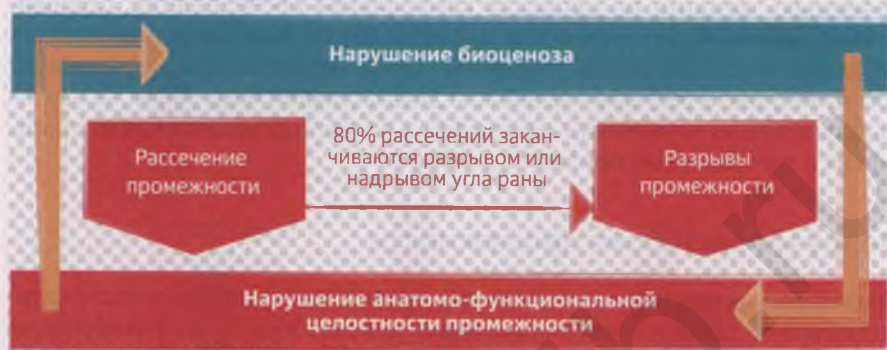


Рис. 4-5. Взаимосвязь между нарушениями вагинального биоценоза и травмами промежности в родах.

Рост числа пациенток с несостоятельностью тазового дна, приобретённой после акушерских вмешательств, в свою очередь **расширяет группу риска** по формированию дисбиоза половых органов. И здесь опять акушерская агрессия: не может ни один способ лечения без хирургической коррекции пролапсов восстановить нормобиоценоз. Чаще всего так всё и происходит.

Итоги агрессивной врачебной «деятельности»

Так чем же оборачивается стремление излечить «больную» от «любой инфекции» и добиться стерильности влагалища любой ценой?

«Порочный круг» при неправильном лечении антибиотиками носительства и бактериального вагиноза связан не только с повышением травматизма в родах, но и с **высокой вероятностью послеродовых инфекционных заболеваний** (рис. 4-6).

Риск послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений на фоне ятрогенных дисбиозов половых органов резко возрастает. Послеродовой эндометрит и субинволюцию матки как **завуалированную форму эндометрита в 2 и 1,5 раза чаще регистрируют после агрессивной антибиотикотерапии**. Напротив, у нелеченых пациенток частота послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний не превышает таковую в популяции (рис. 4-7).

Зачастую врачи пытаются добиться стерильности не только влагалища пациенток, но и всего роддома. Надо сказать, что по установлению Госсан-

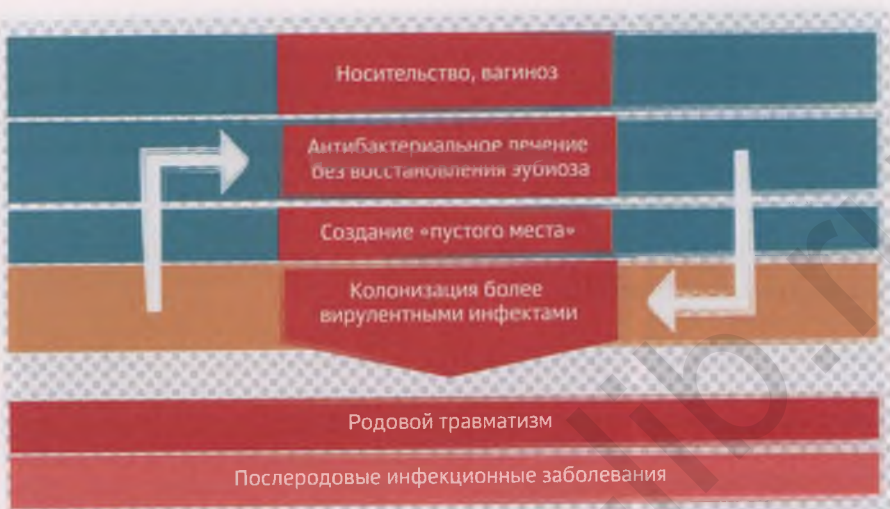


Рис. 4-6. «Порочный круг». Без восстановления зубиоза половых органов с вагинальными инфекциями не справиться!

эпиднадзора (2000) мы «имеем право» на госпитальную инфекцию. При этом главное условие эффективной борьбы с ней — знание возбудителей и тщательное наблюдение за ними. Ятрогенные же дисбиозы следует считать одной из главных управляемых причин материнской смертности от сепсиса.

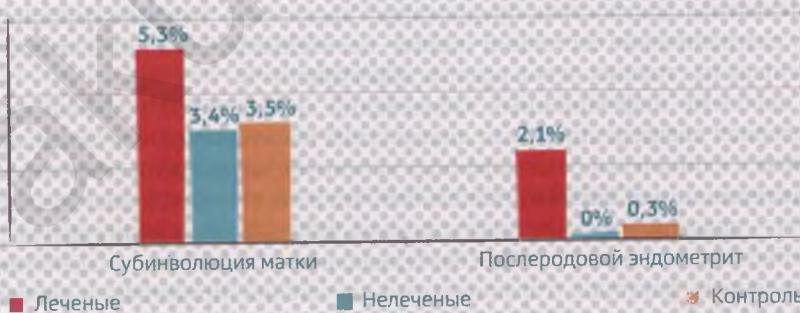


Рис. 4-7. Частота послеродовых осложнений, %.

Профилактика ятрогенных дисбиозов требует грамотного инфекционно-го скрининга и своевременного, адекватного выявленному возбудителю лечения, а затем формирования нормального биоценоза (с содержанием лактобактерий не менее 10^7 КОЕ/мл). Цель — при рождении **ребёнок должен контаминировать вагинальные лактобактерии, а не кишечную палочку и энтерококк!** Именно для этого создан СанПиН-2010.

Дифференциальная диагностика как основа правильного лечения

Серьёзная проблема — **дифференциальная диагностика** инфекционных заболеваний влагалища и дисбиотических состояний. Проблема поистине заставляет вспомнить строителей Вавилонской башни, которые однажды разучились понимать друг друга: **современные представления соседствуют с устаревшими**, доказанное — с необоснованным. Множественные проявления акушерской агрессии вызваны тем, что врачи вынуждены самостоятельно выбирать тактику в этом хаосе «многоязычия» (рис. 4-8).

Во многом путаница проистекает из навязчивой рекламы, «дистрибуции» различных препаратов. Перед IV Съездом акушеров-гинекологов РФ в 2008 году оргкомитет принял решение не проводить симпозиумов с рекламой — особенно дезинфицирующих средств, — освещая только медицинские проблемы. Однако целых шесть «проблемных» симпозиумов включали рекламу тех или иных противомикробных препаратов. Из них — пять симпозиумов по вульвовагинальным инфекциям и только один (!) посвящённый кровотечениям, гестозу и сепсису. **Врачей убеждают в том, что назначение противомикробных средств необходимо почти всем! Это и есть агрессивная коммерциализация медицины.**

Адекватная диагностика предполагает адекватное лечение. Именно поэтому разграничение состояний «норма-носительство-дисбиоз-вагинит» — важнейшая из стоящих перед врачом задач (рис. 4-9).

В проблеме инфекционных заболеваний мочеполовой системы важна достоверная дифференциальная диагностика носительства, бактериального вагиноза и клинически реализованных вагинитов, цервицитов, циститов.

Бактериальный вагиноз (напомним, что в МКБ-10 такой диагноз отсутствует) — невоспалительное инфекционное заболевание, характеризующееся дисбиозом половых путей. При бактериальном вагинозе под воздействием определённых факторов (гормональные нарушения, применение антибиотиков, ослабление иммунной системы и др.) происходит резкое уменьшение числа лактобактерий, вплоть до их полного исчезновения.



Вульвовагинальный кандидоз.
Состояние проблемы, инновации в лечении

Вульвовагинальный кандидоз сегодня:
отсутствие решений

Вагинальные инфекции.
Современный взгляд на проблему

Бактериальный вагиноз: реальность и перспективы

Проблемы эпидемиологии вульвовагинального кандидоза

Рис. 4-8. «Вавилонская башня» — сложно сориентироваться в информации, агрессивно подаваемой дистрибьюторами.

По данным отечественных исследователей под руководством проф. А.С. Анкирской, частота бактериального вагиноза у беременных составляет 37–42,4%, а у небеременных – 57,6%.

Кроме того, авторы работы указывают на главные факторы риска вагинального нездоровья:

- дисбактериоз кишечника;
- острые и хронические инфекции:
 - половых органов;
 - пищеварительного тракта;
 - мочевыводящих путей;
- антибиотикотерапия и вторичный иммунодефицит;
- аллергические заболевания;
- стресс;
- неполноценное питание;
- постоянное воздействие малых доз радиации;
- загрязнённость окружающей среды.



Рис. 4-9. Градация инфекционного процесса. Лечить или не лечить?

Возможность передачи бактериального вагиноза половым путём сомнительна — в наблюдениях за супружескими парами и подростками, имеющими регулярные половые сношения, случаев заражения не было. Кроме того, **попытка лечения половых партнёров не уменьшает число рецидивов заболевания у женщин**, страдающих бактериальным вагинозом.

По мнению проф. А.М. Савичевой, все несуществующие, но любимые врачами диагнозы «гарднереллёз», «микоплазмоз», «уреаплазмоз» **не отражают этиологии заболевания, которое правильно считать вагинальным дисбиозом**, то есть нарушением биоценоза влагалища. Бактериальный вагиноз можно рассматривать как синдром с полимикробной этиологией. Чаще других и в высокой концентрации высевают *Prevotella melaninogenica* (39,5%), *Prevotella bivia* (20,5%), на втором месте — пептострептококки, особенно *Peptostreptococcus magnus* и *Peptostreptococcus productus*, достаточно часто обнаруживают *Micoplasma hominis* (60–75%), значительно реже *Propionibacterium spp.*, *Clostridium ramosum*, *Veillonella parvula* и *Fusobacterium spp.* Хотя при бактериальном вагинозе видовой диапазон микроорганизмов **не так обширен, как при вагините**, ассоциации возбудителей составляют до 96% случаев с суммарной концентрацией инфектов более 10^7 – 10^8 КОЕ/мл. Лактобациллы выделяют только у 21% пациенток с бактериальным вагинозом в концентрации, не превышающей 10^4 КОЕ/мл, и только в 28% проб с лактобациллами

эти микроорганизмы способны продуцировать перекись водорода (Байрамова Г.Р., 2013).

Диагностика бактериального вагиноза основана на следующих критериях (критерии Амселя):

- наличие жидких сероватых белей;
- повышение рН более 4,5–4,7;
- положительный аминный тест (появление или усиление «рыбного» запаха при смешивании влажалищного содержимого с 10% гидроокисью калия);
- наличие в мазках характерных ключевых клеток.

Для правомочности диагноза **достаточно наличия трёх из перечисленных критериев**. Аминотест положителен у 83,1% пациенток с вагинозом. Ключевые клетки представляют собой эпителиоциты с адгезированными на них грамтрицательными микроорганизмами (они лучше видны в мазках, окрашенных по Граму). Их обнаруживают у 94,2% пациенток с бактериальным вагинозом, а у здоровых женщин их нет. **Появление ключевых клеток связано с дистрофическими изменениями в слизистой оболочке влажалища**, повышенным слущиванием эпителия и усиленной адгезией грамтрицательных микроорганизмов к этим клеткам (Кира Е.Ф., 2013). Указанные клинические признаки впервые были описаны Амселем (Amstel R.) в 1983 году и до сих пор, несмотря на критические аспекты их диагностической значимости, играют роль диагностического стандарта при скрининге.

Вагинит — острое воспаление слизистой оболочки влажалища. Вытеснение одним условно-патогенным видом других членов микробного сообщества провоцирует развитие вагинита с выраженной местной лейкоцитарной реакцией и другими признаками воспаления (основное отличие от бактериального вагиноза). Современные вагиниты имеют особенности течения:

- снижение частоты первично острых заболеваний;
- стёртое начало и течение, затем тяжёлое обострение;
- восходящее распространение и генерализация процесса;
- полиэтиологичность (микст-инфекция).

Штаммы облигатных анаэробов при вагинитах в 2,6 раза разнообразнее, чем у здоровых женщин. Однако, в отличие от пациенток с бактериальным вагинозом и здоровых, при вагините выделяют в 1,8 раза больше аэробных, нежели анаэробных штаммов микроорганизмов.

Кандидозный вульвовагинит — одно из наиболее частых рецидивирующих заболеваний влажалища. Лечению поддаётся плохо из-за высокой изменчивости грибов рода *Candida* и устойчивости к большинству лекарственных средств уже спустя 5–7 лет их использования. При лечении кандидозных вульвовагинитов важно максимально обезопасить вагинальные лактобакте-

рии от агрессивного лекарственного воздействия. Такими свойствами обладает клинически исследованный сотрудниками нашей кафедры сертаконазол («Залаин») — зарегистрированный в России антимикотик, **не запрещённый в I триместре беременности**. Препарат имеет не только фунгистатическое, но и фунгицидное действие в отношении грибов (*C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. pseudotropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. neoformans*; *Torulopsis*, *Trichosporon* и *Malassezia*), дерматофитов (*Trichophyton*, *Microsporium* и *Epidermophyton*), других грибов-оппортунистов (*Scopulariopsis*, *Altermania*, *Acremonium*, *Aspergillus*, *Fusarium*), а также активен против грамположительных (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *L. monocytogenes*) и грамотрицательных (*Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis*, *Corynebacterium spp.*, *Bacteroides spp.*, *P. acnes*) микроорганизмов, в том числе против представителей рода *Trichomonas*.

Азоловый компонент в составе «Залаина» угнетает синтез важнейшего соединения в мембране дрожжевых грибов — эргостерола, тем самым увеличивая проницаемость клеточной мембраны, провоцируя лизис клетки и гибель микроорганизмов. Бензотиофен активен в отношении штаммов с перекрёстной резистентностью к азолам, а также обеспечивает способность сертаконазола активно проникать в кожу и её придатки.

В исследованиях было показано, что концентрация препарата сохраняется во влагалище в течение 7 дней, поэтому для полноценного курса лечения достаточно введения интравагинально одного суппозитория (300 мг сертаконазола), а при хроническом течении — введения **одной** повторной дозы через неделю для профилактики рецидивов. Это соответствует рекомендациям Центров по контролю за заболеваниями США (Centers for disease control and prevention, CDC) 2015 года о предпочтительности коротких схем лечения.

На прегравидарном этапе возможно назначение также производных имидазола, тоже исследованного нами в составе группы препаратов фентиконазола («Ломексин»). Результативность **сверхкоротких** курсов лечения флуконазолом либо фентиконазолом при остром кандидозном вульвовагините подтвердили итальянские специалисты, получив сопоставимую эффективность 77,5 и 80% соответственно.

В российскийском рандомизированном многоцентровом исследовании была подтверждена терапевтическая целесообразность **двух разных схем** использования «Ломексина»: пациенткам I группы назначали 1200 мг фентиконазола (по 600 мг интравагинально через 3 сут), пациенткам II группы — 600 мг однократно. Выздоровели 94% участниц, получивших 600 мг препарата дважды, и 88% женщин из группы однократного приёма препарата. Субъективное улучшение самочувствия отметили 97 и 85% пациенток.

Для фентиконазола характерен двойной механизм действия — он имеет фунгицидные и фунгистатические свойства. Более того, он способен проти-

востоять не только грибам, но также бактериям и простейшим (*Gardnerella vaginalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *Bacillus subtilis*, *Trichomonas vaginalis*); кроме того, он также проявляет противовоспалительные свойства, что позволяет рекомендовать его пациенткам с ассоциацией кандидозного вульвовагинита и бактериального вагиноза.

Эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Заболеванию способствуют незащитные разрывы шейки матки после родов, опущение половых органов, раздражение шейки матки химическими и/или механическими средствами (например, внутриматочным контрацептивом), хронические воспалительные процессы в матке, придатках, во влагалище. При слизисто-гнойном эндоцервиците отмечают гнойные или слизисто-гнойные выделения, заметные в цервикальном канале или на тампоне при эндоцервикальном исследовании (swab-тест). Истинная распространённость этого заболевания неизвестна, но наиболее часто оно встречается у молодых, сексуально активных женщин с низким социально-экономическим статусом (Никонов А.П., Асцатурова О.Р., 2003). Причиной слизисто-гнойного эндоцервицита у 60–70% пациенток оказываются возбудители, передаваемые половым путём: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*. Однако у 30–40% женщин при заболевании не удаётся выделить ни тот, ни другой патоген. У них в цервикальном канале обнаруживают *M. hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и другие бактерии, но поскольку все они — часть нормальной влагалищной микрофлоры, истинное этиологическое значение этих микроорганизмов не определено.

Критериями диагностики считают:

- гнойное отделяемое из цервикального канала (при swab-тесте);
- кровоточивость, отёк и эритему в области наружного зева;
- более 50 лейкоцитов в мазке из цервикального канала (окраска по Граму).

К сожалению, перечисленные критерии, особенно при стёртой клинической картине, недостаточно стандартизированы.

Рекомендуемая дифференциальная диагностика нормоценоза и дисбиотических состояний представлена в таблице 4-3.

Пути преодоления агрессивных врачебных действий

Итак, главные профилактические мероприятия для снижения риска инфекционно-воспалительных заболеваний у родильниц и новорождённых необходимо начинать **на прегравидарном этапе**:

- санация очагов хронической инфекции в организме женщины;
- периабортная санация (назначение антибиотиков должно быть обоснованным, а восстановление биоценоза половых органов — обязательным);
- лечение экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.

В период беременности (на этапе женской консультации) прежде всего следует соблюдать следующие этапы:

- выделение беременных, относящихся к группе высокого риска по инфекционным заболеваниям либо с клиническими симптомами, предполагающими лечебные мероприятия;
- восстановление эубиоза половых органов;
- лечение и профилактика анемии.

Таблица 4-3. Микроскопическая оценка биоценоза влагалища у беременных

Микробиоценоз	Микробиота влагалища	Признаки
Нормоценоз	Доминирование лактобактерий, отсутствие грамотрицательной микробиоты, спор, мицелия, псевдогифов, единичные лейкоциты, эпителиальные клетки	Типичное состояние нормального биотопа влагалища
Промежуточный тип (мезоценоз)	Умеренное или сниженное количество лактобактерий, наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек. Обнаруживают лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки	Наблюдают у здоровых женщин, редко отмечают субъективные жалобы и клинические проявления
Бактериальный вагиноз (дисбиоз влагалища)	Отсутствие или малое количество лактобацилл; массивное общее количество бактерий — бактероидов, мобилункуса, гарднерелл; выявление ключевых клеток среди эпителиальных клеток поверхностных слоёв; отсутствие или единичные лейкоциты в поле зрения; отсутствие или незавершённость фагоцитоза	Наблюдают у женщин без клинических признаков вагинита
Вагинит	Большое количество лейкоцитов, макрофагов, зернистая дистрофия эпителиальных клеток, «пестрота пейзажа», выраженный фагоцитоз, наличие условно-патогенной и патогенной микробиоты	Жалобы на бели, жжение, зуд

Лечить или не лечить?

Прекрасным примером дальнейших логичных действий может служить решение, принятое в США: чтобы прекратить «лечение анализов», а также вследствие «дороговизны и сверхинформативности» с 1 января 2007 года у беременных не проводят даже бактериоскопического (!) исследования выделений, **если у пациентки нет жалоб на патологические бели**. Рациональность подобного шага не вызывает сомнений, поскольку каждый «мазок» влечёт за собой попытку врача «что-то пролечить».

Актуальность проблемы «лечить или не лечить?» применительно к инфекционно-воспалительным заболеваниям половых органов подтверждает лавина судебных исков по поводу неадекватной антибиотикотерапии. Достаточно поинтересоваться сайтами и интернет-форумами, созданными для переписки между «продвинутыми пользователями», чтобы заметить, как часто речь идёт о вульвовагинальных инфекциях. Имеются абсурдные послания («не ходите в консультацию, там вас заразят», «рожайте дома — там чище, чем в роддоме»), но много и современных точных сведений, в том числе полученных из иностранных источников. К сожалению, оказывается, что беременные и просто интересующиеся темой женщины вникают в эти вопросы чаще, чем врачи. Вот почему необходимо сформировать иной, основанный на критериях доказанной эффективности подход.

По логике, первым этапом на пути к решению проблемы должна стать диагностика состояния вагинальной микробиоты. А начинать следует с определения pH влагалищного содержимого (рис. 4-10).

Показатель кислотности влагалища зависит прежде всего от жизнедеятельности вагинальной микробиоты и помогает отличить нормальных симбионтов от патогенных возбудителей. Эту особенность заметили ещё в 1980-е годы и стали использовать для диагностики вначале бактериального вагиноза, а затем и других заболеваний влагалища. Для pH-метрии можно использовать универсальную индикаторную бумагу с эталонной шкалой или

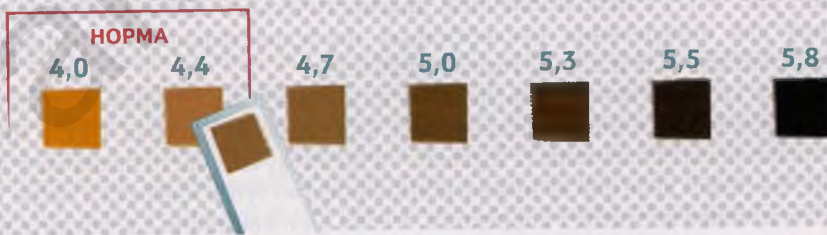


Рис. 4-10. Методика определения кислотности влагалищного отделяемого.

различные модификации рН-метров. Материал для исследования — либо вагинальное отделяемое, либо смыв содержимого влагалища стерильным физиологическим раствором с нейтральным значением рН. Чувствительность и специфичность теста составляют 89 и 85% соответственно. Изменение цвета теста сопоставляют с цветовой шкалой: чем темнее цвет тест-полоски, тем выше уровень рН.

Несмотря на очень высокую информативность рН-метрии, её выполняют весьма редко. Казалось бы, чего проще: тест-полоска (10 руб.) показала кислую рН в отсутствие жалоб — женщина здорова. Нет, не приживается. На конгрессе 2013 года мы с проф. Н.М. Подзолковой проводили симпозиум под названием «Почему врачи не определяют рН содержимого влагалища?». В итоге 270 участников пришли к заключению: мы, как и говорил классик, «ленивы и нелюбопытны». Для борьбы с этим «пофигизмом» проф. С.Н. Занько (Беларусь) изобрёл зеркало с встроенным тестером. Тут уж надо быть совсем... малообразованным, чтобы не оценить кислотность влагалищного содержимого. Надеемся, что скоро такие зеркала станут основными в женских консультациях.

В дополнение к полученным результатам проводят бактериоскопию и пациенткам (за исключением женщин с III–IV степенью чистоты влагалища) никаких ПЦР-исследований не назначают.

Качественная ПЦР информативна только для четырёх инфектов, которых никогда не должно быть во влагалище: бледной трепонемы, гонококка, хламидии, трихомонады. Однако этот метод не заменяет бактериологического исследования и иммунных тестов. Более того, для обнаружения трепонемы ПЦР не нужна, поскольку во время беременности запланирована серия серологических исследований на сифилис, а определение гонококка и хламидий методом ПЦР даёт информацию, требующую серологического подтверждения. Таким образом, качественную ПЦР нельзя считать основанием ни для подачи экстренного извещения в органы санэпиднадзора, ни для начала антибактериальной терапии.

При воспалительных изменениях в мазке поиск инфекта проводят методом **количественной ПЦР** (соотношение колоний возбудителя и лактобактерий; рис. 4-11) с использованием диагностического мультипраймерного набора для определения нуклеотидных последовательностей, например *Lactobacillus spp.* (558 н.п.) и *G. vaginalis* (820 н.п.).

Только количественное определение возбудителей в содержимом влагалища отражает истинное положение дел. Как видно из рисунка 4-11, в многих пробах была обнаружена *G. vaginalis* — в таких случаях часто назначают лечение. На самом деле оно не нужно, ибо количество этого инфекта в титре 10^5 КОЕ/мл и менее не требует коррекции. А если одновременно с возбудителем обнаруживают и *Lactobacillus spp.* в титре 10^7 КОЕ/мл и выше, то будет оправ-

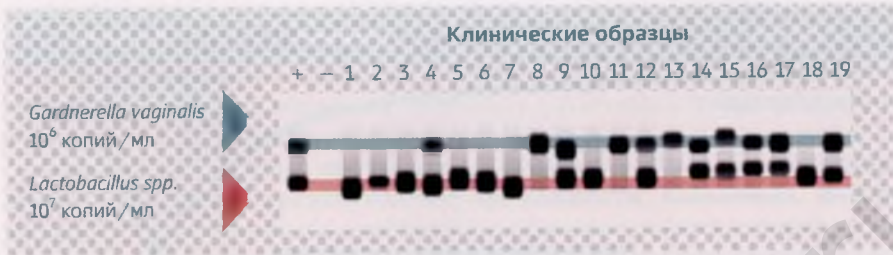


Рис. 4-11. Диагностический мультипраймерный набор для определения нуклеотидных последовательностей *Lactobacillus spp.* (558 н.п.) и *G. vaginalis* (820 н.п.).

дано заключение о нормобиоценозе влагалища. Если клинических и бактериологических симптомов дисбиоза нет, обследование можно прекратить.

В первую очередь лечение нужно женщинам с образцами №8, 11 и 13: здесь гарднерелл 10⁶ КОЕ/мл и более, а лактобактерий меньше, чем 10⁷ КОЕ/мл. При недостатке лактобактерий доминирование гарднерелл уже обоснованно требует лечебных мероприятий.

Присутствие достаточного количества лактобацилл (более 10⁷ КОЕ/мл) и содержание любых выявленных инфектов менее 10⁵ КОЕ/мл указывает на **нормобиоценоз**. Необходимости в дополнительных анализах и назначениях нет. Врачебные действия следует соотносить не только с результатами обоснованно назначенных анализов, но и с жалобами пациентки.

При сомнениях «лечить или не лечить» мы рекомендуем придерживаться следующей врачебной тактики: если количество возбудителей (*Escherichia coli*, *St. epidermidis*, *St. aureus*, *E. faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*) не превышает 10⁵ КОЕ/мл, а содержание лактобактерий составляет более 10⁷ в отсутствие клинических симптомов воспаления, то женщину считают здоровой и лечения не назначают (рис. 4-12). Логичнее заняться восстановлением вагинального биоценоза.

Как и чем лечить?

Надёжная профилактика восходящей инфекции половых органов может быть гарантирована при тактике, основанной на восстановлении нормобиоценоза влагалища (санации) с обязательным доказанным ростом титра лактобактерий в вагинальном содержимом (должно быть не менее 10⁷ КОЕ/мл).

Коррекция вагинальной микробиоты в преградиварный период немислима без устранения дефицита гликогена (питательной среды для лактобактерий) и восстановления двухфазного менструального цикла.

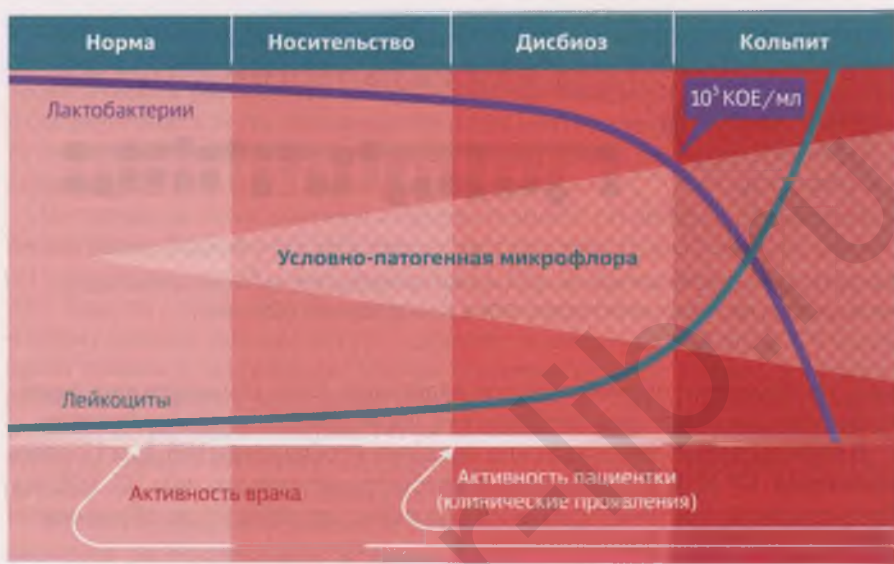


Рис. 4-12. Этапы нарушения биоценоза половых органов и их критерии (активность врача не должна превышать активность пациентки).

Для достижения нормобиоценоза необходимы **комплексные меры**.

- Восстановление анатомо-функциональной полноценности промежности.
- Ликвидация запоров путём назначения щадящих слабительных (препараты лактулозы позволяют достичь трехкратного прироста лактобактерий).
- Диета: квашенные овощи, йогурт, биокефир.
- Эубиотики.
- Нормализация pH путём назначения любых разрешённых препаратов с молочной или аскорбиновой кислотой.
- Комбинированные эстроген-гестагенные препараты (например, «Мидиана», «Линдинет», «Димиа», «Джес во флекс-картридже», «Белара», «Джес», «Модэлль Пьюр», «Модэлль Про», «Модэлль Тренд»).
- Обязательное назначение препаратов, содержащих фолиевую кислоту в комбинации с метафолином («Фемибион»), йодом («Йодилайф»), витамином В₁₂ («Фолибер») или в составе мультивитаминов («Элевит Пронаталь»).
- Формирование второй фазы менструального цикла путём назначения прогестинов (микронизированного прогестерона, например «Утрожестана», или дидрогестерона).

Опубликованы данные о положительном влиянии прогестерона на местный иммунитет: по данным исследователей, вагинальное введение прогестерона («Утрожестан») увеличивает количество клеток Лангерганса в эпителии влагалища, что повышает защиту от патогенных микроорганизмов и способствует профилактике вагинальных инфекций.

Очень важное условие коррекции любых форм дисбиоза — **восстановление нормальной архитектоники промежности, влагалища, шейки матки**. То есть после родов необходимо устранение зияния половой щели. К сожалению, пациентки (да и врачи) относятся к этому вопросу крайне легкомысленно. Обе стороны свыклись с неправильной мыслью о том, что после родов половая щель может «зиять», «быть приоткрытой» и вообще существенно отличаться от того, что было до родов.

Современная репродуктология с этим категорически не согласна, ибо зияние половой щели — основная причина дисбиозов. Истекает вагинальная жидкость, содержащая молочную кислоту, перекись водорода, лизоцим, секреторные иммуноглобулины и другие биологические субстраты, обеспечивающие стабильность вагинальной микробиоты (рис. 4-13). **Без восстановления полноценности тазового дна и промежности невозможно излечить женщину от любых дисбиотических состояний.**

Коррекция эстрогендефицитных состояний обеспечивает наличие гликогена в клетках эпителия влагалища. При расщеплении гликогена лактобациллами до молочной кислоты и перекиси водорода гибнут до 90% патогенных возбудителей.

С этих позиций обосновано назначение не только современных эстроген-гестагенных КОК («Димиа», «Линдинет», «Джес во флекс-картридже», «Мидиана», «Модэлль Про», «Модэлль Пьюр», «Модэлль Тренд», «Белара», «Джес»), но и фитозэстрогенов (из сои, цимицифути и красного клевера).

Помимо лечения эстрогендефицитных состояний, следует позаботиться о **полноценности второй фазы менструального цикла**, при необходимости назначив прогестинные препараты. Начало прогестеронотерапии на ранних сроках беременности позволяет обеспечить иммуномодулирующее влияние на эндометрий и систему «мать-плод». В этой ситуации прогестины ингибируют опосредованную Т-лимфоцитами реакцию отторжения плода, что подтверждено во многих работах (Сидельникова В.М., 2002; Запертова Е.Ю., 2005; Rhee S.J., Tan K.H., 2015).

Новое, достаточно эффективное средство для восстановления пула лактобактерий — препарат аскорбиновой кислоты для интравагинального использования, **корректирующий кислотность среды во влагалище**. Нормальный показатель pH в этом случае составляет 4,0–4,5. Как было сказано выше, лакмусовый тест очень прост и информативен: если кислотность не изменена,

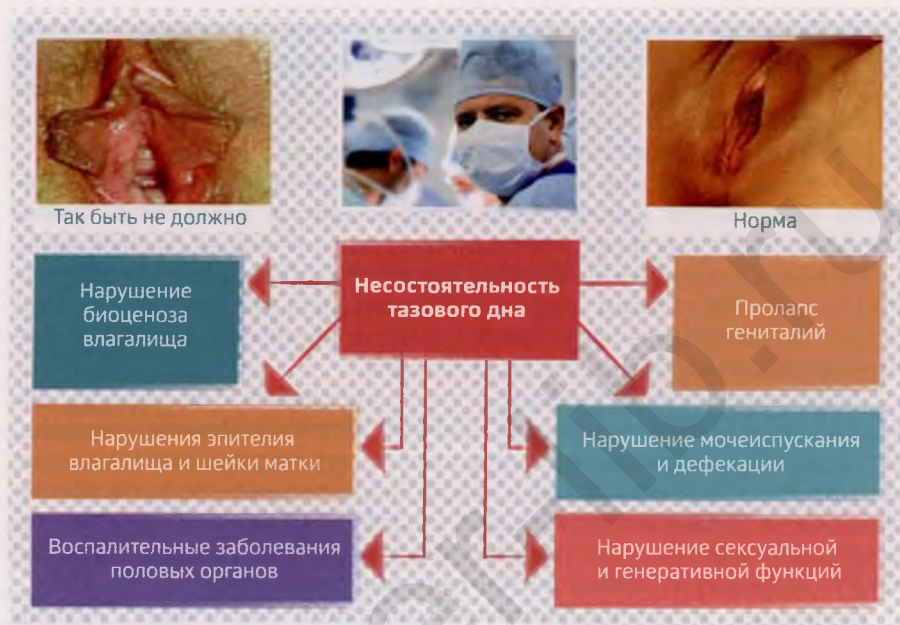


Рис. 4-13. Последствия несостоятельности тазового дна.

то коррекции вагинального биоценоза уже не нужно — во влагалище всё в порядке*!

Искусственное закисление среды с использованием молочной или аскорбиновой кислоты подавляет рост условно-патогенных возбудителей и одновременно помогает в течение нескольких дней восстановить собственную микробиоту влагалища. Таким образом, при снижении pH влагалища наступает заметное улучшение: подавление размножения анаэробных бактерий и восстановление нормобиоценоза.

Ещё один способ лечения вагинальных инфекций — применение медицинских средств, имеющих сразу **несколько точек приложения**, например «Тержинана» — комбинированного препарата для местного применения, который российские акушеры-гинекологи используют в практике более 15 лет. В его состав входят неомицин (антибиотик широкого спектра действия, активный в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорга-

* В России появились очень остроумные немецкие перчатки с тест-полоской на указательном пальце. К концу гинекологического осмотра pH уже известна. Но... дорого. Пока не подешевеет, проще пользоваться обычными лакмусовыми тестами и описанными выше (на перспективу) зеркалами с встроенным тестером.

низмов) и тернидазол (с противопротозойным и антианаэробным действием), а также нистатин (противогрибковый препарат, в том числе активный против кандид *non albicans*). Кроме того, наличие в составе микродозы преднизолона, обладающего противовоспалительным и десенсибилизирующим эффектами, незаменимо при лечении неспецифического вагинита с аллергическим компонентом (злоупотребление спринцеваниями, использование прокладок и изделий из латекса и др.). Многочисленные исследования показали, что эффект от применения «Тержинана» наступает уже на 2-е сутки после начала терапии (около 74% пациенток).

Таким образом, препарат можно использовать при лечении бактериального вагиноза, бактериального вагинита и вульвовагинального кандидоза. Он **воздействует на избыточно размножающиеся патогены** и при этом не влияет на нормальную лактофлору, а также поддерживает физиологические значения pH влагалищного содержимого и помогает восстановить естественную микробиоту женских половых путей. «Тержинан» можно применять во II–III триместрах беременности.

Лечение хламидийной и микоплазменной инфекций во время беременности представляет большую проблему в связи с крайне ограниченным перечнем антимикробных средств, применение которых возможно у этой группы пациенток. К антибиотикам, разрешённым для лечения хламидийной инфекции у беременных и новорождённых, относят макролиды, в первую очередь джозамицин.

После микробиологической коррекции, направленной на восстановление нормальной микробиоты влагалища, то есть на достижение её выраженной кислотофильной ориентации, следует **второй этап терапии — применение биопрепаратов.**

Прегравидарная подготовка не только обязательно должна включать адекватную коррекцию нарушений вагинального биоценоза, но и предусматривать лечение **хронических ВЗОМТ**, вплоть до достижения ремиссии.

К лечению хронических воспалительных заболеваний половых органов необходим дифференцированный подход. Доказано, что главная причина заболеваний, связанных с нарушением нормального микробного пейзажа слизистых оболочек, состоит в неблагоприятии иммунобиологического гомеостаза. Во-первых, **нарушение нормоценоза** подавляет местные иммунные реакции, а во-вторых, **снижение иммунобиологической защиты** формирует условия для реализации патогенного потенциала комменсалов, усугубляя общую иммунологическую несостоятельность.

При выборе метода лечения хронических воспалительных заболеваний необходимо ориентироваться на качественный и количественный состав микробиоты мочеполовой системы.

Антибактериальную терапию следует назначать строго по показаниям. В стадии ремиссии использовать антибиотики нельзя! При обострении эти препараты подключают лишь с учётом чувствительности штамма микробного возбудителя. Дополнительно можно применять фитоантибиотики или фитоиммунокорректоры.

Необходима рациональная гормональная контрацепция, обеспечивающая реабилитацию в течение 3–6 мес. При лечении хронического эндометрита второй этап терапии направлен на восстановление морфофункциональных характеристик тканей и устранение вторичных повреждений.

Таким образом, пациенткам с хроническими ВЗОМТ необходима патогенетически обоснованная антибактериальная терапия с определением чувствительности **этиологически значимых возбудителей**, применением иммуноактивных средств (например, исследованный на клинических базах кафедры «Полиоксидоний») и восстановлением зубиоза половых органов. Индивидуальный подход позволяет добиться излечения более чем 90% больных. Биоценоз половых органов восстанавливается у 97% пациенток, более года без рецидивов живут 84% женщин, нормализацию репродуктивной функции отмечают у 44%, наступление планируемой беременности — у 34,4%.

Клиническое течение послеоперационного периода в гинекологической практике напрямую зависит от состояния иммунитета, что диктует необходимость комплексного подхода к лечению с учётом иммунологических нарушений. «Полиоксидоний» показан для профилактики и лечения послеоперационных осложнений благодаря его свойству корректировать иммунные нарушения и активировать неспецифическую противомикробную защиту (клетки макрофагально-моноцитарной системы, нейтрофилы и естественные киллеры), усиливать синтез интерферонов и антител. За счёт детоксицирующих и антиоксидантных свойств препарат оказывает выраженное противовоспалительное действие, снижает интоксикацию, что особенно актуально при длительном и повторяющемся лечении антибиотиками и другими противомикробными средствами. Примечательно, что средство **можно назначать без обязательного исследования** иммунного статуса, в острой фазе воспалительного процесса, в фазе ремиссии и для профилактики заболеваний.

Коррекция биоценоза до беременности и на ранних сроках

Лечение бактериального вагинита или вагиноза, беспокоящего пациентку, в прегравидарный период и на ранних сроках гестации наиболее эффективно предупреждает осложнения во время беременности и родов. Принципиально важно после назначения антимикробных препаратов восстановить не только вагинальную микробиоту, но и эстроген-гестагенное равновесие (например,

лекарственными препаратами на основе молочной или аскорбиновой кислоты, а также с эстрогенами).

Вне беременности, во II и III триместрах для лечения аэробных (неспецифических), смешанных и грибковых вагинитов и цервиковагинитов может быть показан комбинированный препарат «Полижинакс» в виде вагинальных капсул с жидким содержимым. Широкий спектр действия препарата и выраженный антибактериальный эффект в отношении наиболее часто встречающихся возбудителей вагинальных инфекций обусловлен оптимальным сочетанием действующих веществ: неомицина сульфата, полимиксина В и нистатина. Препарат оказывает противовоспалительное действие, которое выражается в снижении уровня провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин-8 (ИЛ-8) и фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), и уменьшении симптомов вагинита с первых дней лечения (Радзинский В.Е. и др., 2016).

В отличие от местных препаратов, содержащих глюкокортикоиды, «Полижинакс» **не оказывает иммуносупрессивного действия** на местный иммунитет и способствует быстрому восстановлению лактофлоры и функциональной активности вагинального эпителия (Кира Е.Ф., Артымук Н.В., Гайтукиева Р.А., Муслимова С.З., 2010). В одном из последних исследований была продемонстрирована высокая эффективность препарата «Полижинакс» в лечении вагинальных инфекций, вызванных аэробной и смешанной микробиотой. Препарат, действуя избирательно на факультативно-анаэробные, аэробные бактерии и грибы *Candida albicans* и *Candida non albicans*, способствует элиминации возбудителей вагинита, сохраняет лактобактерии и создаёт условия для их роста.

«Полижинакс» разрешён к применению со II триместра беременности. С лечебной целью препарат назначают по 1 капсуле интравагинально на ночь в течение 12 дней, а в целях профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при гинекологических операциях, перед родами, до и после деструктивных вмешательств — по 1 капсуле на ночь в течение 6 дней.

Терапия бактериального вагиноза во время беременности чрезвычайно сложна: есть риск неблагоприятного воздействия дезинфектантов на плод. В I триместре гестации использование этих препаратов особенно опасно, так как они относятся к группам С и D по уровню безопасности медикаментов при беременности.

К применению во всех триместрах беременности разрешён повидон-йод («Бетадин»), отличающийся от других препаратов широчайшим спектром действия (в том числе имеющий выраженный противовирусный эффект), а также длительностью сохранения кислой среды во влагалище. Препятствуя вегетированию патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, повидон-йод создаёт благоприятные условия для размножения лактобактерий.

Разрешены к применению во всех триместрах беременности вагинальные суппозитории хлоргексидина, активные против основных возбудителей вагинальных инфекций, в том числе против бледной трепонемы, хламидий и уреоплазм, гонококков, *T. vaginalis*, *G. vaginalis*, *B. fragilis*, вирусов герпеса. При этом важно, что хлоргексидин не нарушает функциональную активность лактобацилл. Доказана эффективность клиндамицина фосфата и метронидазола, однако назначение этих препаратов безопасно во II–III триместрах беременности. Местное **применение средств с антиаэробной активностью** не уступает по эффективности формам для приёма внутрь и даже, напротив, имеет преимущества. Достаточно эффективно использование клиндамицина в свечах и мази.

Разрешён к применению на всех сроках беременности и лактации деквалиния хлорид — антисептик широкого спектра действия, эффективный против аэробов, анаэробов, грибов, простейших в программах лечения вагинальных инфекций. При этом он **не влияет на размножение лактобактерий**.

Рутинное лечение половых партнёров не рекомендовано, поскольку не влияет ни на успех терапии, ни на частоту рецидивов заболевания.

Идеальные биотерапевтические агенты

Основные требования, предъявляемые к штаммам микроорганизмов — кандидатам на роль биотерапевтических агентов:

- способность прикрепляться к эпителиоцитам и хорошая выживаемость во влагалище;
- продукция молочной кислоты и других бактерицидных веществ, подавляющих рост и размножение патогенных микроорганизмов;
- неинвазивность и непатогенность;
- устойчивость к вагинальным спермицидам;
- отсутствие канцерогенности;
- сохранение биологических свойств при хранении.

Впервые **метод биологической коррекции микроэкологии влагалища** для профилактики восходящей инфекции мы применили у клинически здоровых беременных (Лапина В.М., 1989). Были использованы ацидофильные лактобактерии с хорошей конкурентоспособностью. В те годы, проведя длительный отбор, мы остановились на ацидофильных лактобактериях штамма КЗШ24. Препарат назначали при обнаружении патогенной микробиоты по типу заселения «на пустом месте» после обработки хлоргексидином. Биологическую санацию выполняли без предварительной обработки дезинфектантами, используя конкурентные свойства лактобацилл этого штамма. Однако эффективность не оправдала наших больших ожиданий. Открытия послед-

него времени подтверждают давнишние предположения о том, что восстанавливать эубиоз половых органов путём введения лактобактерий непосредственно «в очаг» было неправильно. Естественный путь заселения влагалища лактобактериями — из кишечника.

В качестве **донаторов лактобактерий** используют пребиотики, эубиотики, пробиотики. Принципиальное отличие этого и других современных эубиотиков от прежних — их основа. Это не сухое молоко, как раньше, а фруктоолигосахариды (яблочный пектин, морковный порошок). Эубиотики, созданные на сухом молоке, в присутствии нитей мицелия «створаживались» и выводились в виде творожистых выделений. Для здоровья это не опасно, но эстетически — неприемлемо. Поэтому такие препараты не назначали во время и сразу после лечения микозов. Теперь **ситуация в корне изменилась**: восстановление эубиоза введением лактобактерий можно начинать сразу после применения дезинфектантов, антимикотиков и др. При беременности вполне достаточно местного лечения с обязательным восстановлением эубиоза лактобактериями на безмолочной, фруктоолигосахаридной основе.

Невнимание к запорам как основа будущих осложнений

Во многих случаях закрепить полученный при лечении результат не удаётся из-за того, что врач **недооценивает нарушения** в функционировании пищеварительного тракта. Успешность лечения напрямую зависит от того, осознаёт ли специалист, что бактериальный вагиноз — лишь частное проявление единого дисбиотического процесса в организме.

У 65–80% пациенток с хронической констипацией доля лакто- и бифидофлоры резко снижается, происходит конкурентное замещение штаммами *E. coli* со сниженными ферментативными или патогенными свойствами. Активируется условно-патогенная микробиота: кишечная палочка, золотистый и эпидермальный стафилококки и др. (Мальцева Л.И., 2009). Такие нарушения сопряжены с **увеличением частоты** неразвивающейся беременности до 15,4%, преждевременных родов — до 22,2%, послеродового эндометрита — до 17,8%. Самопроизвольное прерывание беременности при запорах происходит у 23% женщин.

Влияние запора на функциональное состояние матки связано с выбросом большого количества серотонина обкладочными клетками толстой кишки при затруднениях дефекации. Это повышает возбудимость матки в результате активизации миоцитов ионами кальция (историческая параллель — гениальное открытие врачами XVIII века утеротонического действия касторового масла и «встречной» клизмы; метод и сейчас широко используют как мягкое родовозбуждающее средство).

С целью **профилактики и лечения запора** у беременных целесообразны:

- информирование и психологическое воздействие на беременную с запором (выработка рефлекса дефекации в определённое время суток);
- коррекция диеты — увеличение количества пищевых продуктов, стимулирующих функцию толстой кишки (чернослив), увеличивающих объём каловых масс (пшеничные отруби), а также включение в рацион квашеной капусты, биоЙогуртов и биокефира;
- коррекция образа жизни (увеличение физической активности);
- удаление из кишечника скопившихся газов или ускорение их эвакуации (назначение адсорбентов, пеногасителей);
- применение слабительных (при беременности оптимальна лактулоза);
- восстановление микробиоценоза кишечника (пробиотики).

Лактулоза выступает **хорошим питательным субстратом** для кишечной бифидо- и лактофлоры и способствует её восстановлению. Она эффективно устраняет запоры на любом сроке беременности, не оказывая негативного влияния на плод и новорождённого при грудном вскармливании, поскольку не абсорбируется кишечником. Проф. Н.М. Подзолкова и проф. С.В. Назарова в 2010 году опубликовали **убедительные данные** о том, что при устранении констипации препаратами лактулозы происходит трёхкратный прирост содержания лактобактерий (рис. 4-14).

К сожалению, спектр лекарственных средств, разрешённых к применению в акушерстве, сильно ограничен, и это вполне понятно. Поэтому весьма актуальны восстанавливающие работу кишечника натуральные препараты, безопасные для беременных.

В последние десятилетия усилия многих специалистов сконцентрированы на изучении пищевых волокон, которые в составе объёмных каловых масс способны воздействовать на рецепторы давления в стенке кишки. При



Рис. 4-14. Прирост лактобактерий во влагалищном содержимом при лечении запоров лактулозой, %.

этом эффективность лечения продуктами клетчатки тем выше, чем крупнее размеры частиц действующего вещества. Волокна не всасываются в тонком кишечнике и проходят транзитом в толстый, где частично ферментируются нормальной бактериальной микробиотой, адсорбируют жидкость, разбухают почти в 10 раз с образованием слизистого геля, размягчающего и увеличивающего объём каловых масс. Это в основном связано с гидрофильными свойствами полисахаридов.

Второй механизм благоприятного воздействия — **стимуляция роста полезной микробиоты**. Есть и третий механизм влияния пищевых волокон на массу стула: они связывают жёлчные кислоты в полости кишки, уменьшают их всасывание в тонкой кишке и проводят в толстую. Важное преимущество растительной клетчатки над другими видами слабительных в том, что со временем эффективность лечения не снижается, а возрастает, нет ограничений в длительности приёма, не возникает привыкания и отсутствуют побочные действия.

Кроме того, отличительная особенность препаратов на основе пищевых волокон — не только возможность освобождения толстого кишечника, но и насыщение его лакто- и бифидобактериями. Спустя 10 дней от начала приёма таких препаратов и устранения запора приходит в норму микробиоценоз **не только толстой кишки, но и влагалища**. Лактобактерий становится в 3 раза больше, чем до начала лечения (Ордянец И.М., 2010).

В заключение необходимо ещё раз сделать акцент на том, что профилактика осложнений беременности и родов требует грамотного инфекционного скрининга и своевременного лечения, адекватного диагнозу и выявленному возбудителю.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ. ПОЛИПРАГМАЗИЯ

Graviora quaedam sunt remedia periculis
(Некоторые лекарства хуже болезни. — лат.)

В XXI веке приходится констатировать, что **лекарственная агрессия в отношении беременных стала неотъемлемой составляющей их диспансеризации**. С первой явки беременной в женскую консультацию, ещё до получения результатов функциональных и лабораторных методов обследования, начинается «лечение» неизвестно чего под лозунгом общеукрепляющей терапии. Мгновенно выписывают витамины, биологические добавки и т.п.

Проблема глобальна. За рубежом недавно появился красноречивый термин «**лекарственная распушенность**». Иностранцы специалисты ещё в конце прошлого века (Четли Э., 1998) выяснили, что в акушерстве и гинекологии назначения лекарств требуют следующие состояния:

- бесплодие (для стимуляции овуляции);
- острые состояния во время беременности (боль и лихорадочные реакции, инфекции, кашель и насморк) или хронические состояния, не связанные с беременностью (бронхиальная астма, эпилепсия, сахарный диабет и др.);
- состояния, типично связанные с беременностью (тошнота по утрам, артериальная гипертензия, анемия);
- осложнения беременности и родов (угроза выкидыша, преждевременные роды, гестоз, боль при родах).

Увы! Если бы только этим были ограничены все случаи, когда беременным назначают медикаменты!

В числе современных врачебных ошибок больше всего удручает именно **неправильный подбор лекарственных препаратов у 30% пациенток**, единодушно утверждают эксперты Российской медицинской ассоциации и специалисты Национального института медицины США (National institute of health, NIH). По данным ВОЗ, уровень смертности от применения лекарств сегодня уступает только травмам, болезням органов кровообращения и злокачественным процессам.

Суть фармацевтической агрессии при беременности — назначение препаратов с недоказанной эффективностью и комбинация лекарств, не всегда совместимых друг с другом. С годами список лекарств, назначаемых беременным, растёт. А неизвестный знаменатель в формуле «польза/риск» требует особенно осторожного и строго обоснованного применения любых медикаментов в наиболее уязвимый отрезок жизни женщины — при беременности.

Безусловно, во время беременности очень часто невозможно избежать применения лекарственных препаратов, что обусловлено прежде всего ухудшением соматического и репродуктивного здоровья. Так, в аналитических обзорах ВОЗ и Минздрава РФ отмечен рост частоты экстрагенитальных заболеваний на 28,3%, причём заболевания мочевыводящей системы составляют 21,2%, сердечно-сосудистой — 17%, пищеварительного тракта — 19%. У каждой пятой беременной при обследовании обнаруживают инфекции, передаваемые половым путём. Однако отказу от адекватного лечения из мнимой боязни навредить плоду противостоит злоупотребление лекарственными средствами — полипрагмазия (одновременное назначение пяти препаратов либо десяти — в течение курса лечения).

Масштабы фармакологической агрессии в мире и в России

Судя по новым статистическим данным, необоснованное и нерациональное назначение лекарственных средств достигло чрезвычайных масштабов: в России **безрецептурные препараты составляют не менее 50%** всех медикаментов, принимаемых во время гестации. Усугубляет ситуацию бесконтрольный приём лекарств беременными с целью самолечения (Ушкалова Е.А., 2009).

Даже вне беременности назначение одного–пяти препаратов вызывает нежелательные эффекты у 5% пациенток; при одновременном применении 15 медикаментов осложнения наблюдают у 54%, а при беременности ситуация **усугубляется многократно**. Сведения о возможной небезопасности для беременных и тератогенности многих лекарств не способны остановить фармакологическую агрессию в отношении беременных, прогрессирующую в течение нескольких десятилетий.

Анализ наиболее распространённых осложнений беременности, усугубляемых избыточным назначением лекарств, показал, что максимальное число препаратов применяют при угрозе прерывания беременности (22,7%), несколько меньше — при плацентарной недостаточности (12,4%), гиповитаминозе (11,2%), анемии (10,7%) и гестозе (10,1%).

Мозаику фармакологической агрессии составляет множество факторов.

- Широкое использование препаратов с недоказанной клинической эффективностью и безопасностью при беременности («Актовегин», метионин, «Хофитол», фосфолипиды).
- Частое назначение нерациональных комбинаций лекарственных средств, использование устаревших схем лечения.
- Полипрагмазия, в том числе с учётом мультивитамино-минеральных комплексов.
- Несоблюдение режима дозирования и длительности лечения (препараты железа и антибиотики).
- Недостаточное применение современных эффективных лекарственных форм (препаратов железа, антигипертензивных и антибактериальных средств).

В одном из самых масштабных исследований, выполненных ВОЗ в 1987–1988 годах, было установлено, что из 14 778 беременных, живущих в 22 странах, **86% женщин** принимали по крайней мере одно лекарственное средство. Среднее количество используемых препаратов составило 2,9 (от одного до 15). В 1991 году начала работать **международная комиссия ВОЗ по контролю применения лекарственных средств во время беременности**.



Факт: таблетки назначают всем беременным.

Убедительное доказательство того, как навязчива «лекарственная агрессия», — данные многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования, проведённого в 2003–2004 годах в шести городах России (Москва, Калуга, Брянск, Смоленск, Орёл, Липецк). Всем без исключения 543 вошедшим в исследование беременным была назначена лекарственная терапия (Стриженов Е.А., 2007). На первом месте среди медикаментозных средств фигурировали витамины.

Во Франции в 1996 году 99% женщин за период беременности получали по крайней мере одно лекарственное средство, в среднем — 13,6 наименования. Там же 1,6% беременных получали препарат (или препараты), относящийся к **категории X** (запрещены при беременности), 59% — препараты категории D, то есть сведения по результатам исследований о безопасности применения у беременных отсутствуют. Современные международные и национальные исследования демонстрируют нарастание фармакологической агрессии. В среднем во время беременности лекарственные средства применяют 75–86% женщин (Lacroix I., Damase-Michel C., 2000; Ушкалова Е.А., 2009).

Не миновала эта участь и российских беременных. Революционные изменения в сфере лекарственного обеспечения в России времён перестройки сказались и на **лавинообразном увеличении** количества зарегистрированных в стране лекарственных препаратов (в настоящее время их около 20 тыс.). Это не только затруднило контроль качества лечения, но и спровоцировало нерациональное назначение медикаментов (Феохтистова Ю.В. и др., 2011).

Тревожат данные контролирующих органов: объём производства фармацевтической продукции в России **многократно меньше**, чем в крупных корпорациях и многих странах. Импорт Россией лекарственных препаратов в денежном выражении (в долларах США) увеличился за 1995–2013 годы почти в 12 раз. В чём же причина такого стремительного роста импорта лекарств? Конечно, и здоровье населения ухудшилось, и мировые цены выросли. Однако главная причина очевидна — **деградация** отечественной фармацевтической промышленности. Импорт Россией фармацевтических препаратов, по данным Всемирной торговой организации, в 2011 году превысил \$13 млрд.

Эксперты полагают, что причина такого роста импорта — увеличение потребления **дорогих инновационных лекарственных средств**. О своих планах обширной фармэкспансии не так давно объявили китайские фармацевтические корпорации. Российский рынок очень привлекателен: в нашей стране сертификаты, выданные китайскими производителями, признают,

тогда как в США и странах Евросоюза — нет. Настоящая проблема как раз в том, что перечень лекарств, рекомендованных и противопоказанных беременным, до сих пор не сформирован.

Остроту ситуации подтверждают немногочисленные российские фармакоэпидемиологические исследования. В Приморском крае проанализированы 703 карты женщин (за 2004–2007 годы), обратившихся к генетику или клиническому фармакологу на сроках беременности от 3 до 32 нед по вопросу **возможного отрицательного влияния** лекарственных средств на плод. Приём препаратов происходил на 1–21-й неделях беременности, преимущественно с 1-й по 3-ю и с 6-й по 7-ю неделю. В среднем на одну беременную приходилось $2,95 \pm 0,2$ лекарственного средства (разброс от одного до 14 препаратов), некоторые из лекарств были многокомпонентными. Общее количество наименований препаратов составило 2078; **факт полипрагматии** установлен у 85 пациенток. В назначениях лидировала группа антибиотиков; 41,81% назначенных средств представляли потенциальный риск для плода (категории C, D и X); и только 3,75% препаратов можно было считать безопасными. Применённые у 28,2% беременных медикаменты **не входили в классификацию FDA** (Food and drug administration, FDA), то есть риск их приёма при беременности неизвестен (Елисеева Е.В. и др., 2007).

Ещё более **тревожные цифры** фигурируют в другом исследовании: 62% беременных было назначено от шести до 15 разнообразных лекарственных средств, причём 15% женщин получали 16–20, а 5% — 21–26 препаратов за период беременности. Среднее количество назначенных препаратов различных наименований составило $11 \pm 5,3$ — от одного до 26 (Стриженок Е.А., Гудков И.В., Страчунский Л.С., 2007).

Как в 1990-х «умерла» отечественная аскорбиновая кислота

В советские времена отечественная «аскорбинка» с её сроком хранения 3 года была одной из лучших в мире. В 1990-е годы на наш рынок при попустительстве чиновников пришли иностранные производители. Они предложили свою субстанцию **в 2 раза дешевле, чем её продавали российские заводы**. После развала отечественного производства цена на субстанцию закономерно выросла в несколько раз. Российские предприятия не развивались, оборудование и технологии устаревали. Конкурировать ни с Западом, ни тем более с Востоком они не могли. Российские заводы, выпускавшие аскорбиновую кислоту, один за другим **уходили в небытие**. Сначала Калининский витаминный завод, затем — Ленинград, Щёлково, Уфа, Белгород, дольше других боролась Йошкар-Ола...

Вопиющие нарушения — назначение небезопасных для беременных препаратов — отмечены в 69,1% всех проанализированных назначений лекарственных средств (5971 женщина). 13,5% медикаментов — из категорий С, D и X; **44,6% медикаментов не входят в классификацию FDA**, и их риск при беременности неизвестен; 11,1% безопасны только относительно, риск для плода окончательно не установлен (категория В). С точки зрения безопасности структура назначаемых лекарственных средств вызывает, возможно, даже бóльшую обеспокоенность, чем их количество.

Другое исследование, прошедшее в стационарах Волгограда в 1998–2000 годах и изучавшее обоснованность назначения антибактериальных препаратов при инфекциях мочевыводящих путей, показало, что научное обоснование лечебных схем почти всегда отсутствовало. Препараты с недоказанной эффективностью (оксациллин, бензилпенициллин, цефазолин, ампициллин, метронидазол, линкомицин) назначали 42% пациенток; 22% принимали препараты, имеющие класс тератогенности С, — фторхинолоны, аминогликозиды (Ершов Г.В. и др., 2001).

Опасности фармакотерапии при беременности

Риск использования фармакологических средств беременными связан с тем, что стремительно делящиеся клетки плода **очень чувствительны** к любым внешним воздействиям. Малейшие нарушения в эмбриогенезе, особенно в первые 3 мес беременности, могут вызывать серьёзные врождённые дефекты органов будущего ребёнка. Поэтому в странах с развитыми медицинскими технологиями обычно не спешат внедрять новые методы лекарственной терапии беременных, предпочитая «торопиться медленно» (Ушкалова Е.А., 2005). Это абсолютно правильно, ведь **не менее 10% врождённых аномалий — следствие внутриутробного воздействия фармацевтических препаратов** (Ушкалова Е.А. и др., 2009).

Ещё недавно Венгерская служба регистрации врождённых аномалий (одна из лучших в мире) заявляла значительно меньшие цифры: на долю лекарств как причины нарушения эмбриогенеза приходился лишь 1%, а остальные 3% составляли тератогены окружающей среды (Лепяхин В.К., 2008).

История изучения тератогенных свойств медикаментов уже весьма солидна, однако до сих пор «белых пятен» больше, чем обоснованных выводов. А ведь практически любой препарат прямо или опосредованно — через материнский организм — влияет на развитие плода.

Вплоть до начала XX века учёные считали маточно-плацентарный барьер надёжной преградой, **защищающей плод** от всех вредоносных факторов, поэтому не придавали большого значения тому, какие лекарства, в каком

сочетании и количестве получает беременная. Случаи нарушения развития плода не анализировали, что усиливало убежденность в автономности патологических процессов. Однако в 1941 году австралийский врач Н.М. Грегг **обнаружил взаимосвязь** между инфицированием краснухой в I триместре беременности и дефектами сердца, глаз и ушей плода, а также описал синдром врожденной краснухи.

В 1960 году медицинскую общественность потрясла катастрофа, спровоцированная **использованием талидомида**. Его назначали как седативное и противорвотное средство в I триместре беременности, и у каждого третьего плода препарат вызывал недоразвитие конечностей. Ранее талидомид был признан безопасным только на основании исследований на животных, и за несколько лет применения, пока указанный негативный эффект не был установлен, родилось несколько тысяч детей с уродствами. Возможность влияния медикаментов на развитие плода наконец была признана официально.

Классификация фармацевтических средств в зависимости от действия на плод с выделением трёх основных групп открыла новую эру в фармакотерапии беременных (Абрамченко В.В., 1994):

- не проникают через плаценту и не оказывают прямого влияния на плод;
- проходят трансплацентарно и влияют на плод;
- проникают через плаценту и накапливаются в организме плода.

Многие лекарства, назначаемые во время беременности, проходят через плацентарный барьер и **поступают к плоду**. Плацента, в том числе ранняя, — **метаболически активный орган**: она содержит ферменты, способные усиливать переход некоторых препаратов через этот барьер и катализировать их биотрансформацию.

Именно плацента — последний оплот биохимической защиты плода от экзогенных воздействий. Для переноса химических веществ имеет значение толщина плацентарной мембраны: в начале беременности она довольно толстая (25 мкм), а вот в III триместре и к моменту родов толщина эпителиального слоя трофобласта уменьшается до 2 мкм. Различные заболевания (в том числе сахарный диабет, преэклампсия [гестоз]) существенно **влияют на проницаемость плацентарной мембраны**. Трансплацентарный переход зависит также от способности препарата связываться с белками крови. Чем прочнее эта связь, тем медленнее лекарство проникает через плаценту.

До конца 1970-х годов существовало мнение, что препарат, не проникающий через плаценту к плоду, безвреден и его можно применять для ante- и интранатальной терапии. Однако проведённые нами исследования биоэнергетики плаценты (Радзинский В.Е., Смалько П.Я., 2001) выявили угнетение дыхания и окислительного фосфорилирования в митохондриях плаценты при внутривенном введении окситоцина. Именно **поражение**

плаценты не проникающим сквозь неё полипептидом (окситоцином) объясняет феномен «окситоциновых детей»*.

Следует иметь в виду, что помимо трансплацентарного обмена возможен и **параплацентарный** переход препаратов (Коган Б.Г. и др., 2011). Пищеварительный тракт плода взаимодействует с амниотической полостью и наполняющей её жидкостью, содержащей в том числе лекарственные средства. Кишечник и почки плода участвуют в экскреции.

Вещества с токсическим эффектом могут оказывать неспецифическое и специфическое действие на плод. Неспецифические реакции могут быть индуцированы большинством препаратов при превышении их дозы. Вещества со специфическим эффектом воздействуют на развитие плода независимо от того, оказывают они токсическое действие на материнский организм или нет.

Специфическое токсическое действие препаратов может быть эмбриотоксическим, фетотоксическим и тератогенным. **Эмбриотоксическое** влияние возможно в первые 3 нед беременности — при воздействии на зиготу и бластоцисту. Подобным эффектом обладают некоторые антибиотики, гормоны (например, эстрогены), цитостатики, барбитураты и сульфаниламидные препараты.

Фетотоксическое действие подразумевает общее отравление плода или возникновение того или иного специфического побочного эффекта. Возникают как структурные, так и функциональные отклонения: например, индометацин, как и большинство нестероидных противовоспалительных средств, в случае приёма в I триместре беременности провоцирует задержку роста плода.

Тератогенное действие** — свойство физического, химического или биологического фактора нарушать процессы эмбрионального морфогенеза, провоцируя аномалии развития. Характер патологических изменений зависит от срока гестации.

Некоторые авторы выделяют «классический тератогенный период» (Larimore W.L., Petrie K.A., 2000) веществ: 31–71-й дни от первого дня последней менструации (5–10 нед гестации), когда начинается формирование органов и тканей (от сердца и ЦНС до нёба и ушных раковин).

Действие некоторых химических веществ может быть замедленным и отсроченным, возможен латентный период (от воздействия вещества до обнаружения его эффекта), длящийся годы.

* «Окситоциновые дети» — термин, предложенный в 1970-е годы в США для описания нарушений здоровья младенцев после лекарственной стимуляции родовой деятельности.

** Термин «тератогенность» используется некоторыми авторами довольно широко. Сюда включают все отклонения от нормы развития с момента оплодотворения до родов: смерть, уродства, задержку роста, функциональную недостаточность.

Диэтилстильбэстрол — классический пример тератогена замедленного действия. В 1940–1971 годах 6 млн матерей и их будущих детей подверглись действию этого эстрогена, назначаемого для лечения невынашивания и преждевременных родов. Однако контролируемые исследования показали, что диэтилстильбэстрол не только **не снижает риск** самопроизвольного аборта и презкламписии, но и вообще не повышает вероятность того, что женщина родит живого ребёнка. А в конце 1960-х годов установили, что у женщин, матери которых получали этот препарат, повышается риск аденокарциномы шейки матки и влагалища (очень редкой формы рака у женщин в возрасте до 50 лет), а у мужчин — болезнью репродуктивной сферы (Энкин М.И. и др., 2003).

К вопросу о тератогенности

Тератогенное действие могут оказывать и лекарственные препараты, используемые до зачатия. Например, ретиноиды — тератогены с длительным латентным периодом — **могут повлиять на развитие плода** даже в том случае, если применение было завершено до наступления беременности.

Приём отцом будущего ребёнка некоторых лекарственных средств (наркотические и противосудорожные препараты, диазепам, спиронолактон) сказывается на гаметогенезе и также может вызвать врождённые пороки развития (ВПР) плода. Например, использование диазепама в этой ситуации **увеличивает опасность** незаращения верхней губы, нёба у будущего ребёнка. В сперме мужчин, получающих противосудорожные средства, особенно фенитоин, обнаружены морфологически изменённые и малоподвижные сперматозоиды.

Ряд исследователей выделяют «**поведенческую тератогенность**», которая заключается в нарушениях поведения, интеллекта и памяти человека, подвергнувшегося пренатальному или неонатальному воздействию ксенобиотиков, в том числе лекарств. Фармакологические агенты, изменяющие поведение, приводят к вспышкам гиперактивности, нарушению выработки условных рефлексов и социализации.

Хотя известно почти 1000 химических веществ, оказывающих тератогенные воздействия на животных, в отношении людей такой эффект доказан только для **относительно небольшого числа** субстанций. К ним относят алкоголь, ряд наркотических анальгетиков, химиотерапевтические препараты (антиметаболиты, алкилирующие средства), антиконвульсанты (триметамин, вальпроовая кислота, фенитоин, карбамазепин), андрогены, варфарин, даназол, диэтилстильбэстрол, литий, ретиноиды, талидомид.

Малочисленность сведений подобного рода связана с тем, что до этапа клинических испытаний обязательны эксперименты, изучающие свойства фармакологического препарата на лабораторных животных. Предпосылкой служит то обстоятельство, что большинство препаратов, тератогенных для человека, бывают тератогенными и для животных. Однако обратной взаимосвязи нет: вещество, безвредное для животных, не всегда безопасно для человека. Межвидовые различия обусловлены **неодинаковой** чувствительностью эмбриональных и фетальных процессов к проникновению химических веществ, скоростью эмбриогенеза, особенностями фармакокинетических факторов.

Точно оценить влияние лекарств на формирование ВПР сложно прежде всего из-за невозможности проведения рандомизированных исследований и отсутствия достоверных сведений о приёме фармацевтических препаратов беременными (Исенова С.Ш. и др., 2014). Это, как и ограниченное количество эпидемиологических исследований (без которых нельзя гарантировать безопасность назначения препаратов беременным), накладывает «вето» на необоснованные фармакологические вмешательства. И наша задача — **свести приём непроверенных препаратов к минимуму.**

Причины нерациональной фармакотерапии беременных

Откуда же берётся полипрагмазия, в чём причины нерациональной фармакотерапии беременных? Ответ весьма банален: недостаточно специальной информации, нет единых стандартов назначения лекарств во время беременности. **Парадокс: большинство препаратов, выдаваемых беременным бесплатно, не имеет доказательной базы не только об их эффективности, но и, что самое главное, об их безопасности.**

Для российского врача источником информации о безопасности применения лекарственных средств у беременных чаще всего служит описание препарата в справочнике лекарственных средств или инструкция производителя. Однако зачастую там пишут стандартные фразы: «Безопасность для использования во время беременности не установлена», «Применять лишь в случаях, когда польза превышает потенциальный риск», «Использовать с осторожностью, особенно в I триместре» и др. (Панов А.Е., 2013). Кроме того, иногда информация из независимых источников не совпадает с рекомендациями фирмы-изготовителя. В Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) в официальных инструкциях препаратов (каждую из которых утверждают профильные ведомства) приведены категории риска, разработанные FDA. Однако **подобные классификации редко обновля-**

ют, они слишком упрощены, больше акцентированы на тератогенных эффектах лекарственных средств, чем на фетотоксических, не учитывают дозу препарата и клинические ситуации, а **большинство данных о препаратах** получены лишь в экспериментах на животных и относят медикамент к категории C. Кроме того, многие лекарственные средства (некоторые спазмолитики, местные антисептики, системные антибиотики, гормональные, метаболические средства) не используют в США, поэтому в классификацию FDA они не включены, в связи с чем опираться на базы FDA при определении риска конкретного препарата можно далеко не во всех случаях.

Источниками информации служат также рецензируемая медицинская литература, руководства, доклады на конференциях и семинарах. К сожалению, публикации в российских научных журналах чаще всего выходят при поддержке фармацевтических компаний, и, в отличие от зарубежных изданий, в статьях не упоминают о наличии конфликта интересов у авторов. На Западе обеспечением беспристрастности информации целенаправленно занимаются различные некоммерческие организации. Наиболее известная из них — **Кокрейновское сообщество** — взяла на себя сбор, анализ, систематизацию и широкое распространение результатов клинических исследований в мире.

В 1990-х годах во многих развитых странах появились мощные медицинские интернет-ресурсы: по оценкам экспертов, около 99% соответствующей профессиональной информации размещено на американских и европейских сайтах (один из крупнейших — сайт Национальной медицинской библиотеки США). Почти все американские и около 80% европейских врачей черпают нужную им информацию из интернета.

В России же доступ к иностранным базам данных — всё ещё нерешённая проблема. И даже не потому, что **лишь 7% российских медработников** владеют английским языком на уровне, достаточном для чтения специальной литературы. У нас в стране нет поддерживаемых государством проектов по обеспечению бесплатного (или недорогого) доступа к высококачественным интернет-ресурсам. А оплатить доступ к специализированной информации по мировым ценам ни одна российская больница (и тем более обычный врач) не в состоянии. Кроме того, некоторые сайты предоставляют доступ исключительно в обмен на публикации пользователя. Требования к публикациям таковы, что большинство статей российских авторов, увы, им не соответствует. Тем не менее прогресс есть. **Фармугроза.ру** — **простой и удобный сайт, на котором каждый пользователь может узнать всё, что необходимо для принятия правильного решения** о назначении как конкретных препаратов, так и их комбинаций.

Нельзя не сказать о двух изданиях **«Формуляра лекарственных средств в акушерстве и гинекологии»**, вышедших под моей редакцией

в 2013 и 2016 годах. В них полезная информация представлена только применительно к беременным, кормящим и страдающим гинекологическими заболеваниями; она дана с адекватными на тот момент доказательными базами или с комментариями о нужности (ненужности) того или иного лечения. Рекламные и/или исходящие от заинтересованных фирм сведения выделены цветом с указанием «На правах рекламы» и должны быть дополнительно оценены самим врачом.

На мой взгляд, обязательным должно стать ознакомление врачей акушеров-гинекологов с монографией «Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак»*. В ней **впервые изложены** нужные клиницисту сведения о препаратах, правилах их назначения и закупок.

Подводя итоги, следует признать, что в современном российском акушерстве широко применяют множество разнообразных достижений фармакологии — в основном полученных в других странах. Вместе с тем существующие стереотипы профилактики и лечения большинства заболеваний при беременности соответствуют некоторым отечественным рекомендациям, не всегда выдерживающим критику и существенно отличным от международных стандартов. К сожалению, эффективность многих часто назначаемых препаратов не доказана и не улучшает достоверно исходы беременностей.

В то же время недоказанность неблагоприятного влияния тех или иных препаратов на состояние матери и плода, равно как и «успешное» использование традиционных схем лечения на протяжении десятилетий, не позволяет отказаться от них совсем, а во многих случаях надо бы. **В первую очередь переменам препятствует консерватизм самих беременных и значительного числа акушеров-гинекологов.**

Это положение, впервые сформулированное в национальном руководстве «Акушерство» (2009), будет справедливо до тех пор, пока не сменятся устаревшие стереотипы поведения. Так, главным из заблуждений следует считать позицию пациентки: «Если я жалуюсь, а врач не назначает лекарств, то надо искать другого врача; лучше тот, кто пропишет не только таблетки, но и капельницы — от укола всё пройдёт быстрее». Женщин с подобными воззрениями очень много. Но время идёт, растёт грамотность и «интернет-продвинутость» молодых пациенток.

Кстати, очень интересно читать, как на форумах для беременных призывают: «Не лечитесь, не ходите к врачам, рожайте дома!» Это другая крайность, речь о ней будет идти ближе к концу книги. Но «лёд тронулся», и важно, чтобы на первых этапах врач обезопасил и себя, и пациентку от непоправимых

* Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.

последствий лечения «неизвестно чего чем попало». Нельзя назначать беременным препараты, не внесённые в Государственный реестр лекарственных средств, — по сути, главный нормативный документ, который отечественные юристы используют для решения вопроса о правомочности проводимой фармакотерапии.

Пути преодоления фармакологической агрессии

Демедикализация лечебного процесса — основной постулат XXI века. Инновация в исцелении организма построена на уменьшении количества применяемых фармацевтических препаратов и безусловном использовании медикаментов, проверенных методами доказательной (evidence based) медицины (рис. 4-15).

К сожалению, многие нынешние рекомендации по выбору препаратов для лечения осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний всегда основаны на данных, полученных в ходе клинических исследований высокого методологического качества. Часто стандарты лечения вообще не дают рекомендаций **по выбору конкретных препаратов**, и врачу приходится самостоятельно анализировать весь спектр рекламных предложений.

Именно поэтому необходимы активные действия, в частности пересмотр положений, когда-то **казавшихся незыблемыми**. О необходимости критического отношения к существующей системе ранжирования опасности медикаментов, назначаемых во время гестации, говорит и тот факт, что рекомендованные ВОЗ пять групп лекарственных средств, по-разному влияющих

НЕ НУЖНО!	НУЖНО!
<ul style="list-style-type: none"> «Актовегин» Эуфиллин «Но-шпа» «Аэровит» «Актиферрин» «Аскорутин» «Трентал» 	<ul style="list-style-type: none"> Магния сульфат Нифедипин Допегит Гексопреналина сульфат Простагландины (мизопропростол) Бетаметазон Сурфактант Мифепристон

Рис. 4-15. Преодоление фармагессии.

на эмбрион и плод, на самом деле **не отражают все особенности** взаимодействия лекарств и растущего организма* — они позволяют отсечь только наиболее токсичные и тератогенные, тогда как вред может быть менее заметным сегодня, но в полной мере проявить себя в **отдалённой перспективе**. И предсказать этого современная наука не в силах.

Большинство врачей пытаются прекратить бесконтрольное применение лекарств беременными. Для повышения безопасности терапии была бы чрезвычайно полезной специальная маркировка (по примеру ряда прогрессивных стран), **содержащая информацию о степени риска приёма препарата** при беременности и об уровне исследований, доказывающих его безопасность.

Классификации безопасности лекарств при беременности

Многим женщинам во время беременности требуется медикаментозное лечение, особенно если в анамнезе есть хроническое заболевание (эпилепсия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма); иногда отказ от препаратов может быть опасен для матери и ребёнка. Информация о применении лекарственных средств во время беременности и кормления грудью **должна быть доступной и понятной**, позволяющей оценить риск и пользу.

Например, существуют классификации, введённые правительством Австралии (Australian categorisation of risk of drug in pregnancy) и FDA, которые очень схожи. В них пять основных категорий:

- **Категория А** — препарат, уже используемый многими беременными (в том числе проверенный в контролируемых исследованиях) и женщинами детородного возраста. Нет достоверных данных о том, что применение этого средства увеличивает частоту ВПР, не обнаружено прямых или косвенных побочных влияний на плод (пример: фолиевая кислота, левотироксин натрия).
- **Категория В** — исследование препарата на животных доказало его безопасность, но данных клинических испытаний нет, либо при исследовании на животных обнаружены побочные эффекты, не подтверждённые клиническими испытаниями (пример: амоксициллин).
- **Категория С** — препарат вызывает (или может вызывать) неблагоприятные побочные эффекты, но не провоцирует ВПР (побочные эффекты могут

* Пока нет других рекомендаций ВОЗ, необходимо пользоваться имеющимися, даже это позволит снизить «лекарственную нагрузку».

быть обратимыми), либо исследования на животных доказали опасность препарата, но клинические испытания не были проведены. Его следует назначать только в тех случаях, когда польза от применения превосходит потенциальный риск для плода (пример: нифедипин, омепразол).

- **Категория D** — препарат вследствие фармакологического эффекта вызывает (или может вызывать) необратимые неблагоприятные побочные эффекты, включая ВПР, либо исследования доказали его опасность для людей. Применение возможно только по жизненным показаниям, когда более безопасные средства неэффективны (пример: фенитоин, пропилтиоурацил).
- **Категория X** — исследования на животных или опыт применения у людей указывают на большую опасность препарата, превышающую любую возможную пользу от его применения во время беременности. Противопоказан беременным и женщинам, у которых беременность может наступить (пример: варфарин, талидомид).

Однако в 2015 году FDA внесла изменения в прежнюю классификацию безопасности приёма лекарственных средств во время беременности. По данным организации, старая система, состоящая из пяти категорий, была слишком упрощённой, способствовала плохой информированности пациенток и медицинских работников, вела к неадекватному восприятию информации. Теперь маркировка препаратов по требованиям FDA должна сопровождаться новыми обозначениями, что позволит избежать принятия необоснованных решений для беременных, нуждающихся в фармакотерапии. Однако по-прежнему **клиническая интерпретация необходима** в каждом конкретном случае.

«Буквенную» классификацию, используемую с 1979 года, предложено заменить на следующие разделы.

- **Беременность (включая роды)** — информация о дозировании и потенциальных рисках для развивающегося плода.
- **Лактация** — информация о препаратах, которые не должны быть использованы во время грудного вскармливания, об известных метаболитах в молоке матери, а также о **клинических эффектах**, оказываемых на младенца. Раздел также может включать информацию о фармакокинетических данных (метаболизм, выведение и др.) и регуляции сроков грудного вскармливания **с целью минимизации отрицательного воздействия** препарата на ребёнка.
- **Репродуктивный потенциал мужчин и женщин** — информация о тестировании в отношении беременности и контроля рождаемости до, во время или после лекарственной терапии, а также о влиянии препарата на фертильность или вероятность потери беременности.

Новые «Правила маркировки при беременности и лактации» (Pregnancy and lactation labeling final rule, PLLR) вступили в силу 30 июня 2015 года, однако изменение информации на упаковках и в инструкциях лекарственных средств будет проводиться по разным категориям лекарственных средств.

- К **рецептурным** препаратам, представленным на утверждение в FDA, сразу будет применён новый формат, в то время как у медикаментов, зарегистрированных позже 30 июня 2001 года, изменения будут проводиться поэтапно.
- На препараты, **утверждённые до 29 июня 2001 года**, новые правила PLLR не распространяются, но буквенная маркировка должна быть удалена до 29 июня 2018 года.
- Маркировка **дженериков** также должна быть пересмотрена в том случае, если изменения были внесены в маркировку оригинального препарата.
- Маркировка **безрецептурных** препаратов не изменится.

Здоровым женщинам на протяжении всей беременности следует избегать любых лекарственных препаратов, кроме безрецептурных средств, соответствующих группе А «старого» перечня FDA. При обращении за медицинской помощью женщине следует уведомить медицинского работника любой специальности о вероятности или о наличии беременности (особенно в ранние сроки). Точно так же врач любой специальности перед назначением лекарств должен убедиться в отсутствии/наличии беременности. Необходимость приёма лекарственных средств контролирует лечащий врач.



Основным постулатом современного акушера-гинеколога должно стать следующее: «Врач, назначая лекарства беременной, берёт на себя большую ответственность за жизнь и здоровье матери и её ребёнка».

В целом важно отметить, что сегодня мы действительно способны фармакологическими методами влиять на причины и патологические механизмы, лежащие в основе заболеваний. Однако при этом часто забываем об ограничениях, налагаемых на терапию возрастом пациентки, сопутствующими соматическими болезнями, аллергическими реакциями, **способностью препарата к кумуляции** и др. А ведь у бластоцисты, зародыша и эмбриона отсутствуют защитные механизмы, свойственные сформировавшемуся организму. Поскольку достаточных знаний о нелетальном влиянии того или иного лекарственного препарата на плод у врача зачастую просто нет (как нет их и у современной науки), назначать медикаменты беременным следует, исхо-

дя только из императивных показаний для матери и её ребёнка. **Основным правилом для врача должен быть принцип «Не навреди»!** Всегда ли мы ему следуем? Увы...

Витамины как фармакологическая агрессия

В фазе органогенеза (до 14 нед) для предупреждения ДНТ и врождённого кретинизма следует по возможности воздерживаться от употребления любых лекарственных средств. В идеале необходимо обеспечить организм беременной достаточным количеством витаминов с пищей. **При неполноценной диете в странах и семьях с низким подушевым доходом** рекомендуют употребление синтетических добавок витаминов в количествах, восполняющих пищевой дефицит. Приём витаминных препаратов во время беременности и лактации, удовлетворяющий биологическую потребность в основных микронутриентах, рекомендуют как способ оздоровления матери и плода (профилактика гиповитаминоза и его возможных негативных последствий). В то же время витаминные комплексы, предназначенные для других групп населения (в том числе для детей), **беременным противопоказаны.**

К сожалению, назначение стандартного комплекса препаратов (витаминные и минеральные комплексы, биологически активные добавки [БАДы] и т.п.) нередко подменяет научно обоснованное лечение, формируя даже у здоровой беременной «комплекс неполноценности» своего положения. Многолетние наблюдения привели к выводу о необходимости уменьшения лекарственных назначений. Более того, свидетельств с уровнем доказательности А о том, что витамины необходимо принимать, в настоящее время, нет. На Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов (FIGO, 2006, Куала-Лумпур, Малайзия) группа экспертов США доложила, что «...мультивитаминно-минеральные комплексы имеют доказанную пользу только для... их производителей и дистрибьюторов». И дело не в том, что витамины и минералы чем-то плохи. Просто современные **биотехнологии не позволяют детально изучить взаимодействие** между более чем тремя ингредиентами в составе любого лекарства. Именно поэтому никто не знает точно, как несколько витаминов действуют друг на друга, а ведь там ещё и «10 минералов»!

Тем не менее за последние 10 лет некоторые когда-то бывшие «в опале» препараты обросли доказательной базой. Один из наиболее важных для репродуктивной медицины микронутриентов, безусловно, — **фолиевая кислота** (витамин В₉): ещё в 1960-х годах было установлено, что дефицит фолатов оказывает губительное действие на развивающийся эмбрион. Позднее было

доказано, что эффекты фолатов в системе «мать–плацента–плод» не ограничены профилактикой ВПР. Слишком уж разнонаправленно влияние этих средств не только на метаболизм, но и **на эпигенетическую модификацию информации, записанной в ДНК.**

Бесспорно, о риске аномалий и хромосомных aberrаций у плода забывать нельзя, тем более что за последнее десятилетие количество ВПР неуклонно растёт — с 172,4 тыс. в 2000 году до 277,9 тыс. в 2014-м. Внутриутробные аномалии занимают немалую долю в структуре причин младенческой смертности и инвалидности с детства. Так, **каждое пятое** инвалидизирующее состояние у ребёнка и каждый десятый эпизод гибели новорождённого в первый месяц жизни вызваны именно ВПР, в том числе и ДНТ. Согласно мировым данным, клинически значимое незарращение нервной трубки регистрируют у 0,5–2 из 1000 новорождённых, а примерно у 80–90% детей с этим состоянием развивается гидроцефалия. Однако это только выраженные пороки — истинная популяционная частота такой аномалии в её минимальных проявлениях **может достигать 70%.**

По некоторым сведениям, в России ДНТ плода выявляют у 0,45% беременных в год. По данным Росстата, в январе–июне 2015 года родилось 926,8 тыс. детей. Простой подсчёт показывает, что с ДНТ появилось на свет более 4 тыс. новорождённых, — и это всего лишь за полгода!

Недостаток фолатов критичен для эмбриона, размер которого за 4 нед увеличивается от 130 мкм (зигота) до 2–4 мм — более чем в 1000 раз. При такой **скорости деления клеток** потребности в «строительном материале» для ДНК и белков (а фолаты служат основой для синтеза азотистых оснований ДНК и РНК) колоссальны. Фолаты крайне необходимы для многих жизненно важных процессов: эритропоэза, регенерации мышечной ткани, нормального развития плода и **защиты его от повреждающих факторов**, адекватной плацентации. Нарушения фолатного обмена отражаются на здоровье детей даже без видимых ВПР, повышая вероятность аутизма у ребёнка в 2 раза, а односторонней ретинобластомы — в 3,8 раза.

Становится очевидной взаимосвязь фолатного дефицита и нарушений глобального биохимического процесса — метилирования ДНК. Именно с этим скорее всего связан большой пласт отсроченных патологических нарушений у будущего ребёнка (помимо прямого тератогенного воздействия дефицита фолатов) — сегодня уже чётко доказана прямая ассоциация фолатного дефицита у матери и риска шизофрении, депрессивных расстройств и ряда злокачественных опухолей (в первую очередь головного мозга) у ребёнка. Очевидно, что **значительная доля** субклинических нарушений у детей, страдавших внутриутробно от дефицита фолатов, пока остаётся неизученной.

Исследование группы специалистов из Великобритании в 2011 году показало, что фолаты **играют не последнюю роль** на разных этапах формирования плаценты, в том числе в инвазии трофобласта, ангиогенезе и секреции матриксных металлопротеиназ. Это подчёркивает необходимость назначения фолиевой кислоты при беременности для профилактики осложнений плацентации, в том числе преэклампсии. Роль фолатов может быть объяснена участием фолиевой кислоты в синтезе рибонуклеиновой кислоты (РНК). Открытый недавно класс микроРНК — некодирующих нуклеиновых кислот — присутствует во многих типах клеток и участвует почти **во всех клеточных процессах**. Изменение работы микроРНК связано как с физиологическими (беременность), так и с патологическими (рак) процессами. Неблагоприятные исходы дефицита фолиевой кислоты объясняют важность создания и поддержания оптимального фолатного статуса для предотвращения ДНТ и других аномалий плода. Задача, стоящая перед врачом в такой ситуации, — максимально сократить подобный риск.

Информация **о важности дотации фолатов** на репродуктивные исходы впервые появилась в 1991 году, когда выяснилось, что у женщин, принимавших фолаты в прегравидарном периоде и во время беременности, опасность формирования ДНТ плода была на 71% меньше, чем у тех участниц, которые добавки витамина В₉ не получали.

В исследовании с участием 4753 беременных, проведённом проф. Андре Цайцелем, установлено, что приём поливитаминных комплексов, в частности препарата «Элевит Пронаталь», в состав которого входят 800 мкг фолиевой кислоты и другие витамины (цианокобаламин, рибофлавин, пиридоксин, РР), помогает предупредить пороки развития плода — **не только ДНТ** на 92%, но и многие другие (например, пороки сердца на 58%, пороки мочевыводящих путей на 79%, пороки конечностей на 81% и др.). Более того, это единственный поливитаминный комплекс для беременных, который прошёл популяционную апробацию в рамках двойных слепых плацебо-контролируемых исследований. Именно в этом случае вопрос о «чёрном ящике» взаимодействия «витаминов и минералов» снят результатами масштабных доказательных исследований с убедительными и, главное, благотворными клиническими эффектами.

Весомый аргумент в пользу витаминно-минеральных комплексов (при условии высокого качества производства!) — **доказательная база** Кокрейновского систематического обзора, обновлённая версия которого была опубликована в 2015 году. Эксперты Кокрейновского сотрудничества проанализировали результаты 17 испытаний (с участием 137 791 пациентки), 15 из которых были проведены в странах с низким и средним уровнем дохода населения. В ходе работы сравнивали приём поливитаминных комплексов

с железом и фолиевой кислотой и отдельно препаратов железа, содержащих фолиевую кислоту и без неё. Было доказано, что приём поливитаминных комплексов (таких как «Элевит Пронаталь») значительно уменьшает число новорожденных с низкой массой тела, в том числе для данного гестационного возраста (ОР=0,88; 95% ДИ 0,85–0,91 и ОР=0,9; 95% ДИ 0,83–0,97 соответственно), а также снижает показатель младенческой смертности (ОР=0,91; 95% ДИ 0,85–0,98) по сравнению с приёмом препаратов железа с фолиевой кислотой или без неё. Более того, результаты проведённых в 2015 году крупномасштабных научных исследований подтвердили, что поливитаминные препараты **позволяют значительно снизить риск** гестационного сахарного диабета и артериальной гипертензии, преждевременных родов.

Влияние препаратов фолиевой кислоты на течение гестации и её исход было оценено в ходе российского проспективного исследования (Сандакова Е.А., Гостева Е.О., 2012). Женщинам с пороком развития плода в анамнезе (n=80), начиная с **прегравидарного периода**, были назначены препараты витамина В₉: одной группе участниц (n=40) — витаминно-минеральный комплекс, в состав которого входит 208 мкг метафолина и 200 мкг фолиевой кислоты («Фембион»), другой (n=40) — синтетическая фолиевая кислота в дозе 400 мкг. У женщин, которым были назначены фолаты, угрозу прерывания беременности отмечали достоверно реже, чем у принимавших синтетическую фолиевую кислоту. Участницы, пролеченные препаратом на основе метафолина, в 6 раз реже страдали от анемического синдрома, у них с меньшей частотой выявляли нарушения плацентарного кровотока и преэклампсию.

Самый главный вопрос в аспекте рассматриваемой проблемы — предупреждение пороков развития — также успешнее был решён у женщин, принимавших 208 мкг метафолина + 200 мкг фолиевой кислоты («Фембион»): лишь у одной пациентки повторилась внутриутробная аномалия (в виде полидактилии). В другой группе участниц было зарегистрировано пять случаев ВПР (синдром Дауна, незарращение твёрдого неба, дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток).

Возникает вопрос: снижает ли моноприём фолиевой кислоты (без дополнительного введения витаминов группы В) риск ДНТ? Да, снижает, только менее эффективно — **на 70% по сравнению с 92%** (результаты доказаны при назначении препарата «Элевит Пронаталь») при назначении сочетания фолиевой кислоты и других витаминов группы В. Этот показатель тоже достаточно высок, однако безопасности никогда не бывает много, поэтому предпочтение лучше отдать способу защиты с высокой доказанной эффективностью.

Необходимо отметить, что **цианокобаламин** (витамин B_{12}) в фолатном и метиониновом циклах выступает лимитирующим кофактором, поэтому его недостаточность сопоставима с проявлениями дефицита фолиевой кислоты. Гиповитаминоз B_{12} препятствует превращению гомоцистеина в метионин, что нарушает нормальное метилирование ДНК, синтез белков и полиаминов. В результате **избыточное количество гомоцистеина** оказывает негативное системное влияние на организм в целом.

Поскольку гомоцистеин активно участвует в патогенезе различных заболеваний, неудивительно, что и беременность, протекающая на фоне его избытка, будет осложнённой. К акушерским и перинатальным осложнениям, тесно связанным с гипергомоцистеинемией, относят невынашивание, преэклампсию, плацентарную недостаточность, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, пороки развития плода.

Поскольку **в двух случаях из трёх** причиной гипергомоцистеинемии выступает дефицит фолатов и других витаминов группы В (например, цианокобаламина), то для преодоления такой «метаболической блокады» целесообразен выбор фолиевой кислоты с цианокобаламином. Так, препарат «Фолибер» содержит 400 мкг фолиевой кислоты — при адекватности рациона эта дозировка обеспечивает суточную потребность беременной в фолатах, что соответствует рекомендациям ВОЗ, CDC и Минздрава РФ (Приказ №572н). В качестве бустера фолатного цикла «Фолибер» содержит 2 мкг цианокобаламина, что важно для метаболизма фолатов (несбалансированное потребление фолиевой кислоты и витамина B_{12} снижает усвоение обоих витаминов и провоцирует гипергомоцистеинемия).

Фолиевая кислота в форме тетрагидрофолата участвует в синтезе нуклеиновых кислот и делении клеток, **что делает её решающим фактором** в формировании ЦНС плода на 15–28-й день после оплодотворения. Превращение 5-метилтетрагидрофолата в тетрагидрофолат в организме может происходить только в результате присоединения метильной группы к гомоцистеину с образованием метионина в результате действия метионинсинтетазы. В этом процессе в качестве лимитирующего кофактора участвует витамин B_{12} , поэтому **его нехватка аналогична по эффектам недостаточной активации** фолиевой кислоты. В рандомизированном исследовании, завершившемся в 2016 году, определили содержание неметаболизированной фолиевой кислоты в пуповинной крови и организме 126 беременных, принимавших фолиевую кислоту в дозе 400 мкг в день, рекомендуемой ВОЗ. При точном следовании предписанной дозе неметаболизированная фолиевая кислота не определяется в пуповинной крови и крови беременных, что безопасно для плода и матери. В то же время такая терапия обеспечивает статистически значимое повышение суммарного содержания фолатов в **эритроцитах** пуповинной крови.

Витамин В₁ по классификации FDA находится в группе риска А (при превышении рекомендуемой дозировки, составляющей 1,5 мг/сут, — группа С). По оценке Американской академии педиатрии, приём матерью добавок витамина В₁ совместим с грудным вскармливанием (показан **при неполноценном питании**, рекомендованная суточная норма — 1,6 мг).

Ежедневная потребность в **пиридоксине** во время беременности, по данным Национальной академии наук США, составляет 2,2 мг. В кровотоке плода концентрация пиридоксина вдвое выше, чем у матери. Умеренный дефицит витамина В₆ может протекать бессимптомно. Нехватка пиридоксина может оказаться звеном в **патогенезе артериальной гипертензии и диабета беременных**, судорожного синдрома у новорождённого. Лечение большими дозами пиридоксина эффективно уменьшает выраженность тошноты и эпизодов рвоты у беременных. В классификации FDA пиридоксин относится к группе риска А. По оценке Американской академии педиатрии, приём матерью добавок витамина В₆ совместим с грудным вскармливанием (рекомендованная суточная норма — 2,1 мг). Однако риск гипервитаминоза В₆ должен воспрепятствовать широкому назначению препарата «Магне В₆» (беременным слишком часто **безосновательно** назначают по 6–8 таблеток в день*), поскольку в 1 таблетке содержится 10 мг пиридоксина гидрохлорида.

Особое положение в списке микронутриентов, необходимых организму человека, занимает **йод**. При беременности потребность в этом элементе возрастает на 50% (ввиду роста плода и повышенного почечного клиренса — вымывания йода из организма беременной). К группам риска по йоддефициту относят в том числе беременных (особенно в эндемичных по йоду регионах), поскольку нормальное протекание гестации зависит, в частности, от достаточности его в рационе: дефицит йода во время беременности может стать причиной задержки психического, умственного и двигательного развития ребёнка.

Именно поэтому женщины нуждаются в индивидуальной йодной профилактике с **целью достижения оптимального уровня** потребления этого элемента — не менее 200 мкг в сутки. Особого интереса в этой связи заслуживает препарат «Йодилайф», в состав которого входит калия йодид (что эквивалентно 200 мкг йода), а также фолиевая кислота (400 мкг) и витамин В₁₂ (2 мкг). Препарат рекомендован для профилактики дефицита этих важных веществ у женщин детородного возраста на этапе планирования беременности (не менее 1 мес до зачатия) и профилактики развития ДНТ у плода в I триместре беременности.

* Как уже было сказано, препарат «Магне В₆» рекомендован для беременных самой фирмой-изготовителем **только при доказанном дефиците магния**, хотя исследования по этому поводу крайне малочисленны.

Физиологично назначение **витамина Е** — как минимум семи-восьми токоферолов, получаемых из отгона соевого масла. Защитное антиоксидантное действие витамина Е связано со стабилизацией клеточных мембран (Катикова О.Ю., Ших Е.В., 2009). Антиоксиданты препятствуют перекисному окислению полиненасыщенных жирных кислот, входящих в состав липопротеидов низкой плотности, а также снижают проницаемость клеточных мембран для ионов кальция, увеличение концентрации которых внутри клетки может активировать апоптоз (Семинский И.Ж., 2011).

Кроме того, витамин Е существенно улучшает белоксинтезирующую функцию плаценты, не меняя содержания циклических нуклеотидов, и положительно **влияет на экспрессию генов** (Радзинский В.Е., Смалько П.Я., 2001). Концентрация токоферолов в организме матери напрямую коррелирует с пролонгированием беременности — у этого вещества есть прогестероноподобные свойства. Токоферолы оказывают мягкое дезагрегирующее действие: при уровне 400 мкг/мл витамин Е **тормозит активацию тромбоцитов**, и этот эффект имеет смысл использовать для увеличения плацентарного кровотока не только при гиперкоагуляциях (любого генеза).

Ежедневная потребность в токофероле во время беременности — около 10 мг. В клинической практике его назначают при комплексном лечении угрожающего выкидыша, однако специфического эффекта не выявлено. Получить α -токоферол в достаточном количестве с пищей крайне сложно: беременной нужно было бы ежедневно съедать по семь стаканов арахиса или почти по 20 стаканов шпината. Так что удобнее принимать вещество по 400 МЕ в виде натурального витамина Е (80% — правовращающего α -токоферола и 20% — смеси токоферолов). При этом, в отличие от α -токоферола, натуральный витамин Е, представляющий собой смесь токоферолов, действует дольше и **имеет бóльшую биодоступность**.

Токоферол хорошо проникает в грудное молоко. У недоношенных детей с дефицитом токоферола, не восполненным в первый месяц жизни, могут развиваться гемолитическая анемия, отёчный синдром, ретикулоцитоз и тромбоцитоз. В классификации FDA он **включён в группу А** (при превышении рекомендуемой дозы — группа С). Потребность кормящей матери в витамине Е, согласно рекомендациям Национальной академии наук США, составляет 12 мг/сут, а согласно Нормам физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ (2008 год) — 15 мг для взрослых (+2 мг со второй половины беременности или +4 мг для кормящих).

Минимальная ежедневная потребность в **аскорбиновой кислоте** (витамин С) во II–III триместрах беременности составляет около 60 мг. Теоретически плод адаптируется к высоким дозам аскорбиновой кислоты, принимае-

мым матерью, однако впоследствии у новорождённого возможен синдром «отмены», напоминающий цингу. В классификации FDA препарат находится в группе А (при превышении рекомендуемой дозировки, составляющей 75 мг/сут, — группа С).

Минимальная ежедневная потребность в витамине С у лактирующих — 80 мг. Диета матери, содержащая адекватное количество аскорбиновой кислоты, достаточна для профилактики дефицита витамина С у ребёнка. Избыточное поступление аскорбиновой кислоты в организм матери не влияет на её концентрацию в молоке. Достаточное количество витамина С можно получить из фруктов, шиповника, смородины. По оценке Американской академии педиатрии, приём матерью добавок витамина С совместим с грудным вскармливанием (рекомендованная суточная норма — 95 мг).

Общие рекомендации по фармакотерапии беременных

Для клиницистов, назначающих лекарственные средства беременным, разработаны следующие рекомендации (Larimore W.L., Petrie K.A., 2000).

- Важно по возможности **избегать назначения любых лекарств в I триместре** беременности.
- Предпочтение желательно отдавать монотерапии, использовать препараты короткого действия.
- Местное лечение более желательно, чем системные лекарственные средства.
- Следует **использовать минимальные дозы** наиболее безопасного препарата.
- Применять лекарственное средство надлежит только в том случае, если польза от него превосходит возможный риск для плода.

Применение безрецептурных препаратов во время беременности может иметь серьёзные последствия для здоровья матери и плода (новорождённого). Врачам **следует предупреждать об этом беременных** и контролировать приём всех лекарственных средств, включая препараты растительного происхождения и БАДы.

Единственной возможностью, позволяющей избежать нежелательного воздействия медикаментов во время беременности, можно считать преградившее оздоровление женщин.

Пациенткам, страдающим хроническими заболеваниями, необходимо под наблюдением лечащего врача так подготовиться к беременности, чтобы иметь возможность снизить приём препаратов в ранние сроки до минимума или временно отказаться от них.

Реальной помощью врачам должны стать «Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии» (2014)*, полностью соответствующий ГРЛС, и монография «Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак»**.

Коррекция нарушений фетоплацентарного гомеостаза: как избежать агрессии

Фетоплацентарная недостаточность вместе с «лечением анализов» — излюбленный повод акушеров для назначения огромного, но бессмысленного количества препаратов. В ход идут любые средства, начиная от витаминов и разного рода «поддержек» «Актовегином», «Вобэнзимом» до необоснованных инфузий. Конечно, большинство из них не имеют никакого смысла и просто нагружают организм беременной ненужными химическими соединениями. Но, говоря об акушерской агрессии и полипрагмазии в женской консультации, **важно «вместе с водой не выплеснуть ребёнка из купели»** и пытаться найти какой-то компромисс, а не отвергать любые попытки предотвращения этой ситуации. Лекарственная терапия развившихся нарушений фетоплацентарного гомеостаза неэффективна потому, что становление фетоплацентарной системы в эти сроки уже завершилось, и уже сформировалась ангиопатия с нарушением состава мембранных белков. Поэтому очевидно, что предотвратить это неблагоприятное развитие событий возможно только до их начала. Проблема в том, что специфической терапии не существует, в первую очередь из-за того, что точные этиология и патогенез до конца не ясны. В отсутствие специфического лечения можно проводить профилактические мероприятия, но, во-первых, только у контингента высокого риска по развитию плацентарной недостаточности, чтобы они не превратились в рутинную акушерскую лекарственную агрессию, во-вторых, их необходимо проводить на прегравидарном этапе, предельный срок — ранняя беременность. Потом **лечение бессмысленно**, можно только контролировать степень нарушений и готовить к родоразрешению, когда оно подошло к критической точке, а плод достиг жизнеспособности. И главное — следует отдавать себе отчёт, что предлагаемые меры профилактики также доказательной базы пока не имеют.

Профилактические меры для предупреждения фетоплацентарной недостаточности, по сути, представляют собой устранение неблагоприятного внеш-

* Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 800 с.

** Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляудина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.

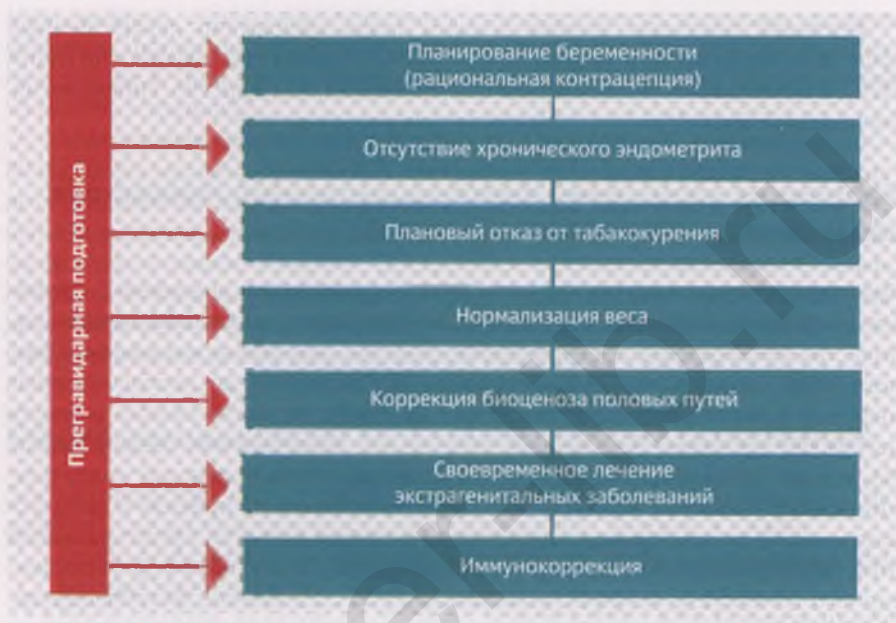


Рис. 4-16. Алгоритм прегравидарной подготовки женщин с высоким риском задержки роста плода.

него воздействия (вредные привычки, работа с вредными условиями труда); нормализацию питания, исключение дефицита жизненно важных веществ (белки, нутриенты); лечение экстрагенитальных заболеваний (или перевод в стойкую ремиссию), лечение гинекологических заболеваний (нормализация биоценоза, постабортная реабилитация и т. д.), поддерживающую лекарственную терапию (или фитолечение) у контингента высокого риска (рис. 4-16).

В связи с этим необходимы:

- выделение групп риска по развитию фетоплацентарной недостаточности;
- полноценная прегравидарная подготовка*;
- ранняя (желательно доклиническая) диагностика фетоплацентарной недостаточности;
- профилактика осложнений у беременных групп риска или с рано диагностированной фетоплацентарной недостаточностью в сроки геста-

* Прегравидарная подготовка: Клинический протокол / [авт. разработ. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.

ции, соответствующие первой и второй волнам инвазии цитотрофобласта (7–9 и 14–17 нед).

Преградивидарная подготовка, в том числе женщин с экстрагенитальными заболеваниями, изложена в соответствующем разделе, поэтому здесь мы **обсудим профилактические мероприятия** (общеукрепляющие и медикаментозные), непосредственно касающиеся группы риска по развитию фетоплацентарной недостаточности.

Для группы риска необходимо системное воздействие на организм женщины для создания и обеспечения эмбриону нормальных условий развития, чего можно постараться достичь следующими назначениями:

- белковая диета с достаточным количеством олигопептидов;
- средства, регулирующие деятельность желудочно-кишечного тракта;
- фитотерапия (регуляция стула);
- общеукрепляющие процедуры (упражнения для беременных по триместрам, воздушные ванны, контрастный душ);
- поливитамины («Элевит Пронаталь», «Фембион»), фолиевая кислота («Фолибер»), фолиевая кислота и йод: («Йодилайф»);
- витамины D по 1000 МЕ/сут («Ультра-Д») и E по 200–400 МЕ/сут;
- каротиноиды;
- ацетилсалициловая кислота.

Диета беременной, а также женщины, готовящейся к беременности, обязательно должна включать в себя полноценный белок — нежирное мясо, рыбу, творог, яйцо. Обязательна коррекция диеты с назначением полиненасыщенных жирных кислот. Возможно использование специальных продуктов на основе олигопептидов. Схема **рационального питания** в период гестации индивидуальна и зависит от массы тела, времени года.

В первой половине беременности энергозатраты повышаются в среднем на 150 ккал/сут; дополнительное поступление энергии должно происходить **за счёт полноценного животного белка**. Не менее 60% белков должно быть животного происхождения, половина этого количества — из мяса и рыбы, более трети — из молока и десятая часть — из яиц. Полноценным белком также богаты обезжиренный творог и нежирные сорта сыра (менее 50% жирности).

Беременной полезно сливочное масло в количестве 25–30 г/сут, а также от 30 г растительного масла (подсолнечного, кукурузного, оливкового), богатого полиненасыщенными жирными кислотами и витамином E.

Среди углеводов в рационе беременной должны преобладать продукты, содержащие пищевые волокна: хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, крупы. Это способствует нормальной работе кишечника. Общее количество сахара не должно превышать 40–50 г/сут. Суточная **потребность беременной в жидкости составляет 35 мл на 1 кг массы тела**. Готовые блю-

да содержат довольно много жидкости, поэтому при рациональном питании объём жидкости (чай, соки, суп и т.д.) не должен превышать 1,2 л. В дневном меню должны присутствовать фрукты (но не более 500 г), йогурты и другие молочнокислые продукты, но не более 2% жирности.

Для рационального питания очень важен режим приёма пищи. В первой половине беременности принимать пищу лучше 5 раз в день, причём мясо, рыбу, крупы следует употреблять утром или днём, а за ужином желательно ограничиться молочно-растительной пищей.

При анемии, наиболее распространённом соматическом заболевании беременных, дефицит белка в рационе пациенток достигает 36%, а при задержке роста плода — ещё больше. Для восполнения дефицита белка, кроме обогащения диеты, показаны продукты лечебного питания.

Пища обязательно должна содержать **полиненасыщенные жирные кислоты** (эйкозапентаеновую и докозагексаеновую) — нерастворимые компоненты биологических мембран, определяющие их проницаемость и регулирующие активность мембранных энзимов. Эти кислоты содержатся в рыбе, понемногу синтезируются в организме из α -линоленовой кислоты. При употреблении 200 мг полиненасыщенных жирных кислот в день (вариант — жирные сорта рыбы 1–2 раза в неделю) достоверно снижается вероятность преждевременных родов, поскольку падает концентрация простагландинов E_2 и F_2 . Другие ценные эффекты этих жирных кислот: они ингибируют агрегацию тромбоцитов, снижают АД у беременной, способствуют созреванию нервной ткани (развитию головного мозга и сетчатки) плода.

При компенсированных формах плацентарной недостаточности необходимо обеспечить организм беременной пластическим и энергетическим материалом **в легкоусвояемой форме** (белки, аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, низкоконцентрированная глюкоза). Всё перечисленное не имеет полноценной доказательной базы, но **соответствует понятию нормализации рациона**.

Витамин D (активная форма — кальцитриол) в небольших количествах поступает с пищей (жирная рыба, печень, яичный желток, некоторые злаки), большая часть синтезируется из холестерина при воздействии ультрафиолетовых лучей солнечного света на кожу.

Согласно рекомендациям Национального института здоровья США, для синтеза витамина D в физиологических количествах необходимо находиться с открытыми для солнечных лучей конечностями на солнце (в промежутке с 10.00 утра до 15.00 дня) по крайней мере дважды в неделю. Исследователи Гарвардского университета уверены, что на территориях, **расположенных выше 37-й параллели**, характеристики солнечного излучения не позволяют накапливать достаточное количество витамина D (вся территория РФ; толь-

ко 3% территории расположено южнее 37-й параллели). На внутрикожный синтез витамина негативно влияют возраст, загрязнение окружающей среды, смуглый оттенок кожи, использование солнцезащитных средств.

Доказано, что гиповитаминоз D во время беременности ассоциирован с риском **рождения маловесных детей** и последующим развитием у них скелетных нарушений вследствие рахита, а также повышает риск других осложнений гестации — **преэклампсии, гестационного сахарного диабета, преждевременных родов**. В популяции дефицит витамина D связан с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе с летальным исходом, сахарного диабета, онкологических заболеваний.

Витамин E (натуральный, полученный из растительных масел холодного отжима) не подвергался контролируемым исследованиям, зато многократно был предметом научных дискуссий. Это прежде всего **антиоксидант**, индуктор апоптоза (как и ацетилсалициловая кислота), содержит 14–16 токоферолов, не менее двух из которых обладают стеролоподобным действием. Показана эффективность витамина E для профилактики осложнений, вызываемых курением табака.

В многоцентровых исследованиях доказана **целесообразность применения микродоз ацетилсалициловой кислоты (от 80 до 125 мг) для профилактики тромбозов** на фоне хронической артериальной гипертензии. У беременных такая ситуация встречается в 11%, то есть у каждой девятой женщины, но безопасность лечения дезагрегантами по-прежнему остаётся дискуссионным вопросом. История, типичная для времён «экспертных» заключений о пользе тех или иных лекарств: уже в 2005 году ацетилсалициловая кислота была признана средством, предотвращающим тромботические осложнения у беременных с гипертензивными состояниями с позиций доказательной медицины (Всемирный конгресс COGI, Афины, 2005).

Подтверждено, что дозировка от 80 до 125 мг ацетилсалициловой кислоты не тератогенна. Однако давным-давно сведения о негативном влиянии ацетилсалициловой кислоты на зубные зачатки всё же публиковались, и, смутно помня об этом (а также об официально зарегистрированных в России противопоказаниях к назначению ацетилсалициловой кислоты), мы по-прежнему **назначаем ацетилсалициловую кислоту с 11–12 нед.**

Что касается экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности в анамнезе, то антиагреганты здесь особенно показаны — в этих случаях ацетилсалициловая кислота выступает в качестве индуктора апоптоза, попутно нормализует маточно-плацентарный (хориальный) кровоток. Патогенетически обоснованным назначение ацетилсалициловой кислоты стали считать после получения данных **о её способности в малых дозах** воздействовать на соотношение «простаглицлин/тромбоксан», улучшая агрегацион-

ные свойства крови и микроциркуляцию. Так или иначе, терапия микродозами ацетилсалициловой кислоты эффективна у беременных с артериальной гипертензией, но при антифосфолипидном синдроме пролонгированию беременности не способствует.

Известно антиагрегантное действие метилксантинов, в частности пентоксифиллина («Трентал»). Акушеры применяли этот препарат более 15 лет без формального одобрения фармкомитета, и лишь недавно ограничения на назначение пентоксифиллина беременным были сняты. Правда, к этому же времени стало понятно, что **предполагаемые эффекты** (улучшение биоэнергетики клетки за счёт накопления макроэрга АТФ) остались недостижимыми, а сам препарат занял «достойное место» в «Списке средств с недоказанной эффективностью» (Минздрав России, 2014).

Из дополнительных способов профилактики фетоплацентарной недостаточности заслуживает упоминания гипербарическая оксигенация. Она нормализует энергетический баланс клеток (антигипоксический эффект), активизирует биосинтетические и репаративные процессы, препятствует образованию или способствует быстрой утилизации токсичных метаболитов, **ограничивает жизнедеятельность** болезнетворных микроорганизмов (антибактериальный эффект).

Историческая справка

С 50-х годов XX столетия учёные пытались лечить гипоксию кислородом. Однако ингаляция кислорода по различным методикам оказывалась эффективна только при выраженной гипоксемии, а при циркуляторной и гемической гипоксии эффективность метода была невелика. Гистотоксическую гипоксию ингаляциями кислорода лечить не получалось совсем. В середине 60-х годов всё же было найдено средство, позволившее **корректировать гипоксию различного генеза, в том числе гемическую**. Это гипербарическая оксигенация, предусматривающая насильственное увеличение кислородных запасов организма и, по некоторым данным, влияющая и на ангиогенез.

Наши исследования (Рябцев К.М., 2002) установили, что гипербарическая оксигенация наиболее эффективна в 6–9 нед беременности (улучшает маточно-плацентарное кровообращение в 100%). Наиболее ранним сроком для применения методики **с целью эффективной коррекции гомеостаза** маточно-плацентарного комплекса можно считать 6 нед. Повторный курс необходим в 14–17 нед гестации (курс включает 10 ежедневных процедур; давление 1,3 атмосферы, экспозиция 30 мин).

При назначении гипербарической оксигенации беременным необходимо учитывать абсолютные и относительные противопоказания:

- эпилепсия в анамнезе;
- наличие полостей (каверны, абсцессы) в лёгких;
- тяжёлые формы гипертонической болезни;
- нарушение проходимости слуховых труб и каналов, соединяющих околоносовые пазухи с внешней средой (полипы и воспалительные процессы в носоглотке, среднем ухе, околоносовых пазухах, аномалии развития и т.п.);
- сливная двусторонняя пневмония;
- острые респираторные заболевания;
- клаустрофобия;
- повышенная чувствительность к кислороду;
- ультразвуковые признаки отслойки хориона.

Однако регулярно и повсеместно использовать гипербарическую оксигенацию сложно (барокамеры есть не везде, они дороги, их необходимо обслуживать, пропускная способность агрегата невелика).

Фитотерапия

Фитотерапию, к сожалению, не применяют там, где она могла бы принести больше всего пользы, — **вместо назначения медикаментов беременным**, особенно при отсутствии доказательной базы: от лекарственных растений вреда меньше.

В 1984 году нами был издан **первый справочник** по применению лекарственных растений в акушерстве и гинекологии*. Книга вызвала интерес у врачей разных специальностей. В 1987 и 1992 годах вышли 2-е и 3-е издания, переработанные и дополненные. Почти четверть века прошло, и вот «Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии»** добрались до 8-й версии, где впервые представлены возможности и результаты применения лекарственных растений, в том числе в форме биологически активных добавок (БАДы — не совсем удачное наименование).

Преимущество препаратов из лекарственных растений заключается в том, что **в организм поступает комплекс родственных ему биологически активных соединений**. Галеновые препараты, созданные на основе лекарственных растений, влияют на организм мягче, чем синтетические, лучше переносятся больными, значительно реже вызывают нежелательные реакции.

* Михайленко Е.Г., Радзинский В.Е., Захаров К.А. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии: Спр. изд., перераб. и доп. — Киев: Здоровье, 1984. — 133 с.

** Радзинский В.Е. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. — 8-е изд., испр. и доп. — М.: Эксмо, 2008. — 320 с.

Однако, объективно оценивая использовавшиеся ранее фитосборы, галеновые и неогаленовые препараты, следует отметить, что многие из них сложно готовить в домашних условиях, они недолго хранятся и неудобно дозируются.

Этих недостатков лишены биологически активные добавки (БАДы) — приготовляемые по специально разработанным технологиям, они хорошо зарекомендовали себя в медицинском мире. Именно в 1985–1995 годах благодаря созданию БАДов начался **ренессанс фитотерапии**. Это направление получило множество сторонников практически во всём мире, прежде всего в развитых странах. Особенно быстро натурология развивается в США, где до 80-х годов прошлого века в конкурентной борьбе лидировали фармацевтические фирмы, производящие «химические» лекарства (до 80% фармакопей).

Взлёт экологии как науки совпал с тем, что **мир осознал потребность в совершенно иных, экологически чистых технологиях**, в том числе для производства лекарств. Современные подходы дали классической фитотерапии второе рождение, к неоспоримым преимуществам добавились новые достоинства: способы экстрагирования с гарантированным содержанием действующих веществ, точная дозировка, длительное хранение и удобство употребления.

С начала 1990-х годов диапазон используемых в России лекарственных растений существенно расширился благодаря фитосборам из растений, произрастающих в других странах и на других континентах. Новые микробиологические технологии позволяют снабжать организм эубиотической микробиотой. Сочетание растительных и микробиологических препаратов **востребовано не только в лечении**, но и для коррекции пищевых рационов, особенно в акушерстве и перинатологии.

Часто организм беременной и плод нуждаются не в интенсивной терапии (которая всё равно неэффективна), а лишь **в профилактике нарушений адаптационно-гомеостатических реакций плацентарной системы**. Весьма ценна такая профилактика при осложнённой беременности и плацентарной недостаточности, если есть риск перинатального инфицирования. В целом использование фитопрепаратов позволяет существенно улучшить результаты антенатального лечения матери и плода, **решить важную задачу перинатальной медицины** — нормализовать обмен веществ в системе «мать–плацента–плод».

Многогранность воздействия растительных лекарств делает фитотерапию незаменимой в комплексном лечении осложнений беременности, протекающих с **мультиорганным поражением** и требующих длительной терапии. Однако назначать некоторые растительные препараты в I триместре беременности нужно так же осторожно, как и синтетические, **во избежание отрицательного влияния** активных компонентов на внутриутробное развитие плода.

Помимо известных и детально описанных в литературе по фитотерапии препаратов, особый интерес в контексте ранних сроков беременности представляют флавоноиды и фитогормоны, в частности гестагены (роль фитоэстрогенов в терапии беременных ещё не определена окончательно).

Полипрагмазия при невынашивании. Сохранять или нет?

Вопреки многолетним усилиям клиницистов частота самопроизвольного прерывания беременности на разных сроках стала достаточно постоянным показателем, не зависящим от успехов фармакотерапии.

Многие важные проблемы в данной области не решены до сих пор. Принципиален, например, **вопрос о целесообразности сохранения** первой беременности при угрозе прерывания в I триместре, когда высока вероятность биологической «выбраковки» эмбриона с генетическими повреждениями.

I триместр — наиболее сложный период беременности: идёт эмбриогенез, формируется плацента, возникают сложные взаимоотношения организма матери и плода. Лечение женщины при угрозе прерывания беременности не должно нарушать эти процессы, и в любом случае **следует избегать тератогенного или эмбриотоксического действия препаратов**. Цель — ослабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование гестации при наличии в матке жизнеспособного эмбриона или плода.

Что же назначают российские акушеры? Общепринятая тактика ведения беременных с угрозой выкидыша предписывает постельный режим (физический и сексуальный покой), полноценную диету, гестагены, витамин E, метилксантины. В качестве симптоматического лечения обычно применяют спазмолитические препараты (дротаверин [«Но-шпа»], свечи с папаверином), растительные седативные лекарственные средства (отвар пустырника, настойка валерианы), то есть препараты, эффективность которых в рандомизированных мультицентровых исследованиях не доказана. **Сегодня в мире нет ни одного лекарства для пролонгирования беременности, состоятельного в критериях доказательной медицины.**

Не доказана эффективность лимфоцитотерапии (хотя перспективность метода ещё недавно казалась очевидной), постельного режима, препаратов магния (магний исключён из категории токолитиков), папаверина в свечах, дротаверина. Не имеет под собой оснований и доказанных клинических эффектов применение у беременных при кровянистых выделениях средств, влияющих на гемостаз (этамзилат [«Викасол»], транексамовая и аминокaproновая кислоты и др.). Кровотечение при выкидышах обусловлено отслойкой

хориона (ранней плаценты), а не нарушениями коагуляции. В связи с этим задача врача — не допустить кровопотери, приводящей к нарушениям гемостаза. Пользуясь достижениями генетики, некоторые исследователи установили, что **82% выкидышей в сроках до 8 нед и 72% — до 12 нед** обусловлены «естественным отбором» (генетические дефекты, хромосомные aberrации) и представляют собой элиминацию аномально сформировавшегося эмбриона. Как правило, при грубых хромосомных нарушениях беременность прерывается в самые ранние сроки — это пред- и постимплантационные потери (до 3–4 нед), которые происходят незаметно даже для самой женщины.

В США, странах Западной Европы подход к решению этой проблемы весьма цивилизованный: **никто не лечит** спонтанное невынашивание в I триместре, поскольку эффективность лекарственной и немедикаментозной терапии не подтверждена исследованиями.

Такое отношение рационально, однако многолетние традиции отечественного акушерства не позволяют сразу всё «взять и отменить». Как написано во втором издании национального руководства «Акушерство», «...отсутствие доказательств неблагоприятного влияния на состояние матери и плода наряду с успешным использованием традиционных схем терапии в отечественной практике на протяжении многих десятилетий не позволяет в настоящее время отказаться от них из-за отсутствия психологической готовности беременных и консерватизма большинства врачей акушеров-гинекологов».

В этой ситуации особенно интересно коснуться **спорных аспектов** лечения невынашивания беременности на ранних сроках.

Гестагены

К началу тысячелетия на планете уже жило около 7 млн детей, испытавших в утробе матери действие прогестинов. В начале XX века Ф. Франкель продемонстрировал роль жёлтого тела в пролонгировании беременности, а первые работы о возможности «сохраняющей» терапии прогестинами появились в печати в 1953 году.

В наше время препараты прогестерона традиционно используют при угрозе прерывания беременности, привычном невынашивании, при недостаточности лютеиновой фазы (дефицит эндогенного прогестерона). Однако результаты исследований последних десятилетий **меняют эти представления**.

В 2003 году в Кокрейновской библиотеке появился метаанализ оценки влияния прогестерона на частоту невынашивания беременности в различных клинических состояниях (Oates-Whithead R.M. et al., 2003). Отдельно анализ эффективности этого средства при угрожающем аборте проведён не был. А год спустя в «Британском медицинском журнале» был опубликован

метаанализ, показавший неэффективность назначения прогестерона для **предотвращения угрожающего аборта** (Sotriadis A. et al., 2004). Впрочем, многие авторы негативно охарактеризовали дизайн исследований, включённых в данный метаанализ. Например, были учтены разные виды прогестагенов, различные дозы и пути введения препаратов. Отличались и критерии включения пациенток в исследование: иногда прогестерон начинали использовать до того, как было подтверждено наличие сердечной деятельности у плода. Метаанализ включал очень мало исследований, а рандомизированных контролируемых среди них не было. Все перечисленные погрешности могли повлиять на статистический результат, поскольку примерно в половине случаев раннее прерывание беременности обусловлено наличием у плода летальных генетических дефектов.

Данные Кокрейновского обзора 2009 года, в который было включено 15 исследований (2118 женщин), также продемонстрировали отсутствие статистически значимой разницы в частоте потери беременности в I–II триместрах среди групп, получавших гестагены, плацебо и не получавших лечения. В то же время, по данным трёх исследований, включённых в указанный обзор, у пациенток с привычным невынашиванием (три самопроизвольных выкидыша в анамнезе и более) **применение гестагенов приводило к значительному снижению частоты потери беременности** в сравнении с женщинами, получавшими только плацебо. К сожалению, данный обзор не содержит выводов о различиях по влиянию на частоту выкидышей ранних сроков разных прогестагенов.

Отдельные рандомизированные исследования на небольших группах пациенток демонстрируют позитивный эффект гестагенов в поддержке беременности ранних сроков. Например, данные проспективного рандомизированного контролируемого исследования за 2001 год свидетельствуют о достоверно **меньшем количестве выкидышей** в группе пациенток, принимавших дидрогестерон с момента появления кровянистых выделений и ещё неделю после их прекращения. Результаты сравнивали с контрольной группой, где женщины лишь соблюдали постельный режим (17,4 и 25,1% соответственно); срок беременности варьировал от 2,5 до 6 нед (El-Zibdeh M., 2005, 2009).

Результаты ещё одного проспективного открытого рандомизированного исследования (Pandian R.U., 2009) продемонстрировали, что терапия дидрогестероном оказывает положительное влияние на пролонгирование беременности у женщин с угрозой прерывания, в отличие от традиционных схем лечения. Сравнительное рандомизированное двойное слепое контролируемое исследование в параллельных группах **продemonстрировало равную эффективность** вагинального микролизированного прогестерона и дидрогестерона при угрозе невынашивания на ранних сроках (Чайковский К., 2007).

Безусловно, современную медицину необходимо строить на принципах доказательности, поэтому профессиональному сообществу крайне необходимы масштабные исследования, подтверждающие или опровергающие роль прогестагенных препаратов в поддержке беременности ранних сроков.

Для исследований эффективности лечения привычного невынашивания разработаны **12 обязательных критериев**, тем не менее проводимые исследования не в полной мере им отвечают, что снижает достоверность результатов анализа. Это даёт основание подозревать, что экзогенный прогестерон всё же не оказывает ожидаемого влияния на течение беременности. Более того, убедительные данные о неоднозначности влияния вводимого экзогенного прогестерона на пролонгирование беременности были ежегодно представлены на конгрессах по контраверсиям в акушерстве и гинекологии в 2006–2014 годах. Увы! Доказательной базы по-прежнему нет.

В этом контексте попытки фармацевтических компаний позиционировать себя как производителей «хорошего» прогестерона — в отличие от «плохого» у конкурентов — выглядят довольно неубедительно. Эта борьба производителей бессмысленна хотя бы потому, что врачей меньше всего должна интересовать прогестеронодонорная роль — при самопроизвольном прерывании беременности дефицит прогестерона при круглосуточном мониторинге лабораторно удаётся подтвердить **не более чем у 12% пациенток** (Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф., 2008).

Лишь недавно стали ясны основные — иммунные — механизмы гестагеновой защиты плода. Хронический (аутоиммунный) эндометрит (точнее, эндометриопатия без признаков воспаления) **как причина невынашивания** в 2 раза значимее, чем истинный дефицит прогестерона. В 2006 году на пленарном заседании Всемирного конгресса акушеров-гинекологов (FIGO, 2006) эту проблему впервые обсуждали как главную, а в 2012 году (FIGO, 2012) были вынуждены повторить и провести интереснейшие слушания по метаанализу Р. Ромеро (2012).

Тема хронического эндометрита для России чрезвычайно актуальна: до 30% первых беременностей женщины прерывают искусственными абортми. **Самопроизвольная утрата гестации происходит всё чаще:** отслойка плаценты наступает у якобы здоровых женщин без преэклампсии или гипертонической болезни. Для изобличения акушерской роли в этиологии этой проблемы уточним: каждая четвёртая якобы репродуктивно здоровая женщина, прервавшая беременность путём искусственного аборта, до наступления беременности страдала хроническим (аутоиммунным) эндометритом. Это характерно для большей части пациенток с привычным невынашиванием (64%).

Что же происходит при беременности в условиях латентно текущего эндометрита? Протективное влияние прогестерона на её течение бесспорно:

от него зависят процессы имплантации, роста и развития эмбриона в эндометрии матери. Помимо собственно устранения прогестеронового дефицита (при его наличии), прогестерон-индуцированный блокирующий фактор (ПИБФ) **предотвращает отторжение наполовину чужеродного плода**, формируя защитный барьер в организме женщины. Обеспечение иммунотолерантности в условиях продуктивного эндометрита невозможно, поэтому около 80% необъяснимых репродуктивных потерь связывают с иммунными нарушениями.

Одна из концепций, описывающих изменения регуляторных механизмов во время беременности, — гипотеза о переключении иммунного ответа, опосредованного Т-хелперами первого порядка (Th_1), на реакцию, опосредованную Т-хелперами второго порядка (Th_2).

Увеличение концентрации провоспалительных цитокинов более чем в 2 раза на фоне хронического воспалительного процесса (в том числе аутоиммунного) активирует протромбиназу. Отсюда — тромбозы, инфаркты трофобласта и его отслойка, и в конечном итоге происходит выкидыш I триместра.

В дальнейшем без реабилитационных мероприятий хронический воспалительный ответ вкупе с оксидативным стрессом приобретает аутоиммунные черты, реализуясь в нарушение имплантации, невынашивание, бесплодие.

Первопричина каскада — эндометрит, своевременно не распознанный и не леченный. Такому повреждённому эндометрию никогда самостоятельно не стать полноценно рецептивным, а без этого невозможно нормальное «окно имплантации» и плацентарное ложе.

Пролонгирование беременности в этих условиях формирует первичную плацентарную недостаточность; избежать этого можно лишь при назначении прогестагена — не только с прогестеронзаместительным действием, но и с влиянием на соотношение Th_1/Th_2 . Увеличение содержания регуляторных цитокинов блокирует воспалительный процесс.

В исследовании внутриклеточного синтеза цитокинов установлено, что на фоне приёма дидрогестерона меняется соотношение Т-хелперов первого и второго порядков, что влияет на дальнейшее течение беременности. Так, было доказано, что экзогенный прогестерон можно применять не для восполнения «дефицита» прогестерона (чаще всего мифического), а для блокады интерлейкинового каскада, что **снижает активность** воспалительного процесса (эндометрит).

В 2009–2010 годах А.В. Усовой и Т.М. Соколовой было проведено исследование иммуноактивных свойств микронизированного прогестерона («Утрожестан»). Применение препарата **в комплексной терапии угрозы прерывания** беременности достоверно изменяет биохимические показатели

и блокирует интерлейкиновый каскад (уровни прогестерона, цитокинов, интерлейкинов ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 достигают значений, характерных для физиологической беременности). Общий вектор — снижение уровня провоспалительных цитокинов и повышение содержания противовоспалительных. Перечисленные показатели после курса лечения были сопоставимы с контрольной группой нормальной беременности. Ещё более убедительные данные о достоверном увеличении выработки ПИБФ при экзогенном введении прогестинов («Утрожестана» вагинально и дидрогестерона перорально) были получены в 2015 году (Sue G.R., Tan K.H., 2015).

Медицинская общественность с надеждой ожидала доказательных данных об эффективности прогестинов в отношении увеличения живорождений после 24 нед беременности. Было проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое исследование в рамках проекта PROMIS (Patient-reported outcomes measurement information system) «Лечение прогестероном в I триместре беременности женщин с привычным невынашиванием неясного генеза в анамнезе». В исследовании было задействовано восемь центров (шесть в Великобритании, по одному в Шотландии и в Нидерландах) и 790 беременных с невынашиванием в анамнезе. Увы! И на этот раз в силу разных причин не было получено убедительных доказательств эффективности прогестерона **при неясном генезе невынашивания** (2016).

Окончательная точка зрения врачебного сообщества по использованию таких современных препаратов, как «Утрожестан» и дидрогестерон, уже выработана на международных конгрессах «Ранние сроки беременности» (Москва, 2011, 2013, 2015, РУДН). Во время дискуссий, **построенных по принципу «мозговых штурмов»**, оба препарата были представлены высококлассными зарубежными и отечественными специалистами. Беспристрастная оценка позволила дать совершенно чёткие рекомендации по назначению этих препаратов в строгом соответствии с ГРЛС: дидрогестерона — перорально с постепенной его отменой к 16–20 нед беременности, «Утрожестана» — интравагинально до 26 нед. С 2015 года — до 34 нед (см. главу 6, раздел «Преждевременные роды»).

На «Контраверсиях» в Париже (2014) были представлены рандомизированные исследования, показавшие (NB!), что если после спонтанно прервавшейся первой беременности женщин не лечат, то благополучное вынашивание и завершение беременности происходит у 86% (!); после двух выкидышей — более чем у 70%, а вот после трёх — не более чем у 60%. По сути, эти цифры стали подтверждением существующей классификации и дефиниции «привычное невынашивание»: зарубежные исследователи и врачи ставят этот диагноз **после трёх** выкидышей, отечественные — **после двух** и даже... одного. Кто прав? Однозначный ответ невозможен в принципе, слишком велики различия: «У кого суп не густ,

у кого — жемчуг мелок!» **Разница количественная:** как уже было показано, в РФ до сих пор делают в 2 раза больше искусственных аборт, чем во всей Европе! Там просто нет такого количества женщин с травмированным репродуктивным аппаратом. **Разница качественная:** представленные европейскими и американскими экспертами результаты основаны преимущественно (78–86%) на медикаментозных прерываниях беременности — не только официальных, но и при неполных выкидышах, — а при неразвивающейся беременности у 100% пациенток ей сопутствует эндометрит (FIGO, 2006). У нас же вакуум-экстракция и, что греха таить, кюретаж достигают тех же 80%, **увеличивая число репродуктивно больных женщин.**

Тем не менее на перинатальном конгрессе (Берлин, 2015) при обсуждении проблемы «две или три» было высказано много предложений идти по «русскому» пути и считать привычным невынашивание уже после двух самопроизвольных выкидышей*.

При изолированной «угрозе невынашивания» беременность без всякого лечения чаще всего (86–88%) сохраняется, причём если за рубежом этот показатель составляет около 80%, то у нас он несколько выше. Причиной, вероятно, выступает **гипердиагностика угрозы невынашивания.** Чего стоит, например, ультразвуковое заключение «повышенный тонус задней стенки матки!» Матка — мышечный орган, и тонус у него есть всегда, причём не только задней стенки, а всех без исключения. Сомнительный вывод по поводу якобы повышенного тонуса задней стенки не должен становиться основанием для диагноза «угрожающее прерывание беременности».

Только анализ эффективности лечения с использованием принципов доказательной медицины позволяет выявить истинную значимость того или иного метода. Что же касается прогестерона, то многолетний опыт специалистов, не использующих в работе ни прогестерон, ни его аналоги, свидетельствует о том, что **спонтанное угрожающее невынашивание до 12 нед беременности (особенно у здоровых первобеременных) можно не лечить вообще.**

Магний

Препараты магния при беременности назначают очень часто. Мировой «золотой стандарт» — магниезиальная терапия при преэклампсии. Тем не менее важно обратить внимание на то, что **из числа токолитиков магний исключён!** Наивные надежды 1960-х годов на то, что двухвалентный магний будет конкурировать с двухвалентным же кальцием за кальциевые каналы,

* Заинтересованным в мировом понимании этой сложной проблемы отсылаем к мировому бестселлеру 2015 года — книге под ред. Г. Карпа «Привычная потеря беременности» (Recurrent loss of pregnancy) в русском переводе под ред. В.Е. Радзинского (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016).

не подтверждены. Кальциевый канал оказался высокоселективным и с магнием никак не связанным. А всю «эффективность» магниевого токолиза можно объяснить тем, что диагноз «угрожающие преждевременные роды» ставили на основании жалоб на «боли внизу живота», не подтверждая цервикометрией и токографией. Рандомизированные исследования показали, что **99,6% этих диагнозов были необоснованными**. Тем не менее лечение настоящих угрожающих и начавшихся преждевременных родов остаётся мировой проблемой акушерства XXI века (см. главу 6, раздел «Преждевременные роды»). За последние 60 лет частота преждевременных родов в мире не уменьшилась. С развитием клинической нутрициологии стало понятно, что у женщин — и особенно при беременности — хронический магниевый дефицит бывает нередко. Несмотря на **отсутствие доказательных данных**, тема актуальная, и прежде всего из-за агрессивной дистрибуции магниесодержащих препаратов!

Из числа нарушений элементного статуса у женщин недостаточность магния распространена более всего. Ссылаются при этом на качественные, хотя и не рандомизированные исследования. По данным исследования, проведённого в Германии с участием 16 тыс. человек, гипомагниемия в общей популяции составила 14,5%; субоптимальной концентрация микроэлемента оказалась ещё у 33,7% обследованных (Schimatschek H.F., 2001).

Известно, что доказанный дефицит магния во время беременности может иметь нежелательные последствия для матери и эмбриона (вплоть до тератогенного эффекта). Магниевый дефицит у плода может стать причиной замедления роста; в последующей, взрослой жизни повышает риск сахарного диабета, метаболического синдрома. Специалисты выделяют две клинические формы хронических гестационных магниевых дефицитов:

- преждевременные схватки, когда хронический дефицит магния у матери вызывает повышенную возбудимость миометрия*;
- синдром внезапной смерти младенцев (sudden infant death syndrome), вызываемый дефицитом магния в организме (доказательных данных нами не найдено).

Однако **агрессивное назначение таблетированных препаратов магния для лечения угрожающего невынашивания бессмысленно**.

Применение «Магне В₆» не только не блокирует сократительность матки, но и чревато опасными осложнениями, поскольку существует риск передозировки витамина В₆; агрессивная тактика дистрибьюторов заставила многих поверить, будто назначение 6 таблеток препарата в сутки способно предупредить выкидыш. Придётся разочаровать врачей, занимающихся

* Ни одного качественного исследования. [Прим. автора.]

клинической практикой. Препарат «Магне В₆», вполне уместный в неврологии, даже при наличии доказанного дефицита магния совершенно не нужен в акушерстве, а фирма-производитель для акушерской практики его и не рекомендовала (ГРЛС РФ, 2008). В этом лекарственном средстве слишком много витамина В₆ и слишком мало якобы необходимого магния. Удовлетворить предполагающуюся потребность в магнии (минимум 4 г) с помощью этого препарата нельзя: чтобы получить даже 1 г магния, необходимо принять 21 таблетку. Более того, такой магнией неэффективен для акушерских целей, поскольку, как уже было показано, **не способен блокировать кальциевые каналы** в цитоплазматической мембране утеромиоцита.

Следовательно, назначение магния для лечения угрозы прерывания беременности, особенно в агрессивно продвигаемой дистрибьюторами таблетированной форме «Магне В₆», по меньшей мере не оправдано.

Доказательная база сформирована в отношении эффективности внутривенного применения магния — в виде магния сульфата — и относится к лечению преэклампсии («золотой стандарт» антигипертензивной терапии; см. главу 6, раздел «Преэклампсия [гестоз]...»). Что касается другой стороны действия препарата, то 10–12 г сухого сульфата магния при внутривенном введении могут производить нужный **церебропротекторный эффект, но не ранее 26 нед беременности.**

Токолитики

Отдельного рассмотрения заслуживает необоснованное назначение токолитиков в ранние сроки (до 16 нед), что происходит сплошь и рядом, а иногда и непрерывно в течение всей беременности. Недопустимость этих рекомендаций можно отразить суммарными подсчётами. Приём «Гинипрала» в течение 20 нед по 3 таблетки в день — это 17 упаковок; стоимость такого «курса лечения» с точки зрения фармакоэкономики неоправданно высока. С позиций же доказательной медицины ситуация и того абсурднее: β -адренорецепторы становятся чувствительны к этим препаратам лишь с 26–27 нед беременности. Применение препаратов ранее этого срока просто бессмысленно. А назначение «Гинипрала» по 1/2, 1/4, 1/8 таблетки напрямую свидетельствует о безграмотности врача. И наконец, **с 1 января 2014 года в РФ, как и во всём мире, запрещены таблетированные формы β -адреномиметиков для беременных**, в том числе любимого многими «Гинипрала»; отныне назначение этих таблеток и их частей — «половинок», «четвертинок», «восьмушек» — за гранью закона, и его следует расценивать как «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей»: неправильный путь введения разрешённого к использованию препарата. Лицензированных токолитиков осталось только

два: β -адреномиметик («Гинипрал» в инъекциях) и блокатор окситоциновых рецепторов — атозибан («Трактоцил»), разрешённый Минздравом России с 2013 года.

Из нелегализованных токолитиков в мире продолжают использовать нифедипин (США, Канада, Евросоюз; в России — только с письменного согласия пациентки, да и то опытные юристы смогут доказать незаконность такого клинического назначения) и ингибиторы циклооксигеназы — нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) — строго с 15-й до 31-й недели и только при отказе беременной от госпитализации.

Столь любимое врачами титрование токолитиков вполне можно было бы возложить на женщину, предварительно оговорив длительность лечения, ибо доказано: **беспрерывный приём β -адреномиметиков нарушает восприимчивость рецепторов к этим веществам**, провоцируя ятрогенные осложнения на более поздних сроках (рис. 4-17).

Глюкокортикоиды

Применение глюкокортикоидов при беременности — предмет многих дискуссий. Пожалуй, никакие другие препараты не вызывают такую бурю споров и разногласий. Рутинно глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон) назначают при угрозе прерывания беременности, подозрении на гиперандрогению, зачастую без исследования гормонального профиля, эмпирически (Майорская М.Б., 2002).

При надпочечниковой гиперандрогении, обусловленной дефицитом 21-гидроксилазы (неклассическая форма врождённой гиперплазии коры надпочечников), неизменно назначают дексаметазон в индивидуальной дозе не только в прегравидарный период, но и до конца беременности. Оценить обоснованность этих назначений помогают исторические факты.

Первые сообщения французских и англоязычных авторов о применении кортизона у беременных животных **были оченьстораживающими**. Эксперименты Courrier и Collonge (1951), Fraser (1951), De Costa и Abelman (1952) показали, что влияние глюкокортикоидов на беременность явно негативное: внутриутробная смерть с резорбцией плода, выкидыши, значительное уменьшение размеров оставшихся в живых плодов, нежизнеспособность новорождённых, уродства и дефицит роста.

Очень скоро появились опровержения тератогенного и abortивного действия терапевтических доз глюкокортикоидов на человеческий плод. Желание исследователей применить препараты этой группы во время беременности было вполне понятно. В первую очередь была острая необходимость лечить ревматические заболевания беременных. Эти пациентки

составили первую группу наблюдений влияния глюкокортикоидов на человеческий плод.

Во второй половине 1950-х возникла теория о связи невынашивания беременности с гиперандрогенией. Французские исследователи того времени (Bret, Jayle, Gueguen, Nolot и др.) отмечали, что оволосение по мужскому типу, размер плечевого пояса больше поперечного размера таза и повышенная секреция 17-кетостероидов **связаны с повышенным риском** выкидышей малого срока.

Bret et al. первыми назначили глюкокортикоид (кортизон) таким большим. Gueguen и Nolot (1961) предпочитали назначать вместо кортизона преднизолон в малых дозах (от 10 мкг до 1 мг). Главным показанием к назначению глюкокортикоидов они сочли увеличение экскреции 17-кетостероидов более 13 мг/сут. Авторы не обнаружили никаких отклонений у новорождённых. Уверенность в безопасности такого лечения была настолько велика, что авторы рекомендовали начинать терапию глюкокортикоидами во всех случаях, **когда не удаётся установить этиологию угрожающего выкидыша**, потому что «... всё равно нечего терять» (Gueguen).

Однако такой радикальный подход к лечению невынашивания беременности на Западе не прижился. С. Tchobroutsky и J. Varangot в 1965 году опубли-

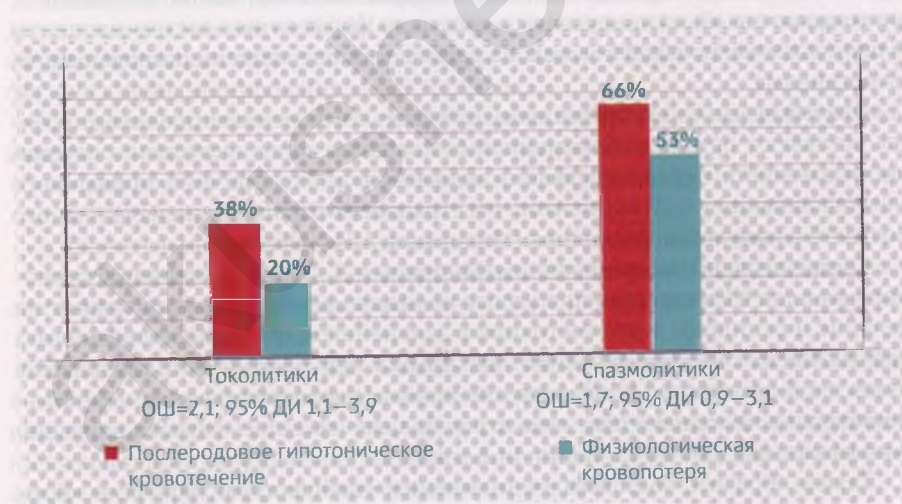


Рис. 4-17. Применение токолитиков без показаний и спазмолитиков при беременности и вероятность послеродового кровотечения (Артымук Н.В., Сурина М.Н., 2013).

ковали исследование, демонстрирующее, что у таких пациенток **назначение глюкокортикоидов прогноза не улучшает**. В наблюдениях за беременными, получавшими глюкокортикоиды по медицинским показаниям (ревматоидный артрит и другие аутоиммунные заболевания), не было обнаружено хоть какого-то снижения риска невынашивания.

В 1990-е годы интерес к лечению невынашивания глюкокортикоидами на какое-то время вновь вспыхнул в связи с открытием антифосфолипидного синдрома. Однако оказалось, что **глюкокортикоиды** могут незначительно снизить титр антифосфолипидных антител, но **не могут предотвратить микротромбоз** сосудов плаценты. Именно поэтому такого рода подход к лечению антифосфолипидного синдрома в настоящее время почти нигде не применяют.

Более того, исследователи предполагают, что даже кратковременное назначение глюкокортикоидов может очень надолго «перепрограммировать» работу функциональных систем плода и отрицательно повлиять на АД, метаболизм и формирование поведения. На деле синтетический гормон «обманывает» организм плода, имитируя стрессовый сигнал из организма матери, заставляя плод раньше времени форсированно мобилизовать резервы. В этом суть отрицательного действия глюкокортикоидов.

Негативный эффект ещё больше оттого, что имеющиеся современные пролонгированные препараты, такие как дексаметазон, метилпреднизолон, **не поддаются** инактивирующему действию ферментных систем плаценты и продолжительно воздействуют на органы и ткани-мишени развивающегося организма.

Оказывая иммуносупрессивное действие, современные глюкокортикоиды оставляют организм беременной без защиты перед вирусами, повышают вероятность персистирующего эндометрита. Это причина привычного невынашивания у 63% пациенток, им страдает до 25% женщин фертильного возраста в популяции россиянок (Милованов А.П., 2007).

Согласно нашим исследованиям (Миронов А.В., 2008), применение глюкокортикоидов с I триместра при угрозе невынашивания **никак не влияет** на течение и рецидивы этого состояния в дальнейшем. Во II триместре частота угрожающего самопроизвольного выкидыша при приёме этих препаратов стала в 1,5 раза ниже (48,6% в группе приёма глюкокортикоидов и 69,9% — в контрольной), однако при этом втрое больше оказалось случаев начавшегося выкидыша (соответственно, 14,2 и 4,2%).

Таким образом, мировым медицинским сообществом (конгресс «Контраверсии» в Барселоне, 2007) **лечение угрозы прерывания беременности** глюкокортикоидами с точки зрения доказательной медицины признано нецелесообразным.

Пути преодоления полипрагмазии

Повторимся: до настоящего времени в мире нет ни одного лекарства, способность которого пролонгировать беременность **выдержала бы проверку на прочность** по критериям доказательной медицины.

Назначение прогестерона, если у пациентки нет хронического эндометрита и/или доказанного дефицита этого гормона, не способствует сохранению беременности — это задача эндогенного прогестерона.

Прогестерон — иммуносупрессор, он не только корригирует гипопрогестеронемию, но и опосредованно влияет на систему провоспалительных цитокинов, блокируя воспаление.

Лечить гиперандрогению после наступления беременности без абсолютных показаний нецелесообразно. Андрогены матери после зачатия не влияют на функцию жёлтого тела и не проникают через плаценту. Это значит, что данные вещества не участвуют в формировании надпочечников плода и не связаны с гиперандрогенией плода, в том числе с вирилизацией наружных женских половых органов. Что касается глюкокортикоидов для антенатальной защиты плода, то главной целью такого назначения называют как раз предупреждение вирилизации наружных половых органов девочек — достаточно бессмысленная затея.

Плодовые и материнские **андрогены необходимы** для образования эстрогенов в плаценте во II и III триместрах беременности. Более того, повышение содержания гидроксипрогестерона впервые в I триместре может быть связано с функционированием жёлтого тела.

С позиций доказательной медицины **целесообразна** следующая тактика ведения женщин с надпочечниковой гиперандрогенией:

- верификация врождённой гиперплазии коры надпочечников на этапе прегравидарной подготовки;
- пренатальная диагностика пола плода и мутации у него гена *CYP 21B**;
- продолжение лечения дексаметазоном беременных с врождённой гиперплазией коры надпочечников в случае плода женского пола с мутацией гена *CYP 21B*.

Дексаметазон — препарат выбора для таких пациенток, поскольку он, в отличие от преднизолона или метилпреднизолона, проникает через плацентарный барьер. Во всех остальных случаях **дексаметазон не показан** (рекомендации Европейской ассоциации перинатальной медицины, исследовательская группа по преждевременным родам).

* У 95% женщин причиной врождённой гиперплазии коры надпочечников оказывается дефицит фермента 21-гидроксилазы, возникающий вследствие инактивации гена *CYP 21B*, кодирующего фермент цитохрома P₄₅₀.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сразу скажу: отсутствие **рациональной реабилитации** после внематочной беременности также можно считать акушерской агрессией, реализуемой на прегравидарном этапе.

По данным Минздрава России (2014), **материнская смертность** по причине осложнённой внематочной беременности составляет 4 на 100 тыс. родившихся живыми, причём в сравнении с 2013 годом этот показатель уменьшился на 52,4%. В целом в структуре гинекологических заболеваний внематочная беременность составляет 9,5%, она же приводит к 47% экстренных вмешательств. С позиций локализации по-прежнему доминирует **трубная беременность** (96,5–98,5%).

Ещё в 2003 году исследование репродуктивного здоровья пациенток, перенёвших хирургическое лечение трубной беременности, показало, что данное заболевание — удел женщин детородного возраста; большинству из них (86,4%) в момент операции было 21–35 лет (Бани Одех Е.Ю.).

Почему же в структуре эктопических беременностей становится всё больше трубных? Проблема — в отсутствии **полноценной реабилитации** после любых оперативных вмешательств на половых органах, прежде всего после искусственных аборт и уже бывших трубных беременностей. Вследствие этого **вероятна повторная** внематочная беременность, ведь преморбидный фон не изменяется.

Диагностика

Чрезмерное увлечение лапароскопической диагностикой трубной беременности в 1980-е годы стало причиной множества **ложноотрицательных результатов** на фоне сохраняющейся эктопической беременности. Следствием подобной агрессии оказалась **утрата бдительности**: при **ненарушенной** трубной беременности определить её при лапароскопии практически невозможно.

Кроме того, в 2 нед гестации труба ещё не изменена, всё плодное яйцо — с булавочную головку. Ложноотрицательное заключение мешает своевременно отреагировать на разрыв трубы или трубный аборт. На практике получается, что лапароскопия в данной ситуации приносит вред и повышает материнскую смертность.



«Золотым стандартом» диагностики трубной беременности признано определение β -ХГЧ и обнаружение трофобласта вне матки при УЗИ, начиная с 18-го дня задержки менструации. Если при положительном тесте на β -ХГЧ и при трёхнедельной задержке менструации врач при УЗИ не находит трофобласт ни в матке, ни вне её, то в клинике следует что-то менять: либо аппарат на прибор более высокого качества, либо врача на более грамотного (как вариант — научить его не на курсах, а на рабочем месте при индивидуальном наставнике).

Несовершенство диагностики связано и с **отсутствием единых критериев** трубной беременности: симптомы могут быть сомнительными, данные физикального исследования — вариабельными. Например, высока вероятность ложноположительных результатов мочевых тестов на β -ХГЧ — до 11,4% (Цырлина Е.В., Порошина Т.Е., 2008). Проба для определения в сыворотке крови β -субъединицы ХГЧ **положительна практически во всех** случаях эктопической беременности, в то время как проба на ХГЧ в моче («домашний» тест на беременность) — только у 50%. Также невысока специфичность эстрадиола, СА-125, креатинфосфокиназы, предлагаемых в качестве маркеров трубной беременности (Spitzer M., 2000).

Зарубежные специалисты руководствуются другими стандартами. В рекомендациях Королевской коллегии акушеров и гинекологов (Royal college of obstetricians and gynaecologists, RCOG) и Американской коллегии врачей отделений неотложных состояний (American college of emergency physicians, ACEP) для обследования пациенток с подозрением на эктопическую беременность предложена **только концентрация сывороточного β -ХГЧ** (RCOG, 2004). Содержание этого маркера информативно лишь при попадании в дифференциальную зону (менее 1000 мМЕ/мл), что наблюдают более чем у половины «подозреваемых».

Если концентрация β -ХГЧ находится «вне дифференциальной зоны», выполняют **повторное исследование**. Отсутствие прироста этого показателя после первой пробы в течение 48 ч на 66% или удваивания за 72 ч свидетельствует о возможности трубной беременности (Kadar N., 1994). Однако и здесь есть нюансы: у 64% пациенток с трубной беременностью всё же происходит удвоение содержания β -ХГЧ, а при медленном нарастании его концентрации в 15% всех эктопических беременностей клиническая картина соответствует маточному варианту (Shepherd R.W., 1990). Результаты УЗИ не всегда достоверны, но у 3–14,5% больных эктопическую беременность обнаруживают случайно, поскольку типичных клинических симптомов нет (Condous G., 2006; Mol W.B., 2004).

Поскольку **результаты эхографических исследований** неоднозначны, в рекомендациях RCOG (2003) предложено **анализировать их параллельно со значениями β -ХГЧ**. Если показатель достигает 2000 ммоль/л и выше, а плодного яйца в полости матки всё ещё нет, следует **обоснованно** предположить эктопическую беременность.

Лечебная тактика

Сложности диагностики, обусловленные отсутствием чётких критериев, — не самая большая проблема. Специалисты, к сожалению, недооценивают необходимость **сохранения репродуктивного потенциала** и реабилитации в послеоперационном периоде. Активно обсуждая предпочтительность того или иного вида оперативного вмешательства, хирурги **редко задумываются** об их воздействии на организм женщины фертильного возраста, о её будущем репродуктивном потенциале.

Не получила широкого признания **микрохирургическая техника** пластики маточных труб, призванная сохранить здоровье и репродуктивную функцию женщины; не оправдало ожиданий **местное применение** метотрексата (сначала в полость плодного яйца при развивающейся беременности, далее — внутримышечно), так как в дальнейшем трети пациенток приходилось подвергаться оперативному вмешательству (Майоров М.В., 2013).

И всё же однозначно утверждать, что радикальные методы лечения трубной беременности лучше, чем органосохраняющие, не получается: результаты оперативных вмешательств **тоже неоднозначны**. По данным А.Н. Стрижакова, после консервативного лечения трубной беременности **риск повторной эктопической имплантации** составляет 8–16% как в оперированной, так и в контрлатеральной трубе, а после оперативного вмешательства на единственной трубе риск повторной внематочной беременности возрастает до 15–38%. По мнению автора, лапароскопическая тубэктомия показана женщинам с выраженной деструкцией маточной трубы, а для сохранения репродуктивной функции желательна туботомия.

Изучая влияние различных видов органосохраняющих операций на репродуктивное здоровье женщин, нашим сотрудникам удалось установить, что лапароскопический доступ при внематочной беременности имеет статистически **значимые преимущества** по сравнению с лапаротомным (табл. 4-4):

- в 5,5 раза снижается частота спайкообразования;
- в 3,2 раза сокращается риск повторной внематочной беременности;
- в 1,9 раза возрастает частота наступления маточной беременности (Лапина Н.В., 2008).

Таблица 4-4. Сравнительная оценка исхода органосохраняющих операций

Показатель	Лапаротомия, %	Лапароскопия, %
Проходимость оперированной трубы	40,9	62,5
Трубно-перитонеальный свищ	7,9	12,1
Спайки	80,6	14,7*
Маточная беременность	22,7	43,3*
Повторная внематочная беременность	27,3	8,5*
Вторичное бесплодие	42,0	38,8
Невынашивание беременности	9,1	9,4

* $p < 0,05$.

Органосохраняющие операции при внематочной беременности неодинаково обеспечивают функционирование прооперированной маточной трубы. После **резекции сегмента трубы** достоверно чаще наблюдаются:

- непроходимость прооперированной трубы (в среднем у 92,9% женщин);
- перитубарные спайки (в среднем 47,2%);
- вторичное бесплодие (в среднем 63,4%);
- минимальная частота наступления маточных беременностей (в среднем 8,4%); они осложнены угрозой невынашивания в 13,8%.

После **линейной сальпингостомии** наблюдают следующие результаты:

- трубно-перитонеальные свищи (в среднем 23,3%);
- перитубарные спайки (в среднем 54,6%);
- повторную внематочную беременность (в среднем 20,3%);
- вторичное бесплодие (в среднем 40,1%).

После **вакуум-аспирации**:

- проходимость труб (81,1%);
- нет трубно-перитонеальных свищей;
- низкая частота спайкообразования (7,4%);
- высокая частота наступления маточной беременности (70,4%);
- вторичное бесплодие (22,2%);
- низкая частота повторной внематочной беременности (3,7%).

После **выдавливания плодного яйца**:

- проходимость труб (87,3%);
- нет трубно-перитонеальных свищей;

- перитубарные спайки (в среднем 39,5%);
- вторичное бесплодие (24,1%);
- повторная внематочная беременность (в среднем 16,4%);
- высокая частота наступления маточной беременности (54,8%).

Реабилитация

Выбор способа органосохраняющей лапароскопической операции по поводу внематочной беременности во многом, но не абсолютно **определяет последующую** репродуктивную функцию пациентки. С другой стороны, очевидно, что едва ли стоит сводить причины infertility лишь к последствиям хирургической травмы.

Тактика с сохранением маточных труб любой ценой, восстановлением их проходимости различными лапароскопическими методиками — увы! — не оправдала надежд (Радзинский В.Е., Духин А.О., 2004). В большинстве случаев исходная оценка функционального состояния репродуктивной системы неадекватна, вследствие чего лечение всегда носит скорее **эмпирический характер**.

Главный итог проведённых исследований — операция ликвидирует внематочную беременность, однако **не устраняет факторы**, которые к ней привели.

Опыт применения послеоперационных реабилитационных мероприятий позволил получить интересные данные: при высокой эффективности применяемых методик для одной группы пациенток этот же объём помощи **оказывался недостаточным** для восстановления фертильности у другой части женщин. Получается, что **основной причиной неудач** в лечении были не только морфологические изменения маточных труб, но и другие патогенетические механизмы, в том числе иммунные.

Морфологическое **исследование удалённых** маточных труб проясняет причины трубной беременности: практически всегда можно определить признаки воспаления, лейкоцитарную инфильтрацию, в 14,6% препаратов — отёк; в 5,6% образцов — глубокую инвазию в стенку маточной трубы, в 5,6% — некроз (Майскова И.Ю., 2008).

Что касается **последствий оперативных вмешательств**, то кистозные изменения яичников после лапаротомной тубэктомии чаще всего были сформированы на фоне хронического сальпингофорита. Закономерный и **неизбежный исход** в таком случае — нарушение гормонопродуцирующей функции яичников. Поскольку, к сожалению, практика назначения пациентке гормональной контрацепции на полгода после операции так и не стала об-

щепринятой, эти изменения у большинства женщин **прогрессируют, формируя фон** для повторной трубной беременности.

Аномально низкая продукция эмбриотропных антител была диагностирована у большинства пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза и инфекциями мочеполовой системы. Прогрессирующие изменения иммунного статуса и нарушения иммунорезистентности не только попустительствуют размножению возбудителей, но и допускают **присоединение новых патогенов**. Это укладывается в гипотезу о том, что изменения иммунного гомеостаза могут усугублять нарушения репродуктивной функции (Радзинский В.Е., Духин А.О., 2004). Таким образом, восстанавливать репродуктивное здоровье после хирургического лечения трубной беременности можно, лишь разрабатывая эффективные и патогенетически обоснованные методики.

В подтверждение вышесказанного можно привести результаты исследования с участием 48 оперированных больных с внематочной беременностью. Курс предопределённой реабилитационной терапии с учётом иммунореактивности в каждой группе прошли чуть более половины пациенток (рис. 4-18 и 4-19). У 40% женщин **после комплекса** реабилитационных мероприятий наступила нормальная беременность, **аналогичных результатов без реабилитации** достигли только 25% участниц.

Наилучшими оказались результаты восстановления у пациенток со сниженной реактивностью иммунной системы: почти у каждой второй наступила маточная беременность. В группе, где была зафиксирована нормореактивность, беременность наступила у каждой третьей. Наихудшие показатели (забеременела только каждая четвёртая) были у пациенток с гиперреактивным иммунитетом, преобладанием гормональных нарушений (недостаточность лютеиновой фазы, ановуляция, заболевания щитовидной железы). Однако достоверных различий по группам выявлено не было.

Таким образом, **даже успешное восстановление** анатомической проходимости маточных труб, лечение инфекций и коррекция гормонального статуса не могут служить гарантией наступления нормальной беременности. Из этого можно сделать вывод, что эктопическая беременность — не только **симптом**, но и причина глубоких нарушений репродуктивной функции.

Пути преодоления неудач

Подведём итоги. «Золотой стандарт» диагностики трубной беременности — **определение содержания β -ХГЧ** и обнаружение трофобласта вне матки при УЗИ с 18-го дня задержки менструации. Зарегистрировать патологические

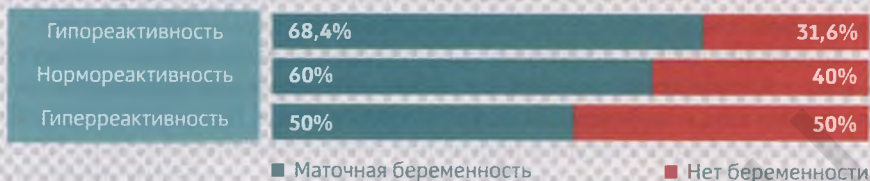


Рис. 4-18. Репродуктивная функция пациенток после реабилитации.

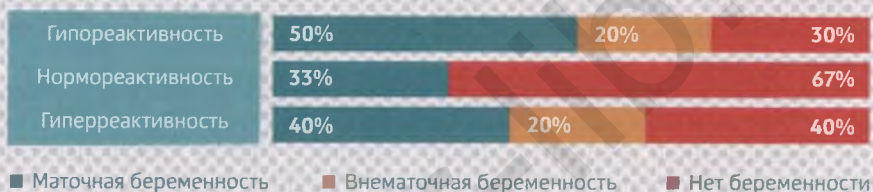


Рис. 4-19. Репродуктивная функция пациенток в зависимости от иммунореактивности после реабилитации.

изменения при ненарушенной трубной беременности в этом сроке лапароскопическим путём не представляется возможным.

Для быстрого выздоровления и улучшения качества дальнейшей жизни **оптимален лапароскопический доступ**, а при непроходимости противоположной маточной трубы предпочтительна **органосохраняющая операция**. В идеале следует диагностировать ненарушенную трубную беременность, чтобы сохранить трубу, применяя лапароскопический милкинг или туботомию. Маточная беременность при условии адекватного восстановительного лечения чаще наступает после органосохраняющей операции (у 72% пациенток), чем после тубэктомии (у 57,1%).

Коррекцию иммунного статуса при аномальном содержании регуляторных эмбриотропных аутоантител целесообразно проводить заблаговременно (до наступления последующей беременности), но не позднее 3 мес после разрешения внематочной беременности, чтобы оплодотворение и имплантация яйцеклетки, дальнейшее развитие эмбриона и плода происходили на фоне нормальной иммунной реактивности. Несомненно, что эффективность восстановления репродуктивного здоровья в послеоперационный период зависит не столько от типа хирургического вмешательства, сколько **от состояния иммунной системы** организма.

Неотъемлемые **компоненты** успеха восстановления фертильности — лечение мочеполовых инфекций и коррекция гормонального статуса.

Выбор метода лечения в нашей практике зависел от следующих факторов:

- желая пациентки забеременеть в будущем;
- значительных морфологических изменений в стенке маточной трубы («старая» внематочная беременность, истончение стенки трубы в месте плодовместилища);
- повторной беременности в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции;
- локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы;
- выраженного спаечного процесса в малом тазу;
- эктопической беременности после пластических операций на маточных трубах по поводу трубно-перитонеального бесплодия.

Органосохраняющие операции на маточных трубах были выполнены 312 пациенткам (74,3%) с внематочной беременностью (Лапина Н.В., 2008). Во время **лапаротомии** органосохраняющие операции на трубах проведены в 64,7%: оперативное лечение методом линейной сальпингостомии — 8,6%, операция выдавливания плодного яйца — 5,5%, резекция сегмента маточной трубы — 6,9%. **Лапароскопическим** путём операции на трубах осуществлены в 78,8%: линейная сальпингостомия — 20,9%, выдавливание плодного яйца — 15%, вакуум-аспирация — 6,5%, резекция сегмента маточной трубы — 10,9%.

Следует отметить, что **осложнения** во время беременности у пациенток, сохраняющих иммунную нормо- и гиперреактивность, оказались в пределах популяционных значений (самопроизвольный выкидыш — 11%, неразвивающаяся беременность — 3,7%). Разумеется, столь неплохие показатели можно связать с **прегравидарной подготовкой и диспансеризацией** женщин из групп высокого риска репродуктивных потерь. Что же касается пациенток с гипореактивным иммунитетом, то даже в случае наступления беременности **прогноз зависит** от эффективности лечебных мероприятий.

Восстановление репродуктивного здоровья после оперативных вмешательств требует тщательной оценки состояния всех звеньев репродуктивной системы. Сохранить фертильность после хирургического лечения на фоне хронических ВЗОМТ способна только грамотно выстроенная комплексная реабилитация с обязательным профилактированием спаечной болезни. С этой целью показано назначение конъюгата гиалуронидазы с высокомолекулярным носителем (известен российским клиницистам под торговым наименованием «Лонгидаза»), которому в 2015 году ВОЗ присвоила международное непатентованное название «бовгиалуронидаза азоксимер».

Эффективность терапии этим препаратом была продемонстрирована в исследовании 50 женщин **в возрасте от 20 до 40 лет** с обострением хронических

ВЗОМТ. Пациенткам было назначено лечение по двум схемам (n=50): антибактериальная терапия, дополненная «Лонгидазой», либо антибиотики и плацебо (схема назначения: по одному ректальному суппозиторию 3000 МЕ 1 раз в 3 дня, курс 10 свечей).

У 92% женщин, пролеченных по первой схеме, была достигнута элиминация специфических возбудителей из шеечной слизи (против 32% — у женщин, которым назначали только антибиотики), что продемонстрировало истинный «адьювантный» эффект обсуждаемого средства. Результативность терапии — проходимость маточных труб — возросла на 23% у тех, кто получал комбинированное лечение, и лишь на 5% — у пациенток, получавших только антибиотики.

Ключевым показателем эффективности двух программ терапии ВЗОМТ в исследовании стало количество наступивших после лечения беременностей у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием: 20 vs 0% для первой и второй схем соответственно.

Для профилактики **влагалищного дисбиоза** в периоперационном периоде следует своевременно диагностировать и правильно лечить воспалительные заболевания органов малого таза и ИППП, добиваясь нормобиоценоза и иммунореактивности.

Для предупреждения или своевременной диагностики нарушений репродуктивной функции в комплекс исследований перед операцией необходимо включить **микробиологическое** обследование (рис. 4-20).

Реабилитация женщин **после хирургического** лечения гинекологических заболеваний состоит из следующих этапов:

- восстановление зубиоза половых путей;
- лечение хронических воспалительных заболеваний;
- иммунокоррекция;
- восстановление двухфазного менструального цикла;
- рациональная контрацепция.

При выборе метода хирургического лечения предпочтение необходимо отдавать **лапароскопическому** доступу.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ

Невынашивание беременности — главная научно-практическая проблема отечественной репродуктологии. Интерес к ней объясняется **стабильно высокой** частотой этого осложнения (10–30%) практически во всех странах мира.



Рис. 4-20. Алгоритм ведения пациенток до и после хирургического лечения гинекологических заболеваний.

В кризисной демографической ситуации, сложившейся в современной России, когда государство и общество заинтересованы в благополучной реализации репродуктивной функции каждой женщиной, **прерывается 15–20% желанных беременностей**. Это приводит к демографическим потерям — в стране не рождается 200 тыс. желанных детей. Картина плачевна: из 10 беременных рожают только пять, три же делают аборт, а у двух (20%) беременность прерывается самопроизвольно (рис. 4–21).

Причём количество самопроизвольных аборт заметно **возросло**: в 1995 году их было 7,2% от общего числа прерываний беременности, в 2010 году — 16,4% и в 2014-м — 28,9% (рис. 4–22). До 30% перинатальных потерь составляют самопроизвольные выкидыши у женщин, имеющих в **анамнезе** артифициальные аборты.

Установлено, что **риск потери беременности** после первого выкидыша составляет 13–17%, что соответствует частоте спорадического аборта в популяции. После двух предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза — до 36–38%.

Большая часть самопроизвольных выкидышей (около 80%) происходит в I триместре беременности. Учитывая, что выкидыши часто случаются спустя 4–6 нед после замирания беременности, можно сказать, что именно с **I триместром** связано более 90% всех самопроизвольных выкидышей.

В структуре невынашивания около 25% составляет **привычный выкидыш**, в этом случае большинство прерываний (45–88,6%) происходит в I триместре по типу неразвивающейся беременности. Согласно определению ВОЗ, привычным выкидышем считают наличие в анамнезе прерывания трёх и большего количества беременностей **сроком до 22 нед**, следующих подряд. В настоящее время многие специалисты считают, что двух последо-

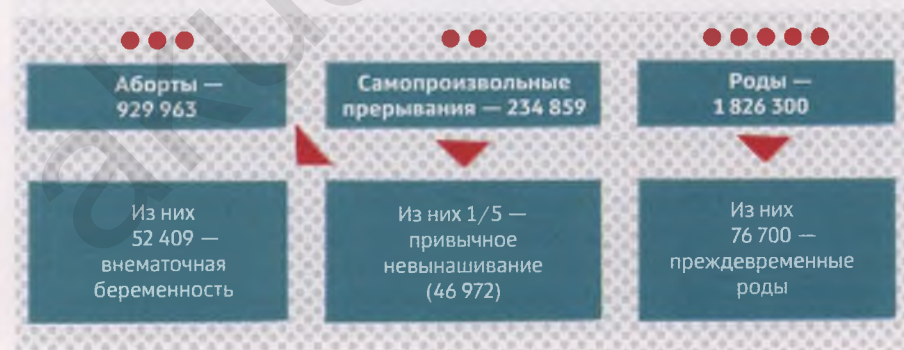


Рис. 4–21. Репродуктивные потери (Росстат, 2015).

вательных выкидышей достаточно для того, чтобы супружескую пару определили в категорию семей с привычным невынашиванием. Высокая значимость этой проблемы связана как с её рецидивирующим характером, так и со значительными **трудностями в диагностике** и особенно в выборе рационального лечения, часто сопровождающегося необоснованным назначением некоторых препаратов.

Странно, что проблема невынашивания не пользуется должным вниманием государства и медицинской общественности. Ведь оптимизация профилактики и лечения женщин с невынашиванием беременности — **своеобразный резерв снижения материнской заболеваемости, а также повышения рождаемости.**

Суть проблемы — ухудшение общего и репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. Однако в научных работах, к сожалению, недостаточно убедительно говорится о необходимости сохранения и восстановления репродуктивного здоровья тех женщин, которые перенесли потерю беременности — как искусственное прерывание, так и самопроизвольное.

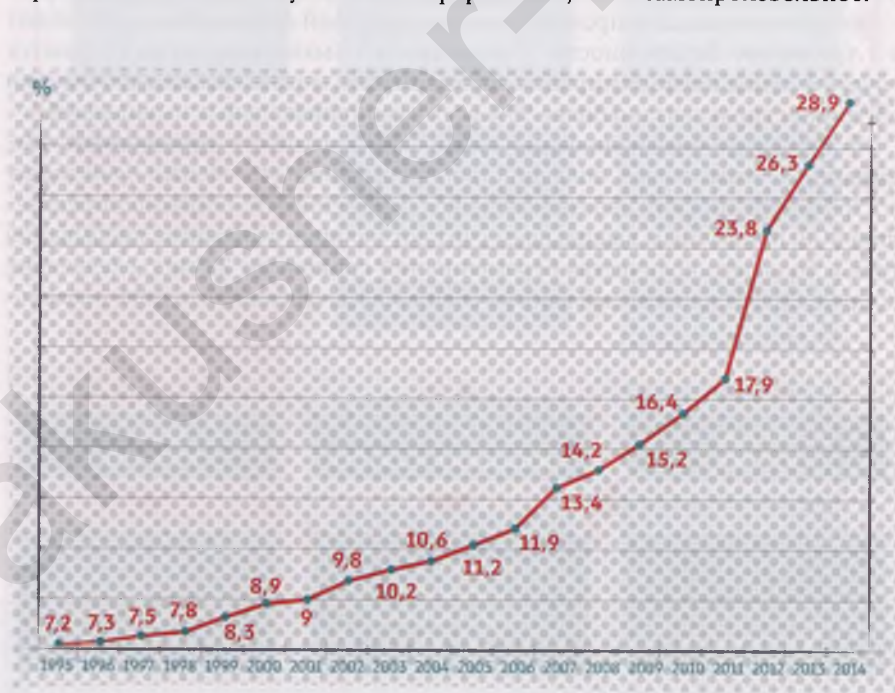


Рис. 4-22. Динамика самопроизвольных абортов в России, % от общего числа абортов.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По данным Министерства здравоохранения РФ, вот уже 7 лет подряд в нашей стране материнская смертность от **экстрагениальных заболеваний** занимает первое место среди других причин: в 2013 году — 2,48, а в 2014-м — 2,68 на 100 тыс. родившихся живыми. Перинатальные потери также часто связаны с нездоровьем беременной женщины.

Современное акушерство стремится не только к значимому снижению перинатальной смертности, но и к уменьшению перинатальной заболеваемости и инвалидизации детей, рождённых матерями с низким индексом здоровья.

Согласно новым публикациям, **соматическое нездоровье** беременных за последние годы значительно усугубилось. Если в 50–60-е годы XX века те или иные соматические заболевания выявляли у 30–40% беременных, то в наши дни этот показатель превышает 60%. По разным данным, до 70% беременных страдают хроническими заболеваниями, а у 86% за время гестации развиваются острые или обостряются хронические заболевания.

Среди экстрагениальных заболеваний **лидерство прочно удерживают** анемия, воспалительные болезни почек и мочевыводящих путей, хроническая артериальная гипертензия (рис. 4-23). Так, анемию выявляют у 32% беременных в России, а заболевания мочеполовой системы — у 17%. По отдельным федеральным округам и даже по городам перечисленные показатели различаются в 3–5 раз, что связано с экологическими, социальными и другими **особенностями региона**.

Объясняются столь высокие цифры экстрагениальной заболеваемости беременных довольно просто: если в далёком прошлом такие женщины были обречены на трудное существование и раннюю смерть, то благодаря успехам различных направлений медицины, в том числе и ВРТ, они **получили возможность** выполнения генеративной функции. Однако проблема даже не в констатации ежегодного прироста соматической заболеваемости. Чрезмерно велика смертность женщин, имеющих высокий риск материнской и перинатальной летальности: о вероятности смерти матери и ребёнка было известно заранее, однако **помощь была неадекватной**, а главное — неспециализированной.

Подобная **ситуация связана с отсутствием полноценного оздоровления** женского населения страны, начиная с детского возраста. Соматическая заболеваемость растёт в геометрической прогрессии: уже к началу XXI века прирост составил 20,8%. Треть подростков имеют два экстрагениальных заболевания и более, а у выпускниц школ эта цифра достигает чудовищных 82%.

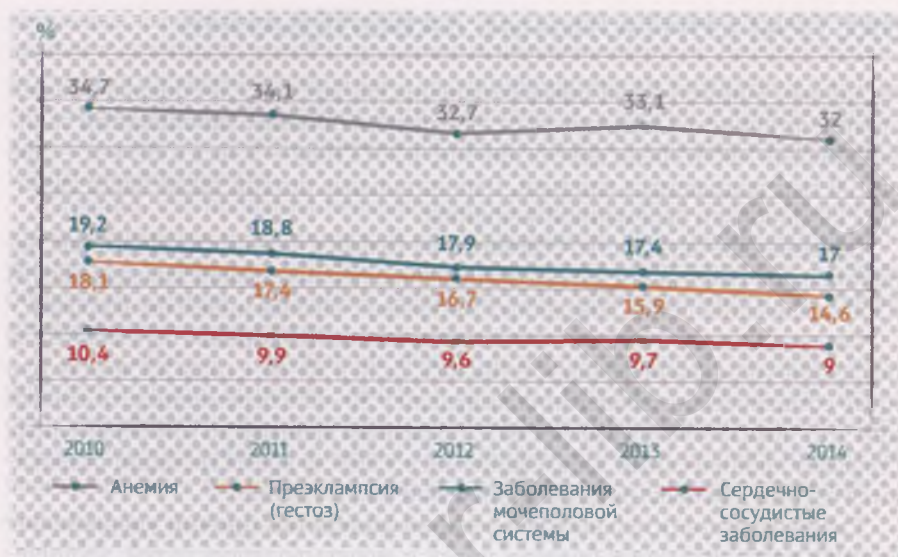


Рис. 4-23. Экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности, % от всех родов.

Нездоровье подростков **прочно связано с понятием** «региональных болезней». В эту группу относят состояния, традиционные для некоторых регионов, где особенно высока частота онкологических заболеваний, нарушений функций органов пищеварения, мочеполовой системы.

По данным НИИ урологии, **54% женских циститов** в стране – **дефлорационные**. И это логично: инфицированный ранее более опытный, старший по возрасту партнёр «передаёт» патогенную микробиоту девушке. Спустя некоторое время при появлении резей и учащённом мочеиспускании девушка идёт в аптеку и покупает препараты без назначения врача. Всё это в совокупности с нерациональным репродуктивным поведением (раннее начало половой жизни, низкая информированность о контрацепции, первый аборт в 16–17 лет) предопределяет дальнейшее прогрессирование урогенитальных инфекционно-воспалительных заболеваний. Нетрудно предугадать, каков **будет репродуктивный потенциал** этих заранее соматически ослабленных девушек к моменту наступления беременности. А если учесть, что многие женщины не оставляют своих вредных привычек и во время беременности, то картина получается неоптимистичной. **Шансы** возникновения гестационных осложнений и перинатальных потерь в этой когорте необычайно велики.

Анализируя материнскую смертность от экстрагенитальных заболеваний, следует сделать акцент на том, что речь идёт не о тяжести соматических заболеваний, а об **организации медицинской помощи** на всех её этапах. Низкий уровень диагностики этих болезней, отсутствие либо запаздывание консультации смежных специалистов, которые можно наблюдать как в детской поликлинике, так и в женской консультации, удручают.

Ошибки лечебно-диагностического процесса проистекают из недостатков лабораторной базы, недооценки степени тяжести, некачественного диспансерного наблюдения. Среди причин — путаница в классификациях и терминах, неадекватная (до сих пор нет полноценных стандартов) тактика **ведения беременных с экстрагенитальными заболеваниями**. Например, до настоящего момента нет единых критериев артериальной гипертензии у беременных.

Драматизм ситуации в том, что непростительно высокая частота материнской летальности и перинатальных потерь в этих случаях вполне **прогнозируема**. Но самая непреодолимая причина — неисполнение действующих приказов*.

Артериальная гипертензия

Крайне важная проблема распространённости гестационной гипертензии состоит в том, что диагностические тесты не имеют никакой **прогностической значимости**. И пока нет подкреплённых доказательными методами принципов обследования, лечения и родоразрешения таких женщин, ситуация останется драматичной.

По официальным данным, каждая десятая женщина имеет сосудистые заболевания и нарушения каскада свёртывания крови, следовательно, **шанс** этих пациенток родить здорового ребёнка ниже, чем в популяции в целом. Показатель преждевременных родов у этих женщин составляет 10–12%, перинатальной смертности — 30% и более.

Отдельного комментария заслуживает лечение артериальной гипертензии у беременных. Удивительно, но до сих пор **акушеры стремятся взять эту работу** на себя, что не предусмотрено их квалификацией и не входит в сферу их лицензированной деятельности!

Да, зачастую у них нет выбора, поскольку сплошь и рядом семейные врачи, терапевты, кардиологи на время беременности «умывают руки», а приказы о том, что беременных с экстрагенитальными заболеваниями следует

* Приказ №572н о лечении больных беременных в профильных стационарах. Даже не в отдельно стоящих перинатальных центрах!

госпитализировать в профильные стационары и они должны оставаться там вплоть до родоразрешения, повсеместно не выполняются. Первый приказ (№808н) вышел в 2009 году, второй (№572н) в 2013 году — Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи; в них впервые **декретирована госпитализация беременных** в связи с экстрагенитальными заболеваниями не в отделения патологии беременных, а в профильные стационары, в том числе в федеральные центры (кардиологические, гепатологические и т.д.), вплоть до родоразрешения в указанных учреждениях.

Однако до сих пор этих пациенток в тяжёлом состоянии **«пристраивают» в отделения патологии беременных**, в лучшем случае — в «специализированные» кардиоакушерские, где нет возможностей для кардиоваскулярной терапевтической и хирургической помощи, только наблюдение кардиолога. Вся надежда на другой документ — **Порядок** оказания кардиохирургической помощи беременным, декларирующий госпитализацию беременных в кардиоцентры федерального значения (до его издания подобное было невозможно). И тем не менее следует признать, что именно этот Порядок **встречает самое большое сопротивление** смежных специалистов. С одной стороны, кардиологические, нефрологические, эндокринологические учреждения попросту «боятся» беременных, особенно только что родивших/родоразрешённых женщин. С другой стороны, лечение пациенток акушерского профиля с точки зрения руководителей этих учреждений экономически неэффективно — **официальные тарифы не покрывают затрат**. Именно поэтому перевод беременной в специализированный стационар любого уровня зависит в основном от вышеуказанной «политической воли» руководителей здравоохранения **на местах**.

Вот и получается, что большинство беременных с артериальной гипертензией лечат в отделениях патологии беременных, зачастую неадекватно. В ход до сих пор идут медикаменты либо малоэффективные (дротаверин, папаверин с дибазолом), либо опасные (ингибиторы АПФ, обладающие прямым тератогенным влиянием).

Распространено назначение блокаторов кальциевых каналов, однако конкуренцию (далеко не всегда оправданную) этим препаратам составляют β-адреноблокаторы. Несмотря на доказанную эффективность, приём последних (особенно атенолола и пропранолола) может спровоцировать повышение общего периферического сопротивления сосудов и задержку роста плода, особенно в I триместре беременности. И именно β-адреноблокаторами акушеры **из самых благих** намерений лечат беременных вместо того, чтобы порекомендовать их специалистам соответствующего профиля. И это уже не только профессиональная, но и гражданская позиция на всех уровнях родовспоможения.

Без **своевременной коррекции** артериальной гипертензии формируется ранняя плацентарная недостаточность. Кульминация материнского неблагополучия связана не только с декомпенсацией экстрагенитальных заболеваний, но и с теми сосудистыми изменениями, что ускользают от внимания врачей.

Большинство заболеваний, существующих задолго до беременности (в первую очередь артериальная гипертензия), приводят к **универсальной ангиопатии**, в том числе страдают сосуды матки. Последующие изменения сосудистой гемодинамики и микроциркуляции в области маточно-плацентарной зоны предсказуемы: неполноценные имплантация плодного яйца и инвазия трофобласта, структурные изменения плацентарного ложа, реализующиеся в первичную плацентарную недостаточность. Если нет адекватного лечения ранней плацентарной недостаточности, нарушения прогрессируют, несостоятельной оказывается и вторая волна инвазии трофобласта. Это предопределяет **вторичную плацентарную недостаточность**, тканевую гипоксию плода, задержку его роста, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.

В большинстве случаев коррекции эндотелиальных расстройств и органопротекции особого внимания не уделяют. Между тем функциональные и морфологические изменения сосудов, связанные с уменьшением просвета, носят системный характер. Не может служить признаком стабилизации состояния пациентки и изолированная нормализация АД; под маской благополучия могут прятаться прогрессирующее ухудшение маточно-плацентарного кровообращения, преэклампсия (гестоз). Как правило, последняя на фоне артериальной гипертензии любого генеза протекает крайне тяжело, плохо лечится, а без своевременной и полноценной медикаментозной коррекции может закончиться **эклампсией**.

Основными **причинами смерти** при артериальной гипертензии во время беременности и родов могут стать такие грозные осложнения, как инсульт, ДВС-синдром, отслойка плаценты (возможна даже отслойка сетчатки), эклампсия, острая почечная и сердечная недостаточность. Современные принципы ведения беременных с гипертензией базируются на предупреждении острых состояний, однако не менее перспективны профилактика и лечение плацентарной недостаточности.

Мы должны понимать: в обязанности акушера входит лишь **коррекция гестационных осложнений**, спровоцированных экстрагенитальными заболеваниями, а лечить такие заболевания должны терапевты, кардиологи, урологи, гематологи и т.д.

Пусть это и звучит утопически, но иначе мы будем без конца лечить так называемые «приобретённые тромбофилии».

Антифосфолипидный синдром

Следует отметить, что гипердиагностика **антифосфолипидного** синдрома — один из самых распространённых видов акушерской агрессии, начавшийся в 1980–1990-е годы. Сохранилась эта порочная практика только в России. Ставят такой «диагноз» чуть ли не при первом посещении пациенткой женской консультации. Хотя бы один критерий, указывающий на вероятность развития антифосфолипидного синдрома, можно найти чуть ли не у каждой беременной. Однако обнаружение лабораторных маркеров никоим образом не свидетельствует о наличии заболевания (врождённой тромбофилии), а представляет собой **патогенетическое звено** гломерулонефрита, артериальной гипертензии и других системных заболеваний.

Вспомним, что четверть женщин с абортom в анамнезе, а также все пациентки, перенёвшие неразвивающуюся беременность, имеют нераспознанный и нелеченый хронический **аутоиммунный эндометрит**. Именно по причине отсутствия единых критериев антифосфолипидного синдрома многие женщины подвергаются необоснованному лечению.

У женщин, имеющих **доказанный** антифосфолипидный синдром, беременность и послеродовой период протекают с осложнениями, повышен риск антенатальных и перинатальных потерь. Вот почему так важны обследование этих больных вне беременности, своевременная диагностика и коррекция гемостазиологических, метаболических и иммунных нарушений, **динамический контроль** на всём протяжении активного репродуктивного периода.

На Всемирном конгрессе гемостазиологов в 2000 году были разработаны клинические и лабораторные критерии для классификации антифосфолипидного синдрома (Wilson W.A., 2001).

Клинические критерии включают следующие положения.

- Сосудистые тромбозы: один или более клинических эпизодов артериального, венозного тромбоза или тромбоза сосудов малого диаметра в любой ткани или органе; тромбоз должен быть подтверждён картиной ультразвукового доплеровского сканирования или данными гистологического исследования, за исключением поверхностных венозных тромбозов; при гистологическом исследовании тромбоз должен быть представлен **значительными изменениями сосудистой стенки** воспалительного характера.
- Заболевания беременных: один или более необъяснимых случаев смерти морфологически нормального плода на 10-й или позже неделе нормальной беременности, причём нормальная морфология плода **должна быть документирована данными ультразвукового сканирования** или непосредственным исследованием плода; один или более случаев

преждевременных родов морфологически нормального плода к 34-й или ранее неделе беременности вследствие тяжёлой преэклампсии или эклампсии или тяжёлой плацентарной недостаточности; три или более необъяснимых последовательных аборта до 10-недельного срока беременности с патологическими или анатомическими аномалиями у матери или гормональными нарушениями, причём хромосомные причины должны быть исключены у отца и у матери.

Лабораторные критерии антифосфолипидного синдрома такие.

- Умеренный или высокий уровень антител к кардиолипину класса IgG и/или IgM в крови в двух или более исследованиях, полученных с интервалом не менее 6 нед, измеренных путём стандартного метода иммуноферментного анализа для β_2 -гликопротеин-1-зависимых антител к кардиолипину.
- Позитивный тест на наличие волчаночного антикоагулянта в плазме в двух или более исследованиях, полученных с **интервалом не менее 6 нед**, причём этот антикоагулянт должен определяться согласно указаниям Международного общества по изучению тромбоза и гемостаза по следующим этапам:
 - установление факта удлинения фосфолипидзависимой фазы свёртывания плазмы по результатам скрининговых тестов, таких как АЧТВ, каолиновое время, лебетоксовое время с разведением, протромбиновое время с разведением;
 - невозможность скорректировать удлинённое время скрининговых тестов путём смешивания с нормальной бестромбоцитарной плазмой;
 - укорочение времени скрининговых тестов или его нормализация после добавления в исследуемую плазму избытка фосфолипидов и исключение других коагулопатий, например наличия ингибитора VIII фактора или гепарина.

Диагноз антифосфолипидного синдрома ставят **при наличии** одного клинического и одного серологического критерия (не иначе!). Результаты любых других тестов учитывать можно, но поскольку они не стандартизованы, то анализировать их в критериях доказательной медицины затруднительно (Козловская Н.Л., Коротчаева Ю.В., 2015). К настоящему времени круг патологических состояний, обусловленных циркуляцией антифосфолипидных антител в отсутствие антифосфолипидного синдрома, **значительно расширен**:

- осложнения при использовании оральных контрацептивов;
- хронические и острые бактериальные, вирусные и паразитарные инфекции;
- рецидивирующий тромбоз при беременности и в анамнезе;
- преждевременное завершение беременности;

- плацентарная недостаточность и задержка роста плода;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- HELLP-синдром (Haemolysis, Elevation of Liver enzymes, Low Platelet count — гемолиз, повышенная активность ферментов печени, тромбоцитопения);
- гестационная гипертензия;
- тромбоцитопения;
- гестозы с ранним началом и тяжёлым течением;
- инсулинзависимый сахарный диабет;
- неудачные попытки искусственного оплодотворения и переноса эмбриона.

Разработан следующий **алгоритм ведения пациенток с доказанным антифосфолипидным синдромом. До беременности:**

- нормализация гемостаза;
- коррекция иммунного статуса (противовирусная иммуномодулирующая терапия, например препаратом «Полиоксидоний»), поскольку большинство пациенток с антифосфолипидным синдромом — носители вируса простого герпеса, цитомегаловируса, вируса Коксаки типов А и В, энтеровирусов).

Во время беременности:

- выполнение гемостазиограммы каждые 2 нед до 12 нед беременности, затем каждые 3–4 нед до окончания беременности;
- индивидуальный подбор доз антиагрегантов, антикоагулянтов, при необходимости — плазмаферез (?);
- три курса иммуноглобулинотерапии в 7–8 нед, 24 нед и перед родами;
- оценка состояния плацентарного комплекса — УЗИ, кардиотокография (КТГ), доплерометрия;
- профилактика плацентарной недостаточности (?);
- выполнение контрольной гемостазиограммы на 3–5-й день после родов (опасность тромбоземболии), снижение доз антиагрегантов, антикоагулянтов.

Совершенно **недопустимо назначение глюкокортикоидов**. Польза такого назначения будет сомнительна, а иммунодепрессивное действие глюкокортикоидов будет неблагоприятно как для матери, так и для плода. И без того две трети ранних и поздних репродуктивных потерь происходят на фоне хронического эндометрита, **зачем же мешать** организму в борьбе с воспалительным процессом, обрушивая реактивность иммунной системы?

Глюкокортикоиды при антифосфолипидном синдроме, даже в сочетании с новыми препаратами, **не снижают частоту потерь** беременности. А это очевидный признак сочетания в большинстве случаев антифосфолипидного синдрома с какими-либо **другими иммунными** или генетическими факторами.

Важно!

Обязанность врача-гинеколога — честно информировать женщину и направить её на консультацию к сертифицированному гематологу: только он **вправе лечить** нарушения гемостаза. Главное — **избегать** «консультаций» **не существующих** в Номенклатуре врачебных должностей Минздрава России «**гемостазиологов**». Наш опыт свидетельствует о максимальной агрессивности именно этих «специалистов» в назначении ненужных, но весьма дорогостоящих исследований гемостаза (чего стоит, например, ненужное при беременности **определение D-димера** и его «лечение»?!) и последующей терапии медикаментами, не имеющими доказательной базы.

Антитела к фосфолипидам — это иммуноглобулины класса G. Они проникают через плацентарный барьер, оказывая на плод то же действие, что и на организм матери, — вызывают тромбозы. Назначая монотерапию гепарином или надропарином кальция, мы корригируем тромбофилию у матери, а не у плода, так как эти препараты через плаценту не проникают. В качестве альтернативы глюкокортикоидам можно применить большие дозы иммуноглобулина (от 10 до 20 г на каждые 4 нед беременности).

И тем не менее с позиций доказательной медицины **эффективность лечения** глюкокортикоидами (дексаметазон, метилпреднизолон), низкомолекулярными гепаринами нулевая: у принимавших препараты и без них — пролонгирование беременности происходит у 86% женщин.

Болезни почек и мочевых путей

Поскольку не определено точно, какой должна быть акушерская тактика при ведении беременных с заболеваниями мочевыводящих путей, мы заведомо обречены на неблагоприятные исходы. **Инфекции мочевыводящих путей** значительно повышают риск акушерских и перинатальных осложнений. Беременность, протекающая на фоне пиелонефрита, характеризуется повышенной частотой самопроизвольных аборт, преждевременных родов и мертворождений, причём никакое лечение существенно повлиять на эту зависимость не может.

А между тем уровень неонатальной смертности и недоношенности повышается в 2–3 раза. Доказано: диагностика и лечение мочевых инфекций эффективны **только до 22 нед** (уровень доказательности А-1). После этого срока любая проводимая терапия не обеспечивает существенного улучшения исходов гестации у больных беременных.

В числе акушерских **осложнений пиелонефрита** фигурируют также угроза прерывания беременности, обусловленная сосудистыми нарушениями (универсальная реакция на экстрагенитальные заболевания — ангиопатия!), повышенная возбудимость матки (провоцируется болью и лихорадкой), хроническая плацентарная недостаточность и гипотрофия плода, риск инфекционно-воспалительных осложнений у матери и плода.

Критический срок обострения заболевания **приходится на II триместр** беременности (а именно на 22–28 нед, когда концентрация глюкокортикоидов и стероидных гормонов в крови максимальна — пик **гестационной иммуносупрессии**). Всё это подтверждает такое явление, как целостность системы «мать–плацента–плод», и требует адекватной оценки факторов риска. От состояния организма женщины напрямую зависит риск неблагоприятных исходов беременности.

В основе патогенеза декомпенсированной плацентарной недостаточности при пиелонефрите, отягощённом анемией, лежит системная иммуносупрессия на фоне постоянного антигенного раздражения микроорганизмами, колонизирующими мочеполовую систему. Универсальная гипоксия при анемии усугубляет ангиопатию спиральных, а затем маточно-плацентарно-плодовых сосудов — пульсационный индекс (PI) 0,51–1,55 и индекс резистентности (RI) 0,37–0,65, — нарушая плацентарный **гомеостаз**.

Своевременной профилактики и лечения такие беременные, к сожалению, не получают. Очевидная причина этого — **незнание патогенеза** гестационных осложнений.

Вот ещё один интересный и неочевидный факт. Острый пиелонефрит развивается у 20–40% беременных с бессимптомной бактериурией*, что позволяет рассматривать данный признак как **фактор риска и ранний признак** гестационного пиелонефрита. Бессимптомная бактериурия может быть причиной преждевременных родов, поскольку синтезируемые под её влиянием простагландины провоцируют сократительную активность матки. В свою очередь одним из факторов, вызывающих саму бессимптомную бактериурию, может стать **персистирующий бактериальный вагиноз**, сопровождающий примерно 20% беременностей.

По сути, беременность — своеобразный тест на предрасположенность и скрыто протекающие заболевания почек. Недооценка факторов риска у конкретной беременной (а гестация создаёт условия для активации латентной инфекции в мочевыводящей системе) приводит к удручающему росту частоты пиелонефрита.

* Весьма часто бессимптомная бактериурия — не диагноз, а один из симптомов хронического пиелонефрита. Необходима углублённая диагностика.

Реализации инфекции во время беременности способствует и прогестероновый блок, затрудняющий сокращение любой гладкой мускулатуры, в том числе мочеточников.

Другие предрасполагающие факторы:

- нарушение гормональных соотношений (увеличение концентрации прогестерона, эстрогенов, ХГЧ, простагландина E₂);
- структурные перестройки (физиологический гидронефроз и физиологический гидроуретер, снижение тонуса мочевого пузыря, увеличение его ёмкости и тенденция к неполному опорожнению при термостатных условиях);
- изменение физико-химических свойств мочи (увеличение pH, концентрации эстрогенов, иногда глюкозурия).

Как правило, если нет уrogenитального носительства и бактериального вагиноза, то и реализации инфекции не происходит. **Повод к размышлению:** можно ли считать ятрогенное нарушение влагалищной микробиоты (дисбиозы после избыточной «санации») **управляемой** причиной манифестации пиелонефрита?

В исследовании И.О. Буштыревой и соавт. (2007) показано, что на фоне гестационного пиелонефрита на документально подтверждённые признаки вагинита и бактериального вагиноза 77,7% пациенток никто не обращал внимания. Оценку состояния микробиоценоза влагалища вовсе не выполнили у 71,4% больных пиелонефритом женщин.

Высокая **частота обсеменённости** обследованных пациенток условно-патогенными микроорганизмами и грибами рода *Candida* (а ведь все они могут вызвать инфекционно-воспалительные осложнения у беременных, рожениц, родильниц и новорождённых) подтверждена во многих исследованиях хорошего качества. Преобладание **условно-патогенных** микроорганизмов в биотопах влагалища над физиологичной микробиотой было отмечено у 70–81% обследованных; при этом истинную бактериурию встречали почти у половины (44–50%) участниц работы.

Идентичность микробиоты влагалища и выделенного из мочи возбудителя в 67% подтверждает **восходящий путь** инфицирования. Возбудителями заболевания в большинстве случаев оказались эпидермальный стафилококк, семейство *Enterobacteriaceae* (кишечная палочка, энтеробактер, клебсиелла) и грибы рода *Candida*; концентрация лактобацилл, характеризующих нормальный биотоп наружных половых путей, в 95% образцов не превышала 10² КОЕ/мл влагалищного содержимого. Нарушение биоценоза свидетельствует о высоком риске **клинически значимого** инфекционного процесса, даже если колонизация биотопа патогенными и условно-патогенными микроорганизмами не очень велика.

Пиелонефрит родильниц обычно развивается на 4–12-е сутки послеродового периода, что совпадает со средними сроками акушерских септических осложнений*.

Проведённые нами исследования показали, что на фоне неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний (хронический пиелонефрит) достоверно чаще (в 3 раза) течение беременности осложняется анемией. Статистически значимого влияния на перинатальную заболеваемость обнаружено не было (172 при 161‰ в контроле). А вот **частота задержки роста плода** на фоне хронического пиелонефрита в сочетании с хронической анемией увеличивается — с 6,6 до 15,7%. К сожалению, в большинстве случаев **полноценную** диагностику и лечение анемии не выполняют.

Пути преодоления осложнений гестации при экстрагенитальных заболеваниях

Работа акушера-гинеколога состоит не в излечении больной от любого соматического заболевания во время беременности, а **в предупреждении и лечении осложнённой гестации, ранней** плацентарной недостаточности, а также в максимальном оздоровлении беременной. На решение этой благородной задачи должна быть направлена деятельность врачей всех специальностей, но в первую очередь терапевтов, кардиологов, кардиохирургов, нефрологов, гематологов. Именно поэтому необходимо **создать единую программу** обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц, включающую алгоритмы для наиболее распространённых экстрагенитальных заболеваний.

В случае наступления беременности у женщин с соматическими или инфекционными заболеваниями **задачи перинатального консилиума** формулируются так:

- следует ответить на вопрос о возможности вынашивания данной беременности;
- нужно определить, каким путём лучше прервать беременность, если в этом есть необходимость;
- установить, какие лекарственные средства должны обеспечить профилактику и лечение осложнений гестации, связанных с экстрагенитальным заболеванием и/или его лечением.

Все эти направления сводятся к одному — профилактике акушерских и перинатальных осложнений в соответствии со спецификой экстрагенитальных заболеваний. Акушер не может стремиться к соматическому из-

* NB! Опять хочется напомнить: катетеризация мочевого пузыря после родов и «грелка» со льдом на живот родильницы — анахронизм! Это не снижает частоту кровотечений и никакими нормативными актами не предусмотрено!

лечению (например, артериальной гипертензии и пороков сердца), однако **должен предвосхищать**, своевременно диагностировать и корректировать сопутствующие им гестационные осложнения:

- плацентарную недостаточность, задержку роста плода;
- угрозу прерывания беременности;
- присоединение гестоза.

Организационные аспекты наблюдения таких беременных подробно изложены в Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи, утверждённом Приказом №572н Минздрава РФ (2012): на протяжении всей беременности женщин должны лечить смежные специалисты **в профильных** (терапевтических, урологических) стационарах. О прогрессе на пути оздоровления беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы свидетельствует факт создания уже упомянутого документа Порядок оказания кардиохирургической помощи в РФ (2009).

Выделение **групп риска** беременных с высокой вероятностью внутриутробного инфицирования, невынашивания, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности возможно уже на основании отягощённого инфекционного (хронические инфекции) и акушерского анамнеза. Насторожить должны сосудистые тромбозы у родственников беременной женщины (инфаркты, инсульты), осложнения послеродового периода, упоминания о хроническом пиелонефрите и других инфекциях мочевыводящих путей. Для облегчения этой работы разработана стратегия перинатального риска (см. главу 5 «Стратегия перинатального риска»).

Существуют **несомненные факторы риска гестационного пиелонефрита** (инфекции мочевыводящих путей в анамнезе, пороки развития почек и мочевых путей, мочекаменная болезнь, воспалительные заболевания женских половых органов, низкий социально-экономический статус, сахарный диабет). Кроме них внимания заслуживают состояние влагалищного биотопа (своевременная **коррекция дисбиозов** — количество лактобактерий должно составлять не менее 10^7 КОЕ/мл), бессимптомная бактериурия, нарушения уродинамики.

Так, бессимптомную бактериурию (наличие в моче бактерий в титре 10^5 КОЕ/мл и более без развития клинической инфекции мочевыводящих путей) отмечают в среднем у 6% беременных. В этой связи в соответствии с Приказом №572н всем пациенткам **на раннем сроке гестации** показано бактериологическое исследование мочи с целью обнаружения бактериурии. Лечение следует назначать при двукратном положительном результате (10^5 КОЕ/мл и более).

В прежние годы авторы ссылались на показатели 20–40% — у такого количества женщин с бессимптомной бактериурией при гестации возникает пие-

лонефрит. Однако **современный внимательный пересмотр статистики** показывает, что это заболевание развивается только у 2,4% пациенток (без бактериурии — у 0,6%).

В Приказе №572н приведён перечень клинических ситуаций, когда обнаружение бактерий в моче (10^5 КОЕ/мл) оказывается абсолютным показанием к назначению антибактериальной терапии: привычное невынашивание, угроза преждевременных родов и другие инфект-ассоциированные осложнения гестации.

Однако **если бактерии в моче обнаруживают у клинически здоровой беременной**, то экстренной необходимости применять антибиотики для санации всё же нет, а факторам риска вполне можно противопоставить физиотерапевтические методики (магнитолазерную терапию) и комбинированные фитопрепараты (например, «Канефрон Н»).

В соответствии с Приказом №572н пациенткам, нуждающимся в антибактериальной санации мочевыводящих путей при бессимптомной бактериурии, также имеет смысл подключать в схему лечения фиторесурс, в частности препараты, содержащие натуральные компоненты. Под эгидой Российского общества акушеров-гинекологов в 2013 году было проведено интересное **ретроспективное наблюдательное исследование**: 480 беременных с циститом (острым или обострением хронического) или пиелонефритом (в том числе гестационным) получали, помимо антибиотикотерапии, комбинированный лекарственный препарат растительного происхождения («Канефрон Н»). Группу сравнения составили 70 женщин: они принимали лишь антибиотики.

Полученные результаты оказались более чем убедительны: **выраженность** дизурических расстройств оказалась значительно ниже именно у тех пациенток, которым назначили оба препарата.

Годом ранее был проведён **систематический обзор оценки безопасности** фитопрепарата с розмарином, любистоком и золототысячником («Канефрон Н»). Он охватил 19 исследований, где общее количество пациенток составило 3327, включая 2270 беременных, принимавших обсуждаемое средство. По итогам работы был заслуженно постулирован **высокий профиль безопасности** такого лечения.

В 2015 году нами было проведено ретроспективное исследование эффективности назначения «Канефрона Н» в качестве моно- или комбинированной терапии у 100 женщин с инфекциями мочевых путей с гестационным сроком 12–34 нед:

- 55 беременных с бессимптомной бактериурией, хроническим циститом и хроническим пиелонефритом вне обострения получали «Канефрон Н» по 2 драже 3 раза в день в течение 4 нед (I группа);

- 16 женщин с теми же клиническими параметрами, что и в предыдущей группе, принимали антибактериальную терапию цефалоспоринами в течение 1 нед (II группа);
- 29 пациенток с острым пиелонефритом, обострением хронического пиелонефрита или цистита получали комбинированное лечение, включавшее цефалоспорины в течение 1 нед, а затем «Канефрон Н» в течение 3 нед (III группа).

На фоне проведённого лечения **все пациентки** отметили снижение выраженности симптомов: уменьшение болей внизу живота, исчезновение резей при мочеиспускании. Частота дизурических явлений снизилась с 85,5 до 12,7% в I группе, с 93,8 до 12,5% — во II и с 96,6 до 6,9% — в III. Частота бактериурии уменьшилась в I группе с 87,3 до 12,7%, во II — с 87,5 до 18,8% и в III — с 86,2 до 17,2%; возросла **продолжительность безрецидивного периода**, последующие обострения хронических заболеваний протекали в более лёгкой форме. Контрольный анализ мочи в послеродовом периоде показал, что у всех женщин, участвующих в исследовании, была достигнута санация мочевых путей.

Комплексный фитопрепарат («Канефрон Н») позволяет (по данным нашего наблюдения) снизить частоту бессимптомной бактериурии у беременных в несколько раз. При манифестных инфекциях — цистите и пиелонефрите — комбинированное лечение фитопрепаратом и антибиотиком значительно эффективнее **купирует дизурические расстройства** и предотвращает рецидивы по сравнению с монотерапией антибиотиком.

Бытовавшее ранее представление о том, что экстрагенитальные заболевания необходимо излечить до наступления беременности, претерпело существенные изменения. Прегравидарное лечение того же пиелонефрита очень важно, однако не стоит забывать, что большинство экстрагенитальных заболеваний **во время беременности проявится вновь** как слабое звено (*locus minoris resistentiae*). Это было подтверждено ещё 20 лет назад в диссертации моего ученика А.А. Оразмурадова-старшего. Другой мой ученик, С.В. Апресян, издал **новаторскую для российского здравоохранения монографию** «Беременность и роды у женщин с экстрагенитальными заболеваниями»*, где акцент был сделан не на лечении экстрагенитальных заболеваний, а на **профилактике** их негативного влияния на плацентарный комплекс и здоровье женщины.

Своевременная диагностика и коррекция метаболических и иммунных нарушений **необходимы на прегравидарном этапе**, а динамический конт-

* Апресян С.В. Беременность и роды у женщин с экстрагенитальными заболеваниями / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ПИК РУДН, 2009. — 282 с.; Апресян С.В. Беременность и роды у женщин с экстрагенитальными заболеваниями. — Изд. 2-е, редактор. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.

роль — на протяжении всей беременности и послеродового периода. Специфической терапии требуют именно врождённые тромбофилии, а лечение приобретённых форм (патогенетическое звено 94% заболеваний, от воспалительных до сосудистых) входит в комплексную терапию основного заболевания.

Анемия беременных

Согласно мировой статистике, более 1,62 млрд человек имеют железодефицитную анемию (ЖДА), а свыше 3 млрд — скрытый (латентный) дефицит железа. Важно, что большая часть из них — женщины репродуктивного периода и дети в возрасте до 5 лет. За период с 1995 по 2011 год распространённость **клинически выраженного железодефицита** у женщин 15–49 лет, беременных и детей первых 5 лет жизни сократилась незначительно: с 33 до 29%, с 43 до 38% и с 47 до 43% соответственно.

Кроме того, в отчёте ВОЗ было указано на отсутствие запланированных успехов в снижении материнской смертности в мире. Согласно пятой **Цели развития тысячелетия**, к 2015 году было намечено снизить гибель женщин при беременности, в родах и в послеродовом периоде на 75%. Однако реально достигнутые цифры к 2014 году оказались гораздо менее оптимистичными — всего 45%.

По мнению экспертов, не последнюю роль в этом сыграло именно отсутствие прогресса в борьбе с ЖДА. Важно, что эксперты ВОЗ доказательно постулируют высокую корреляцию между умеренной и тяжёлой анемией и кровотечениями в родах и послеродовом периоде, которые в целом по миру обуславливают 23% материнских смертей, а 50% летальных исходов матерей **косвенно связаны** именно с ЖДА.

Таким образом, ликвидация железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста способна **существенно сократить** материнскую смертность. Не менее важно, что наличие железодефицитных состояний у беременной нарушает течение гестации. Например, доказано, что при выраженной анемии не происходит трансформация спиральных артерий: их гладкомышечный слой сохраняется, а не исчезает, как это должно быть при нормальной беременности. Результатом становятся плацентарная недостаточность и прогрессирующая **гипоксия плода**, поскольку дефектные спиральные артерии не способны расширяться и обеспечивать растущие потребности в кровоснабжении. Именно эти патологические процессы лежат в основе установленной **взаимосвязи между анемией и выкидышами**, преждевременными родами, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Указанные изменения, кроме того, способны увели-

чивать риск преэклампсии, уже упомянутых выше кровотечений в родах, слабости родовой деятельности, послеродовых септических осложнений.

Хотя роль дефицита железа в происхождении анемии беременных не вызывает сомнения, **даже приблизиться к решению** проблемы, связанной с этим заболеванием, до сих пор не удаётся. Не помогают ни научные труды, посвящённые изучению анемии, ни профилактическое снабжение беременных железосодержащими препаратами (как пробовали в СССР), ни современное изобилие препаратов железа с различными добавками.

К сожалению, лечение беременных от анемии железосодержащими препаратами даёт сопоставимый неудовлетворительный эффект независимо состава и цены применяемых лекарств. Вероятно, проблема связана с **противоречиями** в диагностике анемии и сроках начала медикаментозной коррекции. Лишь задавшись вопросами «Когда начинать лечение анемии?», «Чем же всё-таки лечить?», мы сможем рассчитывать на успех терапии.

Приведённые данные не оставляют сомнений в том, насколько важно определить причины низкой эффективности классической терапии, а также подобрать мероприятия, **способные изменить ситуацию к лучшему**.

Сложности с интерпретацией анализов, множество классификаций анемии вот уже несколько десятилетий **путают статистику** по распространённости заболевания как в России, так и в других странах. Описывая долю беременных с манифестным дефицитом железа, в развивающихся регионах упоминают цифру 80%, в экономически благополучных — 16–20% (и это только учтённые данные!).

Согласно официальной статистике, в России железодефицитом страдают 32–42% беременных, а 12% из числа этих женщин имели железодефицит и до гестации. **Клинические признаки** заболевания чаще всего появляются во II–III триместрах, а после родов симптомы прогрессируют.

Основная причина, составляющая основу ятрогении, — **запаздывание** лечебных мероприятий, когда терапию начинают после 20 нед беременности. Перечень возможных **патогенетических причин неэффективности** терапии представлен ниже:

- уже случившиеся расстройства формирования плацентарного ложа и ранней плаценты вследствие анемической ангиопатии;
- иммунная недостаточность у женщин с циркуляторным гипоксическим синдромом;
- дефицит аминокислот и белков-предшественников (недостаточно для синтеза белковой субъединицы гемоглобина).

В условиях **массового соматического нездоровья** женщин и с учётом традиции лечением анемии беременных занимаются акушеры-гинекологи.

В этой связи мы разделяем пессимизм профессионалов, прогнозирующих дальнейший рост частоты этого заболевания. Если и есть некоторые изменения в этой области, то безрадостные: некоторое снижение перинатальной смертности привело к увеличению неонатальной заболеваемости.

Перспективы крайне неутешительны. Соматическая заболеваемость подростков и общая распространённость анемии наводят на мысли о том, что вскоре здоровые дети перестанут рождаться вообще. **Дефицит** нутриентов (белка) и ряда эссенциальных микроэлементов (селена, йода, цинка, железа), выявленный нами у девочек Москвы при исследовании в 2003 году (Цатурян С.Я.), способствует усугублению экстрагенитальной заболеваемости, в том числе распространению анемий.

Распространённость железодефицитных состояний у юных женщин очень высокая: в развитых странах — около 15%, в развивающихся — до 45%. А у скольких из этих девушек дефицит железа будет восполнен до зачатия? Неудивительно, что **ювенильная анемия переходит в гестационную** у 60% пациенток.

Показатель содержания гемоглобина, характеризующий диагноз анемии у беременных, **до сих пор не обозначен даже в протоколах**. Каковы же должны быть диагностические критерии анемии — 110 или 115 г/л?

Большинство исследователей считают анемией концентрацию гемоглобина ниже порогового показателя 100 г/л, не конкретизируя при этом причину нарушения (гемоглобинопатии, гемодилуция, железодефицит и т.д.). А ведь именно **этиологическими различиями** и объясняется специфика исходов «анемий». Для профессионалов вывод однозначен: абсолютное содержание гемоглобина **неспособно отразить** наличие или тяжесть анемии.

Несмотря на доступность, для диагностики анемии почему-то не используют ни цветовой показатель, ни содержание сывороточного железа, ни концентрацию трансферрина. Новая и пока малоизвестная стратегия, способная в будущем вытеснить другие лабораторные тесты, — определение **соотношения трансферрина к ферритину**.

Достоверность диагностики в современном её виде нередко страдает от погрешностей: взятие крови выполняют **во время лечения** препаратами железа, не соблюдают время проведения пробы (обязательно утром), неправильно хранят материалы (пробирка без пластиковой пробки).

Результаты диагностики анемии **исключительно по содержанию гемоглобина** плачевны: ферротерапии среди прочих подвергаются женщины, у которых невысокий показатель гемоглобина лишь отражает физиологическую для беременности гемодилуцию. Появились заключения о **ятрогенных** последствиях рутинного потребления железа, неблагоприятных перинатальных исходах вследствие такого лечения.

Некоторые эксперты критикуют даже **рекомендации ВОЗ**, касающиеся «...профилактического назначения всем беременным женщинам железа в суточной дозе 60 мг и фолиевой кислоты — 400 мкг, начиная с ранних сроков (но не позднее 3-го месяца) и вплоть до родов и, если женщина кормит грудью, в течение 3 мес после родов». Польза от дополнительного назначения железа при условии полноценного питания беременных **не доказана** (критерий достоверности А). С другой стороны, многие исследователи сомневаются в том, что пищевой рацион беременных полноценен (в частности, в России), а также в возможности правдоподобной оценки этого «условия».

До недавнего времени считали, что самая распространённая форма анемии — железодефицитная (около 80%). По нашим данным (Муратова Ш.Д.), в 1989–1994 годах анемизация женщин в Туркменистане достигала катастрофических 100%; заболеванию был **присвоен статус регионального**, обусловленного климатогеографическими, социально-экономическими (в том числе демографическими) особенностями края. Оказалось, что причина ошеломляющих цифр заболеваемости — нутритивный статус и дефицит белков в рационе. В результате внедрения продуктов лечебного питания, включавших энпиты (осветлённую бычью кровь), существенно улучшились не только показатели «красной крови», но также исходы беременности и родов. Однако в целом **алиментарную недостаточность белка** компенсировать полностью не удалось. Протеинодефицит влечёт за собой анемию алиментарного генеза, в свою очередь обуславливающую нарушение молекулярных механизмов биосинтеза белков в плаценте.

Не распознанная в детском и подростковом возрасте, алиментарная анемия становится хронической, повышая риск материнской смертности за счёт тяжёлой анемии во время беременности. Именно этим обусловлены столь распространённые неудачи в лечении анемии: добросовестно назначая «железо», врачи недооценивали хроническую нехватку белка в рационе пациентки.

Отдельного внимания заслуживает анемия хронических заболеваний, редкая и для беременных. Её причинами могут быть любые хронические инфекционные и воспалительные процессы, коллагенозы, болезни почек и т.д.

Результаты новых исследований показывают, что анемия на фоне инфекционно-воспалительных заболеваний значительно чаще сопровождается формированием плацентарной недостаточности. Так, **сочетание хронического пиелонефрита с анемией всегда приводит к плацентарной недостаточности**, причём, как правило, в декомпенсированной форме (задержка роста плода). В то же время хронический пиелонефрит без отягощения анемией подобных последствий не имеет. Сходным образом анемия отягощает последствия сифилиса, гепатита С и туберкулёза у беременных.

Опираясь на результаты научных работ (Рымашевский А.Н., 2006), исследователи считают, что пациенток с хроническим пиелонефритом, ВИЧ-инфекцией или гепатитом С следует отнести к группе риска развития анемии и **после родов**. В таких ситуациях нужны профилактические мероприятия для снижения кровопотери в родах, своевременное восполнение объёма циркулирующей крови (ОЦК) и гемоглобина (при необходимости).

Влияние перечисленных заболеваний на осложнения беременности и развитие плода **прямо пропорционально тяжести** сопутствующей анемии и минимально, если анемии нет. То, что частота перинатальных инфекций у новорождённых при анемии в 3 раза выше, чем при пиелонефрите, объясняется иммунодепрессивным влиянием циркуляторной гипоксии.

Необходимо отметить, что во многих отечественных публикациях о роли хронических воспалительных процессов в развитии анемии ничего не сказано. Однако этот фактор чрезвычайно важен, существует даже **термин «инфект-анемия»** (около 4% всех анемий у беременных).

Анемия, в свою очередь, обуславливает дефицит гликогена в эпителии влагалища, предрасполагая к вагинальным **дисбиозам**. Лечение этих дисбиотических состояний затруднено своеобразным порочным кругом патогенеза: недостаток гликогена **препятствует** нормальному размножению лактобактерий, выработке молочной кислоты и увеличению pH, что сопровождается падением физиологической защиты и уязвимостью перед инфектами.

В таких ситуациях антианемическое лечение без лечения основного заболевания **будет обречено на провал** по следующим причинам:

- белок **гепсидин** — медиатор воспаления, синтез которого повышается вследствие атаки провоспалительных интерлейкинов и бактериальных липополисахаридов, — препятствует абсорбции железа в кишечнике;
- вследствие воспаления в организме происходит перераспределение железа — существенно уменьшается его функциональная фракция (развивается гипогемоглобинемия) и увеличиваются запасы в печени (нарастает уровень ферритина).

Интересно, что общепринятая классификация заболеваний на догестационные и диагностированные во время беременности к анемиям неприменима. Данные ирландских исследователей свидетельствуют, что **коррекция анемии после 25–26 нед не влияет** на перинатальные исходы. Ещё в 1999 году эксперты Европейской ассоциации акушеров-гинекологов продемонстрировали, что генез большинства нарушений гестации формируется на ранних сроках беременности. Исследователи весьма сдержанно выражали надежду на то, что случаи таких нарушений впоследствии удастся скорректировать. Они оказались правы: до настоящего времени нет убе-

дительных данных **о возможностях коррекции** нарушенного гомеостаза уже после оплодотворения — отсюда и научно обоснованные рекомендации по прегравидарной подготовке и самая трезвая оценка реальных (а именно доказанных) возможностей лечебных воздействий на протяжении всей беременности.

Тем не менее анализ течения и исходов гестации у женщин с анемией в зависимости от сроков начала лечения показал, что наилучшими оказались результаты у тех, кто получал лечение **с ранних сроков** (4–12 нед). Основной целью терапии в исследовании было не стремление повысить содержание гемоглобина и количество эритроцитов, а профилактика плацентарной недостаточности.

Однако лечение ЖДА у беременных в I триместре сопряжено с определёнными трудностями:

- ограничением абсорбции железа в кишечнике;
- высоким риском непереносимости железосодержащих препаратов и развития побочных эффектов;
- недостаточной изученностью влияния препаратов железа на человеческий плод (категория С).

В этой связи очевидна важность своевременной коррекции железодефицитных состояний в прегравидарный период и у женщин репродуктивного возраста в целом.

Легкомысленное отношение к анемии как к примитивному осложнению беременности основано на бытовавших когда-то представлениях о взаимосвязи состояния со снижением концентрации сывороточного железа и эритроцитов. Эта точка зрения **упускает из виду** универсальность гипоксического синдрома, а ведь недостаток кислорода испытывает весь организм женщины, а главное — матка, плацента и плод.

Поскольку с позиций ангиопатии матки анемию не изучают, без своевременного и адекватного лечения мы **неожиданно сталкиваемся** с осложнённым течением беременности: плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты без гестоза и артериальной гипертензии.

Главный вопрос, связанный со сроками начала лечения, был решён при исследовании плацентарного ложа: недостаточность такового при анемии на ранних сроках была обнаружена почти у всех женщин. Значимость анемии как фактора, неблагоприятно влияющего на перинатальные исходы, очень наглядна. Достаточно увидеть, насколько разительны морфологические различия **бывшей спиральной артерии** миометрия при физиологической беременности (мощная, эластичная, широкая) и на фоне анемии (см. раздел «Запоздалая терапия плацентарной недостаточности»).

Важна **длительность воздействия анемического синдрома** на формирующуюся плацентарную систему: как правило, при анемии беременных плацентарная недостаточность носит вторичный характер. Если при физиологической гестации становление маточно-плацентарной гемоциркуляции полностью завершается к 17 нед, то при анемии беременных спиральные артерии не претерпевают должных гестационных изменений. Если необходима перестройка эндометриального и миометриального сегментов маточно-плацентарных артерий плацентарного ложа не происходит, впоследствии формируются незрелость и **нарушение структуры ворсин хориона**, вторичная плацентарная недостаточность, по интенсивности коррелирующая с тяжестью анемического синдрома.

Если беременность наступила на фоне анемии, то уже на ранних сроках **недостаточность первой волны инвазии трофобласта** нарушает формирование ворсин хориона и приводит к гипоплазии плаценты. Беременность развивается в неполноценном эндометрии, а недостаточность плацентарного ложа матки и хориона (плаценты) становится начальным звеном каскада неблагоприятных перинатальных событий. Пагубную роль слишком позднего лечения анемии (результат — неполноценная плацентация, ангиопатия матки и гипотрофия плода) почему-то **недооценивают**.

Патогенез задержки роста плода при анемии представлен на рисунке 4-24.

Многостороннее влияние анемии на гомеостаз организма матери и плацентарную систему изучено достаточно хорошо. В III триместре беременности анемия запускает мощные адаптационные реакции, приводящие к досрочному отторжению плацентарного комплекса. Примерно 10–15% родов женщин с анемией осложнены аномалиями родовой деятельности и **синдромом дыхательных расстройств** у новорождённых. Послеродовые гнойно-септические заболевания развиваются у каждой десятой.

Влияние анемии **на вероятность кровотечения** в родах, последовом и раннем послеродовом периодах оказалось неожиданным, хотя и предсказуемым: у больных женщин частота кровотечений достоверно выше, чем в группе сравнения, а величина кровопотери обратно пропорциональна содержанию гемоглобина.

Исследователи из Гонконгского университета, ретроспективно проанализировав 14 707 беременностей, убедились в том, что анемия даже в средней форме, не говоря уже о тяжёлой, влечёт за собой разнообразные неблагоприятные исходы и служит серьёзным осложнением гестации. Доказанные **последствия анемии беременных**:

- повышение перинатальной смертности до 14–32%;
- повышение перинатальной заболеваемости до 1000%;
- задержка роста плода (32%);

- гипоксия у 63% новорождённых;
- гипоксическая травма мозга у 40% новорождённых;
- обострение хронических инфекционно-воспалительных заболеваний (37%);
- дисбиоз половых органов (47%).

Существенную разницу в перинатальных исходах можно проследить на примере женщин с анемией, получавших лечение и уклонявшихся от него. Незрелость и признаки перинатальной энцефалопатии у детей, родившихся от матерей из первой группы, встречались у 8 и 24% новорождённых, тог-



Рис. 4-24. Патогенез задержки роста плода при анемии.

да как у младенцев от нелеченых беременных эти показатели достигали 36 и 64% соответственно. Не лечившие анемию **рожали преждевременно** в 1,5 раза чаще, чем лечившиеся любыми методами. Эти данные **подтверждают необходимость** профилактики и терапии анемии беременных и вызванных ею осложнений гестации.

Задача усложняется **отсутствием единых стандартов** диагностики и коррекции заболевания. И тут первоочередные вопросы:

- сроки начала лечения;
- оптимальный комплекс оздоровительных мероприятий (медикаментозное и немедикаментозное лечение);
- критерии эффективности терапии;
- особенности родоразрешения женщин с анемией.

Лекарственные препараты железа, представленные на российском фармацевтическом рынке, многообразны. Различия — **в типах** лекарственных форм (таблетки, драже, сиропы, растворы), в валентности железа в составе препарата, в содержании вспомогательных компонентов (аскорбиновая кислота, фруктоза, витамины).

- Двухвалентное железо — сульфат («Сорбифер Дурулес»), а также фумарат, глюконат («Тотема»), глицерил сульфат.
- Трёхвалентные соединения — железа (III) гидроксид полимальтозат («Мальтофер»), протеин сукциниллат железа.
- Элементное железо — карбонил железа.

Коррекцию **латентного дефицита** железа выполняют с помощью пероральных железосодержащих препаратов (если нет противопоказаний и побочных явлений). Дозировка — 50–100 мг/сут в пересчёте на элементарное железо до нормализации показателей обмена этого минерала.

Для лечения ЖДА лёгкой степени и любой степени тяжести в I триместре оптимально использовать пероральные препараты железа: средства, содержащие двухвалентное железо, назначают по 100 мг (в пересчёте на элементарное железо) 2 раза в день, суточную дозу трёхвалентного железа делят на несколько приёмов или принимают однократно до нормализации показателя гемоглобина (более 120 г/л у женщин вне беременности, до 110 г/л — у беременных). Далее, согласно рекомендациям МАРС, лечение продолжают по 100 мг в сутки в пересчёте на элементарное железо до нормализации показателей обмена железа. Лечение ЖДА средней и тяжёлой степени осуществляет гематолог или терапевт, отдавая предпочтение, как правило, препаратам для парентерального введения из расчёта 15 мг/кг/нед, а при тяжёлой степени антианемическую терапию дополняют человеческим эритропоэтином. Ту же тактику применяют при медленном приросте гемоглобина (менее 7–8 г/л за неделю) на фоне приёма пероральных средств.

После **нормализации** содержания железа в организме (уровень гемоглобина, цветовой показатель, содержание ферритина в сыворотке и др.) на прегравидарном этапе ферродотации продолжают с использованием профилактических доз (60 мг железа в сутки), в том числе в составе витаминно-минеральных комплексов («Элевит Пронаталь»).

Потребность в дополнительном использовании аскорбиновой кислоты возникает при назначении препаратов двухвалентного железа (кроме препарата «Сорбифер Дурулес», где добавка кислоты уже содержится). Аскорбиновая кислота **стабилизирует ионизированное и редуцированное** железо, обуславливая его промежуточный обмен. У женщин с умеренной анемией достойным выбором может стать препарат двухвалентного сульфата железа с замедленным высвобождением (отсюда и форма «дурулес»), который обеспечивает быстрое (за 2–3 нед) восстановление запасов функционального железа и нормализацию уровня гемоглобина.

Ещё в 2002 году мы провели исследование препарата «Сорбифер Дурулес», в котором было показано, что аскорбиновая кислота в его составе способствует улучшению всасывания микроэлемента, а современная форма «дурулес» обеспечивает замедленное высвобождение действующего вещества из матрицы таблетки. Всё это **улучшает абсорбцию ионов металла** из кишечника на 30%.

В числе других ферропрепаратов, также доказавших свою эффективность, следует отметить железа (III) гидроксид полимальтозат («Мальтофер»). Интересно, что его разработчики в качестве **прототипа для идеального носителя** ионов железа использовали молекулу ферритина, содержащую центральное ядро с атомами трёхвалентного гидроксифосфата железа, окружённое порфириновыми кольцами и апоферритином. Молекула «Мальтофера» также имеет ядро с высоким содержанием железа (до 27%), состоящее из 260 атомов Fe^{3+} и окружённое полимальтозной оболочкой. Благодаря этому происходит постепенное высвобождение ионов металла, что и обеспечивает хорошую переносимость препарата.

К сожалению, у беременных, склонных к запорам, многие ферропрепараты усиливают **трудности с дефекацией**, да и современная статистика подтверждает, что в мире не менее 40% женщин в тот или иной момент гестации страдают от запоров (констипации), а в реалиях нашей страны показатель может достигать 50–93%. Столь значимая распространённость **обусловлена физиологическими изменениями** в нервной и эндокринной регуляции желудочно-кишечного тракта при беременности. Прогестерон, прекрасно предотвращая избыточные сокращения матки путём глобального **расслабления** гладкой мускулатуры, одновременно снижает моторику кишечника, замедляет пассаж пищи, меняет тонус сфинктеров ЖКТ.

Безусловно, акушер-гинеколог вполне может обойтись без информации, почему во время беременности так часты различные диспептические расстройства и запоры, и переадресовать вопрос (и женщину!) гастроэнтерологу. Однако специалист, назначающий препараты железа, должен хорошо помнить о том, что если у его подопечной на фоне медикаментозной коррекции анемии случится выкидыш или произойдут преждевременные роды, то в этом, возможно, будет и **ятрогенная компонента**.

Во избежание осложнений из-за трудностей дефекации пациенткам с анемией, склонным к запорам, рекомендовано железо в виде глюконата. Например, в состав препарата «Тотема» (в виде питьевого раствора) входят глюконаты марганца и меди, а также глицерол. Благодаря добавлению этих субстанций «Тотема» оказывает локальное мягкое слабительное действие и улучшает эвакуаторную функцию кишечника.

Кроме того, **жидкая форма** лекарственного средства обеспечивает максимальный контакт содержащихся в препарате микроэлементов с абсорбирующей поверхностью кишечных ворсинок, тем самым способствуя быстрой нормализации гемоглобина.

Не вдаваясь в дискуссии, какой препарат хуже или лучше, ещё раз подчеркну: главное для акушера-гинеколога — **умение видеть и предвидеть**. Диагностику, равно как и лечение железодефицитных состояний, у женщины нужно начинать задолго до беременности.

Пути преодоления осложнений гестации

Успех в профилактике материнских и перинатальных осложнений во время беременности достижим при условии ранней явки и быстрого обследования беременной. Профилактика железодефицитной анемии также необходима в группах риска. Естественно, что у женщин, **исключивших из рациона** или редко употребляющих продукты животного происхождения, содержащие связанное с белком железо, возникают клинические симптомы железодефицитной анемии. Несбалансированное по нутриентам питание беременной также повышает **риск плацентарной недостаточности при анемии**. Факторы риска развития анемии:

- плохие бытовые условия жизни;
- вредные факторы производства;
- проживание в популяциях, где дефицит железа эндемичен;
- несбалансированное питание и недостаточное поступление с пищей железа, витаминов, фолиевой кислоты, микроэлементов, в том числе обусловленное особенностями питания (например, вегетарианство) или связанное с этническими обычаями;

- короткий интергенетический интервал;
- многоплодная беременность;
- анемия в анамнезе;
- указания на кровопотерю;
- экстрагенитальные заболевания (особенно болезни органов пищеварения);
- хронические инфекции;
- хронические интоксикации.

Современные **диагностические возможности** сводятся к следующим принципам (табл. 4-5).

- Определение среднего содержания гемоглобина в эритроците (среднее содержание гемоглобина).
- Оценка количества эритроцитов и исследование их морфологической структуры.
- Анализ содержания железа в сыворотке крови (в норме у женщин составляет 12–25 мкмоль/л, а при анемии снижено).
- Исследование общей железосвязывающей способности сыворотки крови. Разница между этим показателем и концентрацией сывороточного железа отражает латентную железосвязывающую способность сыворотки.
- Отношение концентрации железа к общей железосвязывающей способности сыворотки крови свидетельствует о насыщении трансферрина железом (норма — 16–50%).
- Содержание ферритина в сыворотке крови: снижение этого показателя — **наиболее чувствительный и специфичный** лабораторный признак дефицита железа (при СОЭ менее 10 мм/ч).
- Клинический анализ крови — гемоглобин, эритроциты, гематокритное число, СОЭ. Это не значит, что их следует применять в комплексе! Акушер-гинеколог **не должен лечить анемию** — у него для этого нет ни знаний, ни лицензии! Его лечение — это, как правило, многочисленные или единичные железосодержащие препараты, сменяемые по мере выявления неэффективности лечения. Усугубляется ситуация невозможностью полноценной лабораторной диагностики и незнанием потребности в ней (см. выше и признайся себе в этом). Поэтому одна из мудрых позиций — обязательность лечения экстрагенитальных заболеваний **профильными** специалистами, в данном случае терапевтом и/или гематологом!

Таким образом, **о наличии железодефицитной анемии** можно говорить в случаях гипохромной анемии (снижен цветовой показатель), сопровождающейся следующими изменениями:

- уменьшением уровня сывороточного железа (менее 12–25 мкмоль/л);

Таблица 4-5. Алгоритм профилактики и лечения беременных и родильниц с железодефицитными состояниями

Стадии железодефицита	Цель мероприятия	Суточная доза железа	Длительность первого этапа, нед	Продолжительность лечения, нед	Клинический анализ крови	Биохимический анализ крови
Отсутствие дефицита	Профилактика предлатентного дефицита железа	Приём железосодержащих препаратов не нужен	В течение всей беременности и лактации	В течение всей беременности и лактации	1 раз в 4 нед	1 раз в 12 нед
Предлатентный дефицит железа	Лечение предлатентного и профилактики латентного дефицита железа	25–40 мг	4	4	1 раз в 2 нед	1 раз в 10 нед
Латентный дефицит железа	Лечение латентного и профилактика манифестного дефицита железа	50–100 мг	6	10	1 раз в 2 нед	1 раз в 8 нед
Манифестный дефицит железа лёгкой степени	Лечение	100–200 мг <i>per os</i>	6–8	16–18	1 раз в 2 нед	1 раз в 6 нед
Манифестный дефицит железа средней степени	Лечение	15 мг/кг еженедельно парентерально	3–4	19–22	1 раз в 2 нед	1 раз в 4 нед
Манифестный дефицит железа тяжёлой степени	Лечение	15 мг/кг еженедельно парентерально	3–4	21–24	Еженедельно	1 раз в 4 нед

- ростом общей железосвязывающей способности сыворотки крови (более 30–85 мкмоль/л);
- падением концентрации ферритина в сыворотке крови (менее 15 мкг/л);
- повышением латентной железосвязывающей способности сыворотки крови;
- снижением коэффициента насыщения трансферрина железом (менее 16–50%).

Клинические анализы крови следует выполнять **ежемесячно**, биохимические исследования — каждый триместр, а также при динамическом лабораторном наблюдении.

Основным средством лечения и профилактики анемии по-прежнему считают **рациональное питание**. Беременная должна получать полноценную, богатую белком пищу, обеспечивающую нормальный синтез транспортного белка трансферрина. Рекомендованы пищевые продукты, содержащие легкоусвояемое железо: мясо, печень (термическая обработка не сказывается на количестве и усвоении железа), яичный желток, бобовые (фасоль, горох, какао), земляника (в любом виде), сушёные фрукты (курага), овощи (шпинат, картофель). Важно, что из растительных продуктов железо усваивается гораздо хуже (0,2%), чем из продуктов животного происхождения (10–15%).

При **полноценном питании** в организм ежедневно поступает до 50 мг железа, из которого ионизируется приблизительно 10 мг и всасывается 1–3,5 мг, что вполне обеспечивает потребности организма здоровой беременной.

Мероприятия, направленные на оздоровление женщины и плода после 17–18 нед беременности (завершение формирования маточно-плацентарно-плодового кровообращения), заметного эффекта не дают. При снижении содержания гемоглобина менее 110 г/л требуется лечение анемии **совместно с терапевтом**. Комплекс мероприятий по профилактике плацентарной недостаточности у беременных с анемией включает в себя:

- диету (полноценный белок — не менее 120 г в день, олигопептиды, полиненасыщенные жирные кислоты);
- назначение суммы токоферолов (витамин Е);
- приём препаратов железа;
- пробиотики;
- препараты, содержащие фолиевую кислоту («Фолибер») или метафолин («Фембион»);
- витамин D («Ультра-Д») и В₁₂ (сублингвальные формы);
- витаминно-минеральные комплексы («Элевит Пронаталь»).

Этот патогенетически обоснованный комплекс мероприятий показан с ранних сроков беременности. Попутно необходимо **восстановить зубиоз**



слизистых оболочек половых органов, компенсировать хроническую недостаточность плацентарного ложа. Эффективность раннего начала лечения подтверждает значительное **уменьшение частоты осложнений** в родах: преждевременного излития околоплодных вод — в 2,5 раза реже, аномалий родовой деятельности — в 2,1, кровотечений — в 2,3, чем у пациенток, начавших лечение не ранее середины II триместра. Проведённая комплексная терапия положительно сказалась и на состоянии новорождённых: соматический статус и ранняя неонатальная адаптация детей, чьи матери лечили анемию с ранних сроков беременности, были **благоприятнее**, чем в группе сравнения (перинатальная заболеваемость уменьшилась на 15,3%).

Следует отметить, что комплексная терапия в данной ситуации позволяет улучшить основные показатели гомеостаза матери и, вероятно, тем самым наладить внутриматочный «комфорт» плода; эффективно этого подтверждают результаты доплерометрических, биохимических и функциональных методов исследования.

Однако убедительнее всего о действенности предложенной системы свидетельствует уменьшение частоты осложнений при беременности и в родах (в том числе кровотечений), а также **снижение неонатальной заболеваемости** в 1,6 раза и **перинатальной смертности** в 3 раза.

Лечение следует продолжать в течение не менее 3 нед, при этом нормализацию содержания гемоглобина **нельзя считать критерием для прекращения** приёма лекарственного средства. При адекватном лечении препаратами железа в достаточной дозе увеличение концентрации ретикулоцитов отмечают на 8–12-й день, содержание гемоглобина возрастает к концу 3-й недели. Нормализация показателей красной крови наступает **только через 5–8 нед** от начала терапии. После этого рекомендовано в течение 2–3 мес принимать половинную дозу препарата для восполнения запасов железа в **депо** организма.

Показания к **парентеральному** введению препаратов железа:

- непереносимость пероральных форм железа;
- нарушение всасывания железа (неспецифический язвенный колит, энтерит);
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения;
- анемия средней и тяжёлой степени во II и III триместрах;
- необходимость быстрого восполнения дефицита железа (например, перед операциями или перед родами).

Оздоровление беременных должно предусматривать **не только лечение анемии, но и раннюю метаболическую коррекцию** плацентарного гомеостаза. Проводимая с этой целью терапия должна быть комплексной,

с параллельным восстановлением биоценоза (см. раздел «Биоценоз...»). Обязательна профилактика инфекционных осложнений у новорождённых. Любая предшествующая гестации анемия должна быть пролечена терапевтами. А борьба с осложнениями беременности, вызванными догестационной анемией, требует повышенного внимания к подросткам. Их **оздоровление** — единственная возможность улучшить репродуктивный потенциал страны.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

К сожалению, результаты антенатальных мероприятий по снижению мертворождаемости в цивилизованных странах мира **эффекта пока не дали** (рис. 4-25). В отличие от антенатальных потерь организация медицинской помощи новорождённым с первой минуты жизни обеспечила снижение ранней неонатальной смертности в РФ. Скорее всего это связано с введением

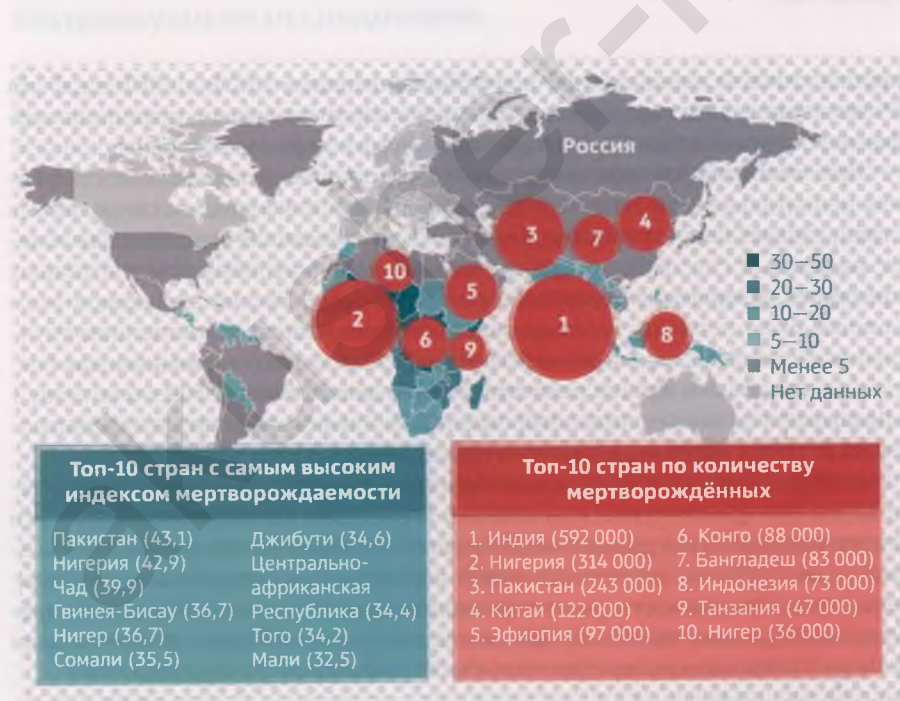


Рис. 4-25. Мертворождаемость в мире в 2015 году, на 1000 всех родившихся (ВОЗ, 2016).

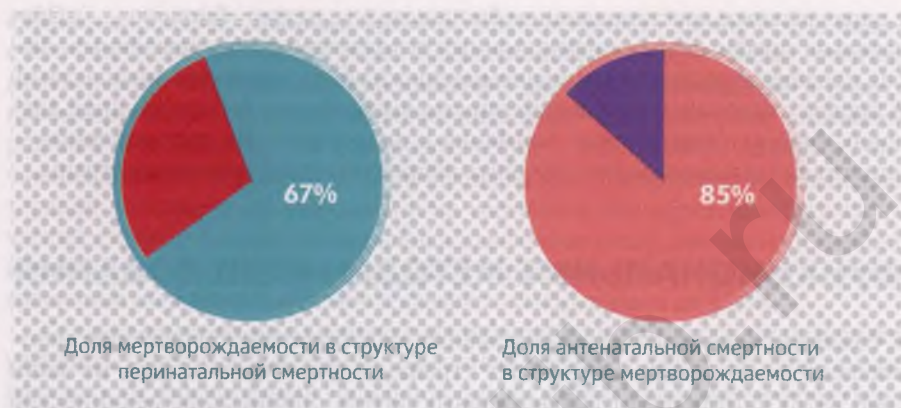


Рис. 4-26. Диагностика состояния плода во всех странах мира ещё несовершенна: перинатальная смертность снижается в основном за счёт улучшения неонатальной помощи (данные ВОЗ).

круглосуточной неонатальной врачебной помощи в СССР с 1987 года*): за 29 лет неонатологи стали профессионально состоятельными, появились сурфактант, современные ингаляторы, и ситуация в корне изменилась.

При **стабильном соотношении** показателя мертворождаемость/ранняя неонатальная смертность в пределах 2:1, как и в большинстве развитых стран, следует констатировать, что в целом современная медицина **не имеет надёжных** способов оценки состояния плода в утробе матери и точных критериев завершения беременности (рис. 4-26). В России ситуация в этом вопросе была неплоха: наблюдались достаточно хорошие тенденции улучшения обсуждаемых показателей. Однако 2012 год стал переломным для России ввиду того, что начали **регистрировать детей массой 500 г** (см. главу 1 «Демографические аспекты деторождения»). В целом антенатальная диагностика остаётся «чёрным ящиком» перинатологии.

Необоснованно широкое использование вспомогательных методов исследования при физиологическом течении беременности также можно отнести к агрессивным акушерским вмешательствам. Складывается крайне неблагоприятная ситуация: вместо того чтобы подтверждать определённые предположения **о возможности развития** перинатальных нарушений, методы пренатальной диагностики стали применять для того, чтобы врачей не обвинили в «недообследовании», или для того, чтобы не было «недообследования».

* До января 1987 года неонатологи (их называли «микронеонатологи») не дежурили круглосуточно.

Из современных методов антенатальной оценки состояния плода чаще всего используют:

- аускультацию;
 - КТГ (нестрессовый тест);
 - УЗИ;
 - биофизический профиль плода (вместе с расчётом индекса амниотической жидкости);
 - доплерометрию;
 - учёт двигательной активности плода;
 - в рамках скрининга на хромосомные aberrации — измерение толщины воротникового пространства плода, наличие/отсутствие носовой кости, кровотоков в маточных артериях и венозном протоке, наличие трикуспидальной регургитации.
- Остановимся на основных.

Ультразвуковое исследование

На фоне интенсивного развития перинатологии в акушерстве очень востребована ультразвуковая эхография. Это относительно простой, неинвазивный, безвредный и высокоинформативный метод исследования. В настоящее время УЗИ плода и экстраэмбриональных структур применяется повсеместно и признано методом гестационного скрининга.

Ультразвуковое исследование в I триместре имеет конкретные задачи:

- установить факт беременности и её локализацию;
- определить точный срок гестации (по копчико-теменному размеру);
- выявить анэмбрионию, многоплодие;
- оценить состояние экстраэмбриональных структур;
- уточнить особенности внутренних половых органов женщины;
- в рамках скрининга на хромосомные aberrации — измерение толщины воротникового пространства плода, наличие/отсутствие носовой кости, кровотоков в маточных артериях и венозном протоке, наличие трикуспидальной регургитации.

Обычное ультразвуковое сканирование позволяет **констатировать отклонения** от нормального течения беременности и развития плода «де-факто» путём биометрии и сопоставления полученных параметров с **установленными для каждого срока** значениями того или иного показателя.

При обсуждении медико-этических аспектов диагностики синдрома Дауна в I триместре беременности специалистам стала очевидна **необходимость сообщать** пациентке о результатах ультразвукового скрининга. Ра-

нее была распространена выжидательная тактика, вплоть до подтверждения синдрома Дауна во II триместре. Во время обсуждений было принято во внимание, что возможность диагностики трисомии по 21-й хромосоме во II триместре возрастает незначительно. Кроме того, если этот **диагноз уже был поставлен в I триместре**, то снимать его нельзя. Однако уже сейчас можно определить кариотип плода, исследуя кровь матери. Финансово накладно, но **выбор у семьи есть!**

Выжидательная тактика при синдроме Дауна (вплоть до II триместра) была признана ошибочной: пациентка вправе сама принимать решение о прерывании беременности на раннем сроке, основывая его на квалифицированном заключении врача. **Утаивание положительных результатов обследования (ультразвуковые признаки синдрома Дауна) от беременной этически недопустимо. С другой стороны, также этически недопустимо сообщать или предполагать что-либо, если пациент этого не желает знать.**

На конгрессе «Контраверсии в акушерстве и гинекологии» (Афины, 2005) прозвучали тезисы о том, что ошибочно любое чрезмерное увлечение одним из диагностических методов исследования. При изучении клинической значимости дополнительных ультразвуковых методов оказалось, что, руководствуясь их результатами, лечащие врачи **гораздо чаще госпитализировали бере-**

Факт

Вопреки сообщениям сторонников трёх- и четырёхмерных УЗИ об укреплении эмоциональных связей родителей с детьми **мнение юристов Комитета по УЗИ** весьма категорично: эмбриональные видеосъёмки представляют собой незаконное использование медицинской аппаратуры. По их мнению, исследователь должен осознавать, что применение любой техники без веских показаний может подвергать пациенток биологическим опасностям.

Также значительна вероятность медицинских ошибок при выполнении трёх- и четырёхмерных УЗИ неквалифицированным персоналом. Можно говорить и об экономической нецелесообразности, поскольку стоимость таких исследований достаточно высока.

Эксперты Комитета по УЗИ в резюме признают необходимость дальнейших исследований **для установления порядка** ультразвукового обследования беременной, выяснения чувствительности плода и эффективности метода.

Всё это ещё раз позволяет говорить о неоправданности бесчисленных ультразвуковых исследований, поскольку их результаты часто индуцируют ненужные акушерские вмешательства без должной оценки степени перинатального риска.

менных на поздних сроках и индуцировали роды, но какого-либо улучшения перинатальных исходов не произошло. Ультразвуковое исследование во второй половине беременности **не даёт ожидаемого эффекта** вследствие того, что фетометрические таблицы перспективно исследовались мало (не учитывается влияние этнической принадлежности родителей и половой принадлежности плода на рост фетометрических параметров), нет убедительных доказательств эффективности рутинного УЗИ после 24 нед беременности (RCOG, 2003); рутинное применение во второй половине беременности **не улучшает перинатальные исходы**. Основное требование к современному сонографическому исследованию во второй половине беременности — его **экспертный** уровень, который пока рутинно обеспечить невозможно.

Отдельного обсуждения заслуживает ажиотаж, поднятый вокруг трёх- и четырёхмерных УЗИ. Несмотря на определённую рекламу (имеющую скорее всего коммерческий, а не научный характер), полноценной альтернативой уже имеющемуся диагностическому арсеналу в акушерстве эти методы точно не станут.

Британский исследователь К. Николаидес (2005) подчёркивает ограниченные возможности этих высокотехнологических методов, рассматривая их лишь **в контексте выявления пороков развития** плода либо для «развлечения» беременной и её семьи. А вот ведущие специалисты Европейского комитета по УЗИ опубликовали очень **категоричное заявление**, в котором утверждают, что плод очень чувствителен к физическим воздействиям, поэтому необходимо **разумно дозировать** количество и длительность эпизодов ультразвукового мониторинга.

Ультразвуковая доплерометрия

Этот метод давно и прочно укоренился в составе исследований плацентарного комплекса, однако ясности в отношении его информативности и прогностической значимости не достигнуто до сих пор.

В некоторых развитых странах **доплерометрия вошла в программу скрининговых исследований** для II–III триместра и её выполняют почти всем беременным. К сожалению, при рутинном назначении специалисты не оценивают **целесообразность** её для тех или иных сроков беременности. Анализ **экономической рентабельности** доплерографических исследований в Дании (где их выполняют ежегодно по 3,4 на каждую беременную) продемонстрировал необоснованность существующей тактики; аналогична ситуация и в России. Противоречия, касающиеся прогностической ценности исследования, изолированной или комплексной оценки кровотока, сроков проведения, **заставляют усомниться в обоснованности доплерометрии**

у всех беременных без оценки степени перинатального риска, а отсутствие статистически значимых достижений в предотвращении перинатальных потерь с помощью этого метода не позволяет считать его высокоинформативным.

Это вызвано тем, что, несмотря на давность использования метода, остался целый комплекс нерешённых задач, к разгадке которых мы так и не приблизились. Проблема в том, что формирование гемодинамических нарушений в системе маточно-плацентарного кровотока **происходит на самой ранней стадии развития беременности** и чаще всего остаётся нераспознанным, а все фиксируемые с помощью доплерометрии изменения кровотоков уже развились до такой стадии, что никакому лечению не поддаются. Не меньшая проблема, связанная с доплерометрией, — гипердиагностическая интерпретация результатов, когда транзиторные нарушения кровотока трактуются как «плацентарная недостаточность» и затем с энергией, достойной лучшего применения, она лечится «Актовегином», «Реополиглюкином» и так далее. Случаи, когда вопреки такому лечению показатели кровотока пришли в норму самостоятельно, заносят в список выздоровевших, формируя лукавую статистику «эффективности терапии плацентарной недостаточности».

Нет также консенсуса в том, исследование каких именно сосудов (или использование комбинаций) в какие конкретно сроки гестации даёт максимально достоверную диагностическую информацию. Даже беглый просмотр литературы предложит массу вариантов и комбинаций: доплерометрия маточной артерии, пуповинной и спиральных артерий, **комбинированная оценка плацентарного объёма** и доплерометрия маточной артерии, комбинация доплерометрии и биофизического профиля плода, доплерометрии и КТГ и т.д.

Однако все они — подчеркнём это — пока так и не получили статус «данных, основанных на доказанном».

Данные о ценности доплерографической эхокардиографии (ЭхоКГ) плода, когда-то звучавшие убедительно, в настоящее время требуют дальнейшего изучения в отношении клинической информативности; исследование часто проводят **совместно с оценкой гемодинамики матери** в случае беременности с высоким перинатальным риском.

Наверное, единственная область применения доплерографии с чётко доказанной пользой на сегодняшний день — исследование кровотока в маточных артериях в I триместре для прогнозирования развития преэклампсии в дальнейшем, но **только в комплексе** с некоторыми дополнительными анализами, и исследование венозного кровотока (по показаниям) в рамках скринингового УЗИ I триместра.

Тем не менее, как бы ни критиковали прогностическую ценность доплерометрии в акушерстве, на сегодня этой методике пока **нет альтернативы**, поэтому следует продолжать **поиск новых подходов** к антенатальной диагностике состояния плода и прогнозированию перинатальных исходов. А пока новые директивы ACOG (2014) и FIGO (2015) предлагают учитывать результаты доплерометрии.

Пять правил не делать лишнего

В 2014 году эксперты Фонда Американского совета по сертификации врачей-терапевтов (American board of internal medicine, ABIM) опубликовали убедительные данные, доказывающие бесполезность некоторых весьма распространённых процедур при беременности. Если верить докладу ABIM, не оправдали себя следующие манипуляции:

- оценка наследственной тромбофилии у женщин с преэклампсией, самопроизвольным выкидышем, отслойкой нормально расположенной плаценты и задержкой роста плода в анамнезе;
- наложение швов на шейку матки при её укорочении на фоне многоплодной беременности;
- неинвазивный пренатальный скрининг у беременных с низким акушерским риском;
- доплерометрическое исследование для подтверждения задержки роста плода;
- назначение прогестерона для профилактики преждевременных родов при неосложнённой многоплодной беременности.

Кардиотокография

Кардиотокография (КТГ) распространена повсеместно, однако вследствие субъективности трактовки (нет единой унифицированной оценочной шкалы) её информативность в последние годы также ставят под сомнение. Бытует мнение, что широкое внедрение метода на самом деле **не оказало существенного влияния** на показатели ante- и перинатальных потерь. Кроме того, на результативность исследования могут влиять лекарственные средства, принимаемые беременной.

Рекомендации ВОЗ хорошо известны: электронный мониторинг сердцебиения плода **не должен быть рутинной процедурой**, его не следует назначать всем беременным без исключения. Тем не менее **в отечественном акушерстве**, согласно действующему Приказу №572н, КТГ выполняют всем беременным и роженицам в обязательном порядке. И хотя этот вид исследо-



Рис. 4-27. Фетальные мониторы General Meditech.

вания во время беременности не даёт абсолютно полной информации о состоянии плода, отрицать его применение не стоит. Нестрессовый тест действительно малоинформативен.

Если коротко суммировать все имеющиеся данные доказательной медицины по этому вопросу, становится ясно, что патологические типы КТГ **с высокой вероятностью говорят о неблагоприятии плода**, а результаты нормального нестрессового теста не гарантируют в 100% рождение здорового ребёнка.

Несмотря на дискуссии, всё же полностью отвергнуть этот метод пока невозможно — ничего более нетрудоёмкого и неинвазивного ещё не придумали. Вопрос состоит в том, что мы так и не научились интерпретировать получаемые данные. Поэтому потенциал КТГ до конца не исчерпан — появляются шкалы для унификации расшифровок, открываются новые параметры для анализа, такие как STV (оценка этого показателя возможна с помощью фетальных мониторов General Meditech).

На сегодня самый распространённый способ «расшифровки» КТГ — визуальная оценка. Однако до сих пор не существует унифицированных трактовок конфигурации кривых. Нередко даже по поводу одной и той же кривой у специалистов **возникают разногласия**. К тому же визуальная оценка данных — это практически интуитивная догадка специалиста, и её нельзя считать удовлетворительной.

В попытках **стандартизации клинических трактовок** были предложены специальные оценочные шкалы (Кребса, Фишера, FIGO), однако и им далеко до современных методов компьютерного анализа. **Чувствительность** метода КТГ, как показывают данные различных исследований, высока и **составляет около 80%**. Основной причиной неправильных трактовок кардиограмм выступает естественный биологический ритм плода, поскольку

КТГ сильно отличается в различные фазы сна. Именно поэтому считать, что любое неблагополучие плода выражается только в смене тахикардии брадикардией с ослаблением звучности сердечных тонов, — ошибка: у плода есть **свой личный режим сна и бодрствования** в антенатальном периоде.

Компьютеризированную систему оценки КТГ используют в клиническом акушерстве более полувека, и за это время её постоянно модернизировали. В настоящее время система насчитывает более 100 тыс. кривых с соответствующими данными о клинических исходах и **обеспечивает** самую высокую на нынешний день **достоверность результата** компьютерного анализа (до 98%).

Компьютер хранит информацию, а также распознаёт и отбрасывает малозначительные признаки (например, кратковременные отклонения от нормы). Использование надёжных результатов компьютерного анализа КТГ в меньшей степени приводит к **необоснованному увеличению** количества кесаревых сечений и, таким образом, позволяет снизить частоту случаев ante- или интранатальной гибели плода в результате недооценки серьёзности акушерской ситуации.

Одно из таких устройств — **автоматизированный** фетальный монитор (рис. 4-27) G6B plus General Meditech с системой автоматической расшифровки КТГ по критериям Доуза–Редмана и по шкалам Фишера и FIGO и возможностью выполнения ante- и интранатального анализа в одном аппарате. Компьютеризированный анализ КТГ позволяет «подключить к консилиуму» ведущих мировых экспертов, анализировавших связь конкретного типа КТГ-кривой с клиническими исходами. Таким образом, компьютерная программа становится верным советником врача, помогая ему сохранять здоровье и жизнь пациенток.

Его использование позволяет провести автоматизированный анализ благополучия материнского организма (показатели сатурации кислоро-

Таблица 4-6. Частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов при исследовании биофизического профиля плода

Тест	Частота ложноположительных результатов	Частота ложноотрицательных результатов
Стрессовый тест		1:1000
Нестрессовый тест	30–50%	4:1000
Биофизический профиль		1:1000

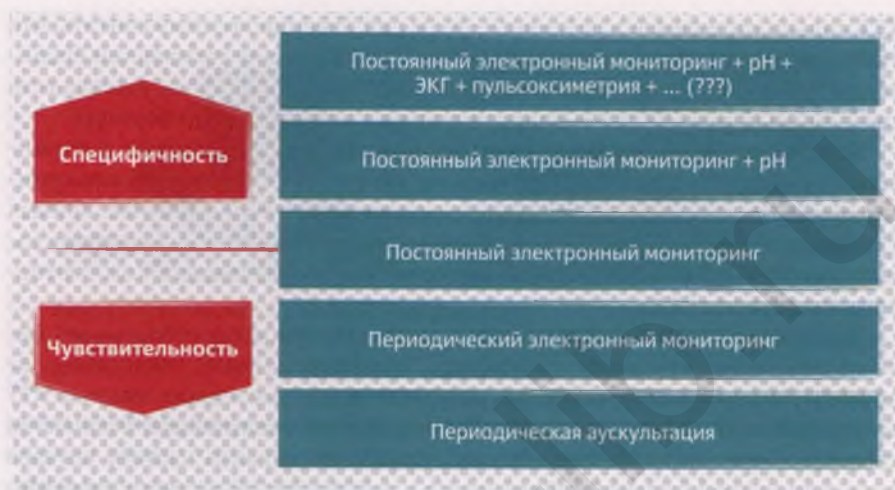


Рис. 4-28. Чувствительность и специфичность различных интранатальных тестов.

да, артериального давления, пульса, температуры тела) и при соотнесении с функциональным состоянием плода — добиться большей диагностической ясности. Одновременный контроль за пульсом матери и сердцебиением плода на одном дисплее помогает понять дальнейшие действия, не дожидаясь распечатки КТГ.

Нестрессовый тест

Перспективность и ценность нестрессового теста нивелируются утверждениями о возможности субъективной трактовки результатов. Причиной появления патологических маркеров при КТГ во время родов может быть нарушение функции плаценты. При этом у 21% погибших плодов в перинатальный период изменений при КТГ не было, что свидетельствует о необходимости комплексной оценки состояния плода.

Наиболее информативны о состоянии плода в нестрессовом тесте **акцелерации** — увеличение его ЧСС не менее чем на 15 уд/мин по сравнению с базальным ритмом и возвращение на исходный уровень не быстрее чем за 15 сек. В зависимости от наличия акцелераций результаты теста трактуют следующим образом:

- **реактивный ответ**, свидетельствующий о нормальном функциональном состоянии плода: две и более акцелерации в течение 20 мин;
- **ареактивный**: значительные акцелерации в течение 40 мин отсутствуют.

При этом необходимо учитывать, что ареактивный ответ кроме собственно патологической причины — угнетения ЦНС плода вследствие ацидемии — может быть обусловлен **длительным циклом сна** или слишком **грубыми критериями**, по которым определяют акцелерации при проведении нестрессового теста до 32 нед гестации.

При выполнении этого теста в 24–28 нед гестации с использованием стандартного определения учащения сердцебиения плода результат оказывается ареактивным более чем в 50%, а на 28–32-й неделе — в 15%. Чтобы повысить прогностическую значимость теста в сроки гестации менее 32 нед, за акцелерацию следует считать увеличение ЧСС на 10 в минуту по сравнению с базальным ритмом и возвращение к исходному уровню не быстрее чем за 10 сек.

В ходе нестрессового теста **более чем в 50% наблюдений** могут встречаться переменные децелерации — замедления ЧСС по сравнению с базальным ритмом. Однако о неблагоприятии плода в этом случае можно судить только тогда, когда они длительные (более 1 мин) или их не менее трёх за 20 мин.

Результаты **сравнительного анализа**, приведённые в таблице 4-6, показывают частоту ложноположительных результатов при исследовании биофизического профиля плода, выполнении стрессового и нестрессового тестов.

И вот ещё материал «к размышлению» (рис. 4-28). Комментарии ниже.

Вот что по этому поводу думают специалисты в области функциональной диагностики.

- Применение КТГ при поступлении в стационар не имеет преимуществ перед периодической аускультацией, зато увеличивает количество акушерских вмешательств.
- КТГ нельзя считать необходимым исследованием в родах у женщин с низким перинатальным риском.
- КТГ имеет смысл проводить только в сочетании с определением рН крови из подлежащей части плода (это возможно только при отсутствии пузыря), особенно при появлении патологических изменений на кардиотокограмме. Такой алгоритм **может быть дополнительным методом** исследования при осложнённых родах.

Шевеления плода

Подсчёт количества **шевелений плода** — альтернативный способ оценки его состояния. Ослабление или урежение шевелений плода в течение суток расценивается как тревожный симптом. Об этом необходимо сообщить беременной на одном из первых посещений женской консультации (не позже

20-й недели), чтобы женщина могла **вовремя сориентироваться** и обратиться за медицинской помощью.

Предложены две различные методики, которые считают равнозначными по эффективности. Недостаток обоих способов — **субъективность** интерпретации.

- Метод Weaver-Pearson («Десяти толчков», «Кардифф-метод»). Начиная с 9.00, в положении лёжа или сидя женщина концентрируется на движениях плода. Ей следует определить, сколько времени уходит на то, чтобы плод сделал 10 движений. Если плод сделал менее 10 движений или вообще не проявил активности до 21.00, необходимо обратиться к специалисту для углублённого обследования.
- Методика Sadovsky. В течение часа после приёма пищи пациентка, по возможности лёжа, концентрируется на движениях плода. Если она не ощутила четырёх движений в течение часа, нужно фиксировать шевеления в течение второго часа. Если через 2 ч после начала подсчёта пациентка не ощутила четырёх движений, **необходимо обратиться к специалисту**.



В большинстве случаев методики антенатальной оценки состояния плода слишком субъективны, и использовать их поодиночке нельзя. Более того, проводить какие-либо инструментальные вмешательства исключительно на основании подобных данных — **заведомая акушерская агрессия**. То же можно сказать и о «поголовном» назначении функциональных методов оценки состояния плода всем беременным.

После 1976 года требования несколько изменились: наиболее распространённый подход — 10 шевелений за час. В разных странах существуют варианты: по рекомендациям ACOG — 10 шевелений за 2 ч, Канадское общество акушеров-гинекологов **рекомендует считать нормой шесть шевелений плода в течение 2 ч**.

Последние рекомендации довольно удачно устранили элемент агрессии, возникающей, когда в первый час ребёнок спал (а он имеет на это право), то за второй час, проснувшись, «выдал» все 50–100 толчков, и результат теста сразу успокаивал и беременную, и врача, то есть «градус» возможной дальнейшей акушерской агрессии (и диагностической, и манипуляционной) хотя бы в ближайшие 24 ч падал до нуля.

В целом рутинный подсчёт шевелений плода потенциально может учащать констатацию сниженной активности плода, **увеличивать частоту об-**


ращений к дополнительным методам оценки состояния плода, повышать вероятность госпитализации беременной и индуцированных родов. Хотя есть и отдельные исследования, вполне убедительно доказывающие, что метод помогает предотвратить антенатальную гибель плода в поздние сроки.

Пути преодоления неправильной интерпретации результатов обследования

Методы **антенатальной диагностики** состояния плода целесообразно использовать **только у беременных высокого перинатального риска**. Вся ценность этих разработок состоит именно в возможности пролонгирования беременности у таких пациенток **без излишнего инструментального вмешательства**. Это возможно при рациональной доказательной тактике; чрезмерное увлечение любым диагностическим методом должно уйти в прошлое.

В соответствии с рекомендациями ACOG (2014) дородовую оценку состояния плода проводят не в рутинном порядке всем беременным, а **только при наличии факторов риска** гипоксии плода. К таким факторам относятся:

- **экстрагенитальные заболевания** у беременной: возникший до беременности сахарный диабет, артериальная гипертензия, системная красная волчанка, хроническая почечная недостаточность, антифосфолипидный синдром, некомпенсированный гипертиреоз, гемоглобинопатии, ишемическая болезнь сердца;
- **гестационные осложнения**: гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия, гестационный сахарный диабет, уменьшение движений плода, маловодие, задержка роста плода, изоиммунизация, предшествующие потери беременности, монохориальная многоплодная беременность с диссоциацией плодов, переносенная беременность.

 Следует пересмотреть устоявшуюся практику многократных УЗИ беременных с низким перинатальным риском. Этот вид исследования нужно использовать «...ровно столько, сколько необходимо» (принцип ALARA — as low as reasonably achievable). Так что если в I триместре беременность была расценена как имеющая низкий перинатальный риск, в идеале следовало бы (когда изменят Приказ №572н) отказаться от дальнейшего электронного мониторинга.


При всём при этом в случае **нормальных результатов** фетального мониторинга прогноз для плода считают **очень обнадеживающим**, поскольку

его гибель в течение последующей недели маловероятна, а все случаи таковой **обусловлены преимущественно непрогнозируемыми** острыми гестационными осложнениями (вроде отслойки плаценты):

- после нестрессового теста — 1,9 на 1 тыс. наблюдений (n=5861);
- после контрактильного стрессового теста — 0,3 на 1 тыс. (n=12 656);
- после оценки биофизического профиля — 0,8 на 1 тыс. (n=44 828);
- после оценки модифицированного биофизического профиля — 0,8 на 1 тыс. (n=54 617);
- после доплерографии кровотока пупочной артерии у беременных с задержкой роста плода: ни одного случая гибели (n=214).

В соответствии с упомянутыми рекомендациями **оценку состояния плода** в антенатальном периоде можно проводить следующими способами:

- по ощущению беременной движений плода;
- по оценке биофизического профиля традиционным или модифицированным методом;
- по нестрессовому тесту;
- по контрактильному стрессовому тесту;
- по доплерографии пупочной артерии.

 **Экспертные данные 13 рандомизированных исследований показали высокую прогностическую значимость доплерографии пуповинной артерии исключительно в группе беременных с задержкой роста плода и/или артериальной гипертензией. Одновременно при доплерографии пуповинной артерии у 14 338 женщин (независимо от принадлежности к группе риска) была доказана нецелесообразность использования этого метода у беременных с низким перинатальным риском.**

При всём разнообразии методов в качестве **основного** специалисты ACOG рекомендуют модифицированный способ оценки биофизического профиля плода, для чего, в отличие от традиционных пяти параметров*, достаточно определить **объём амниотической жидкости** и оценить, как изменяется **ритм сердечных сокращений** плода при его движениях (нестрессовый тест).

Эксперты ACOG рекомендуют клиницистам сократить объём медицинских манипуляций, отказавшись от привычного определения индекса ам-

* Традиционно биофизический профиль плода оценивают по пяти параметрам: двигательной и дыхательной активности, тонуусу мышц, объёму амниотической жидкости и реактивности сердечного ритма в ответ на движения плода (нестрессовый тест).

нитотической жидкости, и ограничиться одним не менее информативным показателем — высоты **самого глубокого вертикального кармана** амниотической жидкости. В норме она должна быть не менее 2 см и не более 8 см.

Ультразвуковую доплерометрию следует **использовать дополнительно** у пациенток, относящихся к группе повышенного риска различных осложнений беременности. При рутинной доплерометрии в III триместре (независимо от принадлежности к той или иной группе риска) нарушения кровотока регистрируют лишь у 2% (было обследовано 3858 беременных), что не соответствует реальности, то есть метод **малоинформативен**. Именно поэтому его бессмысленно использовать в качестве скринингового, чтобы выделить пациенток с высоким перинатальным риском.

При оценке модифицированного биофизического профиля в ходе КТГ, кроме акцелераций и децелераций, целесообразно оценить и другие параметры сердечного ритма, обладающие дополнительным прогностическим значением и повышающие точность диагностики.

- **Базальный ритм** — средний уровень ЧСС плода за 5–10 мин в отсутствие акцелераций и децелераций.
- **Вариабельность сердечного ритма** (она же длительная вариабельность, long term variability) — небольшие отклонения ЧСС от базального ритма, которые интерпретируют по амплитуде и частоте.
- **Короткая вариабельность** (short term variability) — разность между пульсовыми интервалами. В отличие от других, этот параметр учитывают в оценке состояния плода только при автоматизированной оценке кардиотокограмм, так как при визуальной оценке сделать это практически невозможно.

Существует несколько способов оценки состояния плода с учётом этих параметров. Один из них — определение «нормальности» кардиотокограммы по критериям, которые были разработаны и рекомендованы для практического использования **FIGO** в 1987 году. Эти критерии актуальны и сегодня (хотя они были пересмотрены и несколько изменены в октябре 2015 года на очередном съезде FIGO).

Так, критериями **нормальной кардиотокограммы в антенатальном периоде** служат:

- базальная ЧСС — 110–150 в минуту;
- амплитуда вариабельности сердечного ритма — 5–25 в минуту;
- отсутствие децелераций, за исключением спорадических, умеренных или очень коротких;
- наличие двух и более акцелераций в течение 10 мин.

Состояние плода считают **подозрительным** хотя бы при одном из условий:

- базальная ЧСС в пределах 100–110 или 150–170 в минуту;

Таблица 4-7. Шкала Фишера для оценки результатов антенатальной КТГ

Критерии	Баллы		
	0	1	2
Базальная ЧСС, в минуту	Менее 100 или более 180	100–110 или 160–180	110–160
Вариабельность, амплитуда колебаний, в минуту	Менее 5	5–10 или более 30	10–30
Вариабельность, частота колебаний в минуту	Менее 2	2–6	Более 6
Акцелерации	Нет	Периодические	Спорадические
Децелерации	Dip II	Dip I	Отсутствуют, Dip 0

- амплитуда variability сердечного ритма — 5–10 в минуту в течение как минимум 40 мин или более 25 в минуту;
- отсутствие акцелераций в течение как минимум 40 мин;
- эпизодические децелерации, за исключением тяжёлых.

Признаками **патологической** кардиотокограммы служат (достаточно одного из условий):

- базальная ЧСС меньше 100 или выше 170 в минуту;
- variability сердечного ритма меньше 5 в минуту в течение как минимум 40 мин;
- любые периодические децелерации или единичные децелерации следующих типов — тяжёлые, пролонгированные или поздние;
- синусоидальный ритм, представляющий собой патологический тип variability с частотой менее шести колебаний в минуту, амплитудой по меньшей мере 10 в минуту, продолжительностью более 20 мин.

Альтернативным способом интерпретации кардиотокограмм может служить **балльная** оценка, в ходе которой за соответствие тому или иному параметру начисляют баллы, по сумме которых определяют результат. Наиболее широко в клинической практике используют **шкалу Фишера** (Wolfgang M. Fischer) (табл. 4-7), при этом состояние плода в зависимости от набранной суммы баллов трактуют следующим образом:

- 8–10 баллов — физиологическое;
- 5–7 — сомнительное;
- 0–4 — патологическое.

Однако всё же самым большим на сегодняшний день прогностическим потенциалом обладает **автоматизированная** оценка КТГ* с использованием критериев Доуза–Редмана.

- При оценке кардиотокограмм по FIGO и Фишеру используют четыре рабочих параметра (базальный ритм, вариабельность, наличие акцелераций и децелераций), тогда как при автоматизированной — одним больше. Пятым параметром выступает уже упомянутая ранее **короткая вариабельность (STV)**.
- В отличие от визуальной оценки результатов КТГ, при компьютерном анализе параметров абсолютно **исключён субъективизм**.

Критерии нормальной кардиотокограммы по Доузу–Редману:

- минимум одно шевеление плода или три акцелерации;
- отсутствие признаков синусоидального ритма;
- короткая вариабельность — 3 мсек и более;
- наличие акцелерации или эпизода высокой вариабельности;
- отсутствие децелераций или ошибок в конце записи.

У большинства пациенток группы высокого риска родовое наблюдение следует начинать **не раньше 32 нед** гестации и лишь в особо тревожных ситуациях (например, при хронической артериальной гипертензии с подозрением на задержку роста плода), и только при множественных факторах риска — раньше. Главное — принимать во внимание то обстоятельство, что ложноположительные результаты могут привести к **ятрогенному вмешательству**, что лишь усугубит ситуацию. Так, например, по опыту одного медицинского учреждения (США), при оценке биофизического профиля плода до 37 нед гестации частота **ложноположительных результатов** составила **60%**, и около 1,5% женщин по этой причине были необоснованно родоразрешены раньше физиологического срока.

Если женщина входит в уже упомянутую ранее группу риска (см. выше), то в этом случае оценку состояния плода при стабильном состоянии беременной и обнадеживающих результатах последнего исследования выполняют с **интервалом в 1 нед**.

Если же беременная с низким перинатальным риском единожды ощутила снижение двигательной активности плода и последующая оценка его состояния при этом оказалась обнадеживающей, дальнейшее родовое наблюдение **не проводят**.

Если происходит ухудшение показателей состояния плода, то по рекомендациям ACOG следует предпринять **ещё один тест**, оценивающий само-

* Возможностью автоматизированной оценки КТГ обладает фетальный монитор G6B plus General Meditech. Прибор может оценивать состояние плода в соответствии с критериями Доуза–Редмана, FIGO и Фишера.

чувствие плода, и лишь в крайнем случае, тщательно соотнося пользу и риск, рассматривать возможность немедленного родоразрешения.

- **Если женщина не ощущает движений плода**, проводят одну из следующих функциональных проб — нестрессовый тест, контрактильный стрессовый тест — либо оценивают биофизический профиль плода.
- **При аномальных результатах нестрессового теста** либо предпринимают стрессовый тест, либо оценивают биофизический профиль. В последнем случае тактику выбирают в зависимости от набранной суммы баллов:
 - 6 из 10 баллов: результаты неоднозначные, поэтому либо через 24 ч повторно оценивают состояние плода (если гестация менее 37 нед), либо родоразрешают (после 37 нед);
 - 4 из 10 баллов: оправдано родоразрешение, хотя при сроке гестации менее 32 нед решение следует принимать индивидуально;
 - менее 4 баллов: необходимо родоразрешение, при этом если оно неприемлемо (например, в случае раннего гестационного срока), дальнейший мониторинг состояния плода не проводят, потому что вне зависимости от его результатов тактика уже определена.
- **При аномальных результатах доплеровского исследования:**
 - нулевой диастолический кровоток: родоразрешают при сроке гестации более 34 нед;
 - реверсный (отрицательный) диастолический кровоток: родоразрешают при сроке гестации более 32 нед (после введения глюкокортикоидов, если позволяет состояние матери и плода);
 - систоло-диастолическое отношение превышено (больше 95-го перцентиля), при положительном диастолическом кровотоке родоразрешают при сроке гестации более 37 нед.
- **При маловодии:**
 - при выраженном маловодии в 36–37 нед гестации (самый глубокий вертикальный карман — менее 2 см) — родоразрешение;
 - в сроке менее 36 нед при целых плодных оболочках решение принимают индивидуально; если принята выжидательная тактика, наблюдение за состоянием плода продолжают с использованием нестрессового теста и оценкой объема амниотической жидкости.

Интранатальная оценка состояния плода (рекомендации FIGO, 2015)

Основными методами оценки состояния плода в родах признаны КТГ и аускультация сердечного ритма с помощью акушерского стетоскопа, и для каждого из способов эксперты FIGO выделяют определённые показания.

Непрерывный КТГ-мониторинг целесообразен в ситуациях, при которых существует высокая вероятность гипоксии плода:

- кровянистые выделения из половых путей роженицы, высокая температура тела;
- задержка роста плода во время беременности;
- эпидуральная анальгезия (связано это с частым падением артериального давления и, как следствие, с уменьшением плацентарной перфузии, именно поэтому после эпидуральной анестезии в обязательном порядке проводят КТГ-мониторинг в течение 40 мин);
- околоплодные воды, окрашенные меконием;
- аномалии родовой деятельности при индукции (искусственное инициирование) и стимуляции последней;
- аномальные результаты аускультации сердечного ритма плода.

А вот у женщин с **низким риском гипоксии плода** рутинное использование КТГ в родах, несмотря на распространённость такой практики, не имеет никакого смысла, поскольку доказано, что это способствует увеличению частоты кесарева сечения, но не улучшает перинатальные исходы. Именно поэтому целесообразно ограничиться **периодической аускультацией сердечного ритма у рожениц**:

■ **до родов:**

- не было серьёзных нарушений здоровья, в том числе сахарного диабета, преэклампсии;
- отсутствует рубец на матке;
- не было ни одного эпизода кровянистых выделений;
- рост плода, объём амниотической жидкости — адекватные;
- результаты антенатальной КТГ — хорошие;
- женщина ощущает движения плода;
- нет длительного безводного промежутка после разрыва плодных оболочек;
- один плод в головном предлежании;

■ **в родах:**

- ЧСС плода в пределах нормы, отчётливая слышимость сердечных сокращений;
- отсутствие индукции, стимуляции родовой деятельности;
- отсутствие эпидуральной анестезии;
- отсутствие кровянистых выделений;
- околоплодные воды не окрашены меконием;
- температура тела роженицы не выше 38 °С;
- длительность активного I периода родов менее 12 ч, II периода — менее 1 ч.

Таблица 4-8. Интранатальная КТГ: критерии оценки и тактика (рекомендации FIGO, 2015)

Параметры	Тип кардиотокограммы		
	Нормальная	Подозрительная	Патологическая
Базальный ритм	110–160 в минуту	Несоответствие хотя бы одному критерию нормальной кардиотокограммы при отсутствии критериев патологической кардиотокограммы	Менее 100 в минуту
Вариабельность	5–25 в минуту		Сниженная/повышенная вариабельность. Синусоидальный ритм
Децелерации	Нет повторяющихся децелераций (ассоциированных с 50% маточных сокращений и более)		Повторяющиеся поздние или пролонгированные децелерации на протяжении 30 мин и более (или при сниженной вариабельности — 20 мин и более). Децелерации продолжительностью более 5 мин
Интерпретация	Гипоксия/ацидоз отсутствуют	Низкая вероятность гипоксии/ацидоза	Высокая вероятность гипоксии/ацидоза
Тактика	В улучшении оксигенации плода нет необходимости	Действия, направленные на устранение обратимых причин, дальнейший мониторинг состояния плода	Немедленные действия, направленные на устранение обратимых причин, использование дополнительных методов оценки оксигенации плода, если невозможно — быстрое родоразрешение. В острых ситуациях (предлежание или выпадение петель пуповины, разрыв матки, отслойка плаценты) — немедленное родоразрешение

Обновлённые критерии оценки интранатальной кардиотокограммы в соответствии с рекомендациями FIGO (2015) представлены в таблице 4-8.

При аномальных результатах исследования, чтобы избежать необоснованного вмешательства, не следует в первую очередь обращаться к инструментальным пособиям в родах или кесареву сечению. Зачастую аномальная кардиотокограмма может быть следствием **обратимых причин**, при устранении которых её результаты **быстро нормализуются**. Ниже представлены распространённые причины ухудшения оксигенации и способы исправить ситуацию.

- **Чрезмерная активность матки** (можно определить по тахисистолии или при пальпации дна матки) — повернуть женщину на бок, потому что в положении на спине стимуляция крестцового сплетения под массой матки может выступать причиной её чрезмерной сократительной активности; уменьшить/прекратить инфузию окситоцина или простагландинов (в России применение простагландинов в родах с недавнего времени запрещено) и применить интранатальный токолиз β-адреноблокаторами («Гинипрал») и атозибаном (в России показан только при угрозе преждевременных родов).
- **При потугах во II периоде родов** — попросить женщину перестать тужиться, пока состояние плода не нормализуется.
- **Синдром сдавливания нижней полой вены в положении лёжа на спине** — изменить положение тела.
- **Компрессия пуповины** (о чём свидетельствуют периодические децелерации) — изменить положение тела, амниоинфузия (?).
- **Внезапная артериальная гипертензия** у роженицы после эпидуральной/спинальной анестезии — начать быструю внутривенную инфузию физиологического раствора.

Эксперты FIGO также указывают, что широко используемый в клинической практике метод подачи кислорода роженице не имеет доказательств эффективности при нормальном уровне оксигенации пациентки.

Точно так же не доказана польза от весьма распространённой практики внутривенного введения жидкостей, если у роженицы нормальное артериальное давление.

Наравне с аускультацией сердечного ритма плода также должны быть отслежены частота сокращений матки роженицы, наличие движений плода, а также пульс самой женщины — методика в соответствии с рекомендациями FIGO (2015) представлена в таблице 4-9.

Состояние плода считают аномальным, если:

- базовая ЧСС — меньше 110 или выше 160 в минуту;
- наблюдают повторяющиеся/длительные (более 3 мин) децелерации;
- интенсивность схваток — более пяти за 10 мин.

Таблица 4-9. Рекомендации FIGO по аускультации сердечного ритма плода

Наблюдение	Особенности наблюдения	Оцениваемые критерии
ЧСС плода	<ul style="list-style-type: none"> ■ Как долго: минимум 60 сек, если ЧСС за пределами нормы — на протяжении трёх сокращений матки роженицы. ■ Когда: во время или после схватки в течение 30 сек. ■ Как часто: каждые 15 мин в активной фазе I периода родов, каждые 5 мин — во II периоде 	Количество ударов в минуту, наличие акцелераций/децелераций
Сокращения матки роженицы	До и во время аускультации ЧСС плода	Частота в течение 10 мин
Движения плода	Во время оценки сокращений матки	Наличие/отсутствие
ЧСС роженицы	Во время аускультации ЧСС плода	Количество ударов в минуту

Что касается дальнейшей тактики, **немедленная непрерывная КТГ** показана в следующих случаях:

- аномальная ЧСС плода в течение трёх сокращений матки роженицы;
- наличие децелераций (но сначала следует попробовать изменить положение тела роженицы, если она лежит на спине, — они могут быть обусловлены аортокавальной компрессией или пережатием пуповины);
- более пяти маточных сокращений за 10 мин.

Если же доступ к КТГ отсутствует, тактика при аномальных результатах аускультации должна быть следующей.

Так, если ЧСС плода менее 110 в минуту в течение 5 мин и более при отсутствии у женщины гипотермии, предшествующего введения β -блокаторов, диагностированных ранее нарушений сердечного ритма плода целесообразно незамедлительное кесарево сечение или инструментальное пособие при родах через естественные родовые пути.

При ЧСС более 160 в минуту **в течение трёх схваток и более** необходимо устранить гипертермию в случае таковой у роженицы, оденить наличие признаков внутриутробной инфекции, продолжать проводить аускультацию сердечного ритма ребёнка.

При повторяющихся децелерациях в течение II периода родов следует изменить положение тела роженицы, поскольку замедление ЧСС может быть обусловлено аортокавальной компрессией или пережатием пуповины. Однако если децелерации возникли **более чем через 20 сек после маточных сокращений** и на восстановление ЧСС до базального уровня уходит более 30 сек, а также в случае, если длительность децелерации составляет более 3 мин, вероятность гипоксии достаточно высока, в связи с чем необходим острый токолиз с продолжением аускультации сердечного ритма плода вплоть до его нормализации.

При артериальной гипотензии у роженицы и наличии децелераций у плода показано начать быструю внутривенную инфузию физиологического раствора. При поздних/продолжительных децелерациях во II периоде родов женщине необходимо попросить перестать тужиться, **пока ситуация не нормализуется**. Если децелерации при этом не исчезают, необходимо немедленное родоразрешение.

В двух Кокрейновских систематических обзорах 2013 и 2015 годов доказано: **рутинное использование КТГ в антенатальном и интранатальном периодах у всех беременных не улучшает перинатальных исходов, а лишь способствует увеличению количества кесаревых сечений** и инструментальных пособий в родах. И об этом факте следует обязательно помнить, определяя, **кто из беременных нуждается в регулярном слежении за состоянием плода**, а кому будет достаточно всего одной процедуры КТГ в рамках Приказа №572н.

Ещё более важен выработанный для каждого стационара **комплекс оценки** состояния плода в родах. Это удел каждого учреждения. Необходимо только помнить, что «слишком» — не всегда хорошо.

Резюме. Мысли специалистов

- КТГ может быть дополнительным методом исследования при осложнённых родах.
- Применение КТГ при поступлении не имеет преимуществ по сравнению с периодической аускультацией, однако увеличивает количество вмешательств.
- КТГ не признана необходимым исследованием в родах у женщин с низким перинатальным риском.
- КТГ имеет смысл выполнять только в сочетании с определением рН крови из предлежащей части плода, особенно при появлении патологических изменений.

Литература к главе 4

- Abu-Ouf N.M., Jan M.M. The impact of maternal iron deficiency and iron deficiency anemia on child's health // *Saudi Med. J.* — 2015. — Vol. 36. — №2. — P. 146–149. [PMID: 25719576]
- Barton J.R., Sibai B.M. Severe sepsis and septic shock in pregnancy // *Obstet Gynecol.* — 2012. — Vol. 120. — №3. — P. 689–706. [PMID: 22914482]
- Bauer M.E., Bateman B.T., Bauer S.T. et al. Maternal sepsis mortality and morbidity during hospitalization for delivery: Temporal trends and independent predictors for severe sepsis // *Anesth. Analg.* — 2015. — Vol. 117. — №4. — P. 944–950. [PMID: 24023020]
- Ben-Ami R. et al. Antibiotic exposure as a risk factor for fluconazole-resistant *Candida* bloodstream infection // *Antimicrob. Agents Chemother.* — 2012. — Vol. 56. — №5. — P. 2518–2523. [PMID: 22314534]
- Bianchi D.W., Williams J.M., Sullivan L.M. et al. PCR quantitation of fetal cells in maternal blood in normal and aneuploidy pregnancies // *Am. J. Hum. Genet.* — 1997. — Vol. 61. — №4. — P. 822–829. [PMID: 9382092]
- Bogdanovic G.M. et al. Cardiotocography in the prognosis of perinatal outcome // *Med. Arch.* — 2014. — Vol. 68. — №2. — P. 102–105. [PMID: 24937932]
- Bohbot J.-M. et al. Nystatin-neomycin-polymyxin B combination: efficacy and tolerance as 1st line local treatment of infectious vaginitis // *Open Journal of Obstetrics and Gynecology.* — 2014. — Vol. 4. — P. 445–454.
- Branca F., Mahya L., Mustafaa T.S. The lack of progress in reducing anaemia among women: the inconvenient truth // *Bull. World Health Organ.* — 2014. — Vol. 92. — №4. — P. 231. [PMID: 24700987]
- Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines // *MMWR Recomm. Rep.* — 2015. — Vol. 64. — №RR-3. — P. 1–137.
- Cicero S., Bindra R., Rembouskos G. et al. Integrated ultrasound and biochemical screening for trisomy 21 using fetal nuchal translucency, absent fetal nasal bone, free b-hCG and PAPP-A at 11 to 14 weeks // *Prenat. Diagn.* — 2003. — Vol. 23. — №4. — P. 306–310. [PMID: 12673635]
- Da Margarido L.C. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot // *Sao. Paulo. Med. J.* — 2014. — Vol. 132. — №2. — P. 127. [PMID: 24714996]
- Dambaeva S.V., Djakonova V.A. Study of interaction between the polyoxidonium immunomodulator and the human immune system cells // *Int. Immunopharmacol.* — 2004. — Vol. 4. — №13. — P. 1615–1623. [PMID: 15454114]
- Dawes G.S. Computerized measurement of fetal heart rate variation antenatally and in labour // *Recent advances in obstetrics and gynaecology* / Ed. J. Bonnar. — London: Churchill Livingstone, 1992. — Vol. 17. — P. 57–68.
- De Andrade Cairo R.C., Rodrigues Silva L., Carneiro Bustani N. et al. Iron deficiency anemia in adolescents: A literature review // *Nutr. Hosp.* — 2014. — Vol. 29. — №6. — P. 1240–1249. [PMID: 24972460]
- De Maeyer E., Adiels-Tegman M. The prevalence of anaemia in the world // *World Health Stat. Q.* — 1985. — Vol. 38. — №3. — P. 302–316. [PMID: 3878044]
- Fras K.A. Postpartum hemorrhage is related to the hemoglobin levels at labor: Observational study // *Alexandria Journal of Medicine.* — 2015. — Vol. 51. — №4. — P. 333–337.
- Global action plan on antimicrobial resistance. — Geneva: WHO, 2015. — 20 p.
- Goudar S.S., Carlo W.A., McClure E.M. et al. The maternal and newborn health registry study of the global network for women's and children's health research // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2012. — Vol. 118. — №3. — P. 190–193. [PMID: 22738806]
- Grivell R.M., Alfirevic Z., Cyte G.M. et al. Antenatal cardiotocography for fetal assessment // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2012. — Vol. 12. — Art. №CD007863. [PMID: 23235650]
- Kabir M.A., Ahmad Z. *Candida* infections and their prevention // *ISRN Prev. Med.* — 2012. — Vol. 2013. — P. 763628. [PMID: 24977092]
- Kavle J.A., Stoltzfus R.J., Witter F. et al. Association between anaemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania // *J. Health Popul. Nutr.* — 2008. — Vol. 26. — №2. — P. 232–240. [PMID: 18686556]
- Legler T.J. et al. Workshop report on the extraction of foetal DNA from maternal plasma // *Prenat. Diagn.* — 2007. — Vol. 27. — №9. — P. 824–829. [PMID: 17604339]
- Levene M.I., Chervenak F.A. *Fetal and neonatal neurology and neurosurgery.* — 4th ed. — Netherlands: Elsevier Science, 2009. — P. 506–527.
- Lo Y.M. Molecular testing of urine: catching DNA on the way out // *Clin. Chem.* — 2000. — Vol. 46. — №8 (1). — P. 1039–1040. [PMID: 10926880]
- Lo Y.M., Corbetta N., Chamberlain P.F. et al. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum // *Lancet.* — 1997. — Vol. 350. — №9076. — P. 485–487. [PMID: 9274585]
- Lozano R., Naghavi M., Foreman K. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2010 // *Lancet.* — 2012. — Vol. 380. — №9859. — P. 2095–2128. [PMID: 23245604]
- Minderer S., Gloning K.P., Henrich W. et al. The nasal bone in fetuses with trisomy 21: sonographic versus pathomorphological findings // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2003. — Vol. 22. — №1. — P. 16–21. [PMID: 12858296]
- Murina F. et al. Short-course treatment of vulvovaginal candidiasis: Comparative study of fluconazole and intra-vaginal fenticonazole // *Minerva Ginecol.* — 2012. — Vol. 64. — №2. — P. 89–94. [PMID: 22481619]
- National guideline on the management of vulvovaginal candidiasis. — United Kingdom, 2007. — URL: <https://www.bashh.org/documents/1798.pdf>.
- Redman C.W. Improving assessment of fetal health. — URL: <http://www.arjohntleigh.net/diagnostics/Admin/files/20140113101931.pdf>.
- Resolutions and decisions, annexes. — Geneva: WHO, 2012. — P. 12–13.
- Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition // Sixty-fifth world health assembly (Geneva, 21–26 May 2012).
- Sekizawa A. et al. Cell-free fetal DNA is increased in plasma of women with hyperemesis gravidarum // *Clin. Chem.* — 2001. — Vol. 47. — №12. — P. 2164–2165. [PMID: 11719487]

- Serra V., Bellver J., Moulden M. et al. Computerized analysis of normal fetal heart rate pattern throughout gestation // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2009. — Vol. 34. — №1. — P. 74–79. [PMID: 19489020]
- Tandu-Umba B., Mbanga A.M. Association of maternal anemia with other risk factors in occurrence of great obstetrical syndromes at university clinics, Kinshasa, DR Congo // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2015. — Vol. 15. — P. 183. [PMID: 26292718]
- Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. — Geneva: WHO, 2014. — 56 p.
- WHO. The global prevalence of anaemia in 2011. — Geneva: WHO, 2015. — 43 p.
- The prevalence of anaemia in women: A tabulation of available information. — Geneva: WHO, 1992. — P. 119–124.
- UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease 2011 (updated June 2011). — URL: <http://www.bashh.org/documents/3572.pdf>.
- Аганезова Н.В., Аганезов С.С. Управление менструальным циклом как залог комплаентности: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.
- Алеев И.А. Головоломка сочетанных вагинальных инфекций: Новый взгляд // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №2 (25). — С. 42–49.
- Алеев И.А., Рябинкина Т.С. Кодекс рационального использования антибиотиков // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 31–35.
- Алимова Н.Г. Оптимизация лечения острого кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2009. — 24 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1218 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, Г.М. Савельевой, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1203 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 1200 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — Краткое изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1080 с.
- Акушерство: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1040 с.
- Акушерство: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 773 с.
- Акушерство: Руководство к практическим занятиям / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 728 с.
- Акушерство: Учебник для акушерок / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 904 с.
- Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза без ошибок и экспериментов: Методическое руководство для врачей / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.С. Козлова, А.О. Духина. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 16 с.
- Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.
- Баранов В.С., Кузнецова Т.В., Вахарловский В.Г. и др. Пренатальная диагностика в акушерстве: современное состояние, методы, перспективы: Методическое пособие. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2002. — 64 с.
- Баранов В.С., Кузнецова Т.В., Иващенко Т.Э. и др. Принципы организации и диагностики пренатальной диагностики наследственных болезней в Санкт-Петербурге // Частота, диагностика, профилактика наследственных болезней и врожденных пороков развития в Санкт-Петербурге: Методические рекомендации / Под ред. И.А. Красильникова. — СПб., 2004. — С. 37–70.
- Бабнева Т.Н., Добрецова Т.А. Смешанные вагинальные инфекции: новая идеология. Неспецифические вагинальные инфекции в практике акушера-гинеколога: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Савельевой. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 24 с.
- Бабнева Т.Н., Добрецова Т.А., Летяева О.И. Молочная кислота и вагинальная микрофлора: Новые данные для практического применения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №5 (22). — С. 46–55.
- Бриль Ю.А., Макленова С.А. Фармакотерапия беременных: как можно меньше по количеству и как можно больше местно // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 71–77.
- Буданов П.В., Бахтияров К.Р. Двухкомпонентное лечение бактериального вагиноза суппозиториями на ПЭО-основе: Клинические перспективы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №3 (26). — С. 62–69.
- Верещкий А. Первичная профилактика врожденных пороков развития // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №5 (22). — С. 57–67.
- Войташевский К.В., Руднева О.Д., Симоновская Х.Ю. Парадигма прехонцепционной охраны здоровья ВОЗ: Необходимый базис государственного планирования // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 22–31.
- Галина Т.В., Добрецова Т.А. Беременная XXI века: трудно как никогда. Почему необходимо заботиться об оптимальном фоллатном статусе беременной? Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 20 с.
- Галина Т.В., Симоновская Х.Ю. Метафолин в составе КОК — инвестиция в репродуктивное благополучие. Мировые новости: современная контрацепция как новые возможности предгравидарной подготовки / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.
- Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: Здоровье, 1983. — 184 с.
- Гузовская Е.В., Гуцол Л.О. Учебное пособие для самостоятельной внеаудиторной работы студентов медицинских факультетов к разделу курса патофизиологии «Патология клетки» / Под ред. И.Ж. Семинского. — Иркутск, 2011. — 29 с.
- Дегтярёва М.В., Бриль Ю.А. Нейрогенез и защита нервной системы плода и новорожденного. Роль прогестерона и его мета-

- болитов // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 67–63.
- Денисова А.А., Мартынович Н.Н. Антифосфолипидный синдром // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — №4. — С. 136–139.
- Добрецова Т.А., Маклецова С.М. Микробная панрезистентность как расплата за бездействие // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 11–21.
- Духанин А.С., Руднева О.Д., Рябинкина Т.С. и др. Резистентность микробов к антибиотикам: почему она возникает и как с ней бороться? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 15–22.
- Духин А.О., Нургулиева Е.В., Ипастова И.Д. О бактериальном вагинозе как реальной причине последующих воспалительных заболеваний органов малого таза // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 78–85.
- Енькова Е.В., Мартынова М.А. Дефекты нервной трубки: что это такое, почему они важны во взрослом возрасте и как их профилактировать // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 81–88.
- Жданова К.В. Проблемы реализации программы импортозамещения лекарств в России // Российский внешнеэкономический вестник. — 2015. — №10. — С. 126–132.
- Женская консультация: Руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 472 с.
- Засерская И.Е., Бриль Ю.А. Витамин D — недооценённый гормон репродуктивной системы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 117–126.
- Залаин: Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. — СПб, 2016. — URL: http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=3498c461-3c06-41f9-a738-f87226907a51&t=
- Занько С.Н., Петухов В.С. Лечим гемоглобин железом: Опыт белорусских коллег // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 126–133.
- Зароченцева Н.В., Белая Ю.М. Проблема урогенитального кандидоза у женщин в современном мире // РМЖ, Акушерство и гинекология. — 2016. — №15. — С. 1–5.
- Зарипова Л.Р., Галина Т.В., Дурдин Ю.М. и др. «Лечение» беременности: в плену опасных заблуждений // Вестник Российского университета дружбы народов. — 2012. — №6. — С. 187–192. — (Медицина).
- Золотов И.С., Остроменский В.В. Терапия воспалительных заболеваний женских половых органов: возможности иммуномодуляторов // Гинекология. — 2011. — Т. 13. — №3. — С. 55–59.
- Иванова Л.А., Михайлин Е.С. Беременность и роды у несовершеннолетних: Проблема и перспективы решения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 84–93.
- Ипастова И.Д. Микронутриентная поддержка во время беременности: доказательства 2015 года и руководство к действию // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 96–101.
- Ипастова И.Д., Бриль Ю.А. Железодефицитные состояния в акушерско-гинекологической практике: Информационный бюллетень / Под ред. Т.В. Галиной — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 24 с.
- Ипастова И.Д., Маклецова С.М. Бактериальный вагиноз: от новых трендов науки к практическим решениям // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 18–26.
- Ипастова И.Д., Руднева О.Д., Чупурова И.Н. Возможные риски необоснованных прогестероновых назначений во время гестации // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 67–73.
- Ипастова И.Д. Осложнённая беременность от ранних до поздних сроков: Наука и практика // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 15–20.
- Исеинова С.Ш. и др. Результаты анализа по применению лекарственных препаратов в период гестации // Medicine. — 2014. — №10. — С. 68–71.
- Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах. — URL: <http://kaig.ru/tr/farm.pdf>.
- Катикова О.Ю., Ших Е.В. Особенности витаминного статуса у больных с заболеваниями печени различной этиологии. Возможности витаминотерапии // РЖГТХ. — 2009. — №3. — С. 21–31.
- Катаева О.А., Акуленко Е.О. Правильное питание при беременности: От заблуждений к актуальным рекомендациям // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №3 (26). — С. 71–78.
- Караулов А.В. Полиоксидоний в клинической практике. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 135 с.
- Кира Е.Ф., Артымук Н.В., Гайтукиева Р.А. и др. Биоденоз и функциональная активность эпителия влагалища при местном лечении аэробного вагинита полижинаксом и тержинаном // Журнал акушерства и женских болезней. — Т. LIX. — №5. — С. 127–135.
- Кирюшенко П.А. Рациональный подход к интерпретации рисков тромбоза // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 41–47.
- Кисина В.И. Вагинальные инфекции: клиническое значение и лечение / Дерматовенерология и дерматокосметология. — 2011. — №1. — С. 28–33.
- Климова О.И., Бриль Ю.А., Артикова Н.Л. Новые представления о взаимодействии бактериальной и грибковой микрофлоры вагинального биотопа // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 33–38.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.
- Козловская Н.Л., Коротчаева Ю.В. Национальные рекомендации по диагностике и лечению нефропатии, ассоциированной с антифосфолипидным синдромом. — М., 2015. — 19 с.
- Коган Б.Г., Гордеева Г.Д., Белокурова Е.Н. Современные принципы применения антибиотиков у беременных // Здоровье женщины. — 2011. — №4 (60). — С. 32–36.
- Костин И.Н. Стратегия перинатального риска — арифметика, спасающая жизнь // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2012. — №4 (56). — С. 5–12.
- Костин И.Н., Куванкина Л.Ю., Симоновская Х.Ю. Значение и результаты международного исследовательского проекта «Микробиом человека» // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 9–15.

- Кузнева И.В., Бриль Ю.А., Симоновская Х.Ю. Репродуктивные потери при внутриматочных гематомах: не только выкидыш // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 89–95.
- Караулов А.В. Полиоксидант в клинической практике. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 135 с.
- Кузнецова И.В., Ших Е.В. Аэробный вагинит: Терминологические новости и выбор эмпирической терапии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 57–62.
- Кунцевич Л.Д., Шиббаева Е.В., Мишанов В.Р. и др. Возбудители генитального кандидоза у женщин и их чувствительность к антимикотикам // Научные исследования. — 2009. — №4. — С. 45–48.
- Курочкина И.О., Маклецова С.М. Новые подходы к терапии бактериального вагиноза // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 78–82.
- Кохно Н.И. Нарушенное пищевое поведение: чем рискует беременная и каковы последствия для ребенка? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №3 (26). — С. 97–104.
- Лебедев В.А., Пашков В.М. Современные принципы терапии колпелитов // Трудный пациент. — 2011. — Т. 9. — №8–9.
- Лелебенко Е.Ю., Ипастова И.Д., Добрецова Т.А. Расширение терапевтических возможностей пероральных пробиотиков // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №2 (31). — С. 66–70.
- Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 8-е изд. — М.: МИА, 2008. — 436 с.
- Лепяхин В.К. и др. Разработка методов изучения и профилактики осложнений фармакотерапии: Учебное пособие. — М.: РУДН, 2008. — 276 с.
- Логутова Л.С., Матюхина Е.Г. Рационализация подходов к лечению пациенток с кандидозным вульвовагинитом // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 91–94.
- Логутова Е.С., Матюхина Е.Г. Рационализация подходов к лечению пациенток с кандидозным вульвовагинитом // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 91–94.
- Ломексин: Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. — ГРЛС, 2015. — URL: http://grls.gosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=33479ef0-6627-4c37-a4a2-d47fa257e137&t.
- Майоров М.В. и др. Внематочная беременность: Современные методы диагностики и лечения // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2013. — №3 (67). — С. 35–42.
- Маклецова С.М. Обогащение рациона беременных микронутриентами: Обзор новых данных // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №1 (24). — С. 80–87.
- Маклецова С.М., Вершинская О.А., Руднева О.Д. Бактериальный вагиноз у беременных: Нерешенные вопросы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 85–91.
- Маклецова С.М., Курочкина И.О., Рябинкина Т.С. Современные представления о биопленочной жизни бактерий и борьбе с антибиотикорезистентностью // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 48–55.
- Маклецова С.М., Рябинкина Т.С. Связь бактериального вагиноза и предракловых/раковых заболеваний шейки матки // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 44–48.
- Маклецова С.М., Рябинкина Т.С. Проблемы и перспективы диагностики и лечения бактериального вагиноза: что говорят эксперты // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 47–57.
- Маклецова С.М., Симоновская Х.Ю. Фитотерапия в XXI веке: статус, доказательность, безопасность // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 94–101.
- Малова И.О., Рахматулина М.Р., Соколовский Е.В. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальным кандидозом. — М., 2013. — 16 с.
- Мальцева Л.И. Что нужно знать о бактериальном вагинозе // Практическая медицина. — 2009. — №2 (34). — С. 60–62.
- Материалы VIII Российского форума с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально значимых заболеваний. Санкт-Петербург-2014». 12–13 мая 2014 г. / Под. ред. Е.М. Булатовой, О.А. Матальгиной. — СПб., 2014. — 288 с.
- Михайленко Е.Т., Захаров К.А., Радзинский В.Е. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. — Киев: Здоровье, 1984. — 288 с.
- Мотин П.И., Федченков В.В., Сольх Р.М. и др. Перспективы, альтернативы и дополнения к антибактериальному лечению гестационного пиелонефрита. Фитопрепараты, магнитолазерная терапия, иммуномодуляторы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 107–115.
- Некрасова Е.С., Николаева Ю.А., Кашеева Т.К. и др. Внедрение алгоритма комбинированного скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности: Опыт работы за 4 года // Журнал акушерства и женских болезней. — 2007. — Т. LV1. — №1. — С.28–34.
- Оразмурадов А.А., Паенди О.Л., Есипова Л.Н. и др. Особенности применения гипербарической оксигенации в акушерстве // Вестник Российского университета дружбы народов. — 2013. — №5. — С. 184–190. — (Медицина).
- Ордианц И.М., Аракелян В.Ф. Оценка состояния вагинального микробиоценоза как инструмент практической гинекологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 91–97.
- Ордианц И.М., Бриль Ю.А. Почему при лечении неосложненного кандидозного вульвовагинита следует отдавать предпочтение местным препаратам? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №2 (25). — С. 65–70.
- Панов А.Е. Лекарственный перегруз? Фармакотерапия беременных — современная проблематика // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2009. — №1. — С. 21–24.
- Первичная профилактика врожденных пороков развития: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 16 с.
- Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы образовательного семинара «Инно-

- вации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины»: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.
- Пролонгированная контрацепция. Удобство как залог надёжности / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.
- Проф. Михаэль Попп: о бизнесе, фитнесе и фитоперспективах коррекции микробиоты // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 27–31.
- Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16-го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18–21 марта 2015 года): Информационное письмо. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 4 с.
- Подзолкова Н.М. Результаты российского многоцентрового исследования эффективности различных терапевтических схем при рецидивирующих вульвовагинальных инфекциях (БИОС 2) // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 38–45.
- Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. Применение сертаконазола у женщин с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом // Мать и дитя. — 2010. — №19 (18). — С. 1221–1224.
- Полина М.Л. Гестаген IV поколения дроспиренон: новое явление в современной гинекологии? Клиническая лекция / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2011. — 20 с.
- Пустотина О.А., Руднева О.Д., Катаева О.А. Фолатный дефицит: накопление фактов продолжается // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 57–64.
- Радзинский В.Е. Проф. В.Е. Радзинский о фитотерапии в акушерстве и гинекологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 74–78.
- Радзинский В.Е. и др. Прегравидарная подготовка: Клинический протокол. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.
- Радзинский В.Е. и др. Экстракт клюквы у беременных с инфекциями мочевых путей: Вопросы эффективности и безопасности: Информационное письмо // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №5 (22). — С. 22–25.
- Радзинский В.Е., Артымук Н.В., Берлев И.В. и др. Рандомизированное многоцентровое исследование эффективности применения 600 и 1200 мг препарата Ломексин в лечении кандидозного вульвовагинита у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. — 2013. — №2. — С. 127–132.
- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Добрецова Т.А. Железный щит репродуктивного здоровья. Терапевтические стратегии при железодефицитной анемии: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 32 с.
- Радзинский В.Е., Добрецова Т.А. Адьювантная терапия пероральными пробиотиками при антибактериальном лечении? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №3 (26). — С. 23–28.
- Радзинский В.Е., Добрецова Т.А. Пероральные пробиотики в коррекции вагинальных дисбиозов // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №1 (24). — С. 64–70.
- Радзинский В.Е., Добрецова Т.А. Пероральные пробиотики: клиническая эффективность доказана. Пероральные пробиотики в коррекции вагинальных дисбиозов: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 16 с.
- Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск: Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. — 288 с.
- Радзинский В.Е., Майскова И.Ю. Ранние сроки беременности: Обсуждение насущных вопросов с учётом современных данных // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 32–37.
- Радзинский В.Е., Манухин И.Б. О распространённых заблуждениях, касающихся применения гестагенов в клинической практике акушера-гинеколога // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 115–120.
- Радзинский В.Е., Манухин И.Б., Труш М.В. Оптимизация показаний к назначению экзогенного прогестерона: Обзор доказательных данных и современных научных представлений // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 62–66.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М. В копилку доказательных данных о потенциале фитотеросептиков в терапии беременных с инфекциями мочевыводящих путей // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №2 (31). — С. 59–65.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2012. — 16 с.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Побединская О.С. Угроза спонтанного аборта: старые контраверсии — новые возможности // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 25–31.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Побединская О.С. и др. Опыт применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микробиотой // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2016. — №1. — С. 84–88.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Симоновская Х.Ю. Оптимизация контрацепции после кесарева сечения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 37–44.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Симоновская Х.Ю. Влияние железодефицита на репродукцию и возможности его терапевтической коррекции // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 58–64.
- Радзинский В.Е., Симоновская Х.Ю. Фитотерапия в акушерстве и гинекологии. Новый век — новая идеология. Концепция фитониринга как этап развития фитотерапии: Информационный бюллетень. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 16 с.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. Время понятной консультации. Инструменты выбора гормональной контрацепции: консультирование, алгоритм, мобильное приложение: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 16 с.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Апрессан С.В. и др. Сахарный диабет и беременность: грани перинатальных проблем. Часть I // Доктор.Ру. — 2010. — №7–1 (58). — С. 30–34.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Календжян А.С. и др. Эффективная коррекция нарушений биоценоза влагалища вне и во

время беременности: почему это важно и что нового? // Док-тор.Ру. — 2010. — №7-1 (58). — С. 20-26.

Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Маклецова С.А. Время понятной контрацепции. Оптимизация врачебного выбора гормональной контрацепции как путь сохранения здоровья женщин на популяционном уровне: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 24 с.

Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2009. — 480 с.

Рахматулина М.Р., Цой Е.Г. Урогенитальный кандидоз: Проблемы терапии и возможности их решения // Акушерство и гинекология. — 2016. — №5. — С. 14-18.

Рекомендации Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) 2015 года. Совершенствование практических подходов в акушерстве и перинатальной медицине: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 8 с.

Репродуктивное здоровье: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011. — 727 с.

Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12-13 марта 2013 года) / Под ред. Т.С. Рябкиной, Х.Ю. Симоновской, С.А. Маклеуовой. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.

Роговская С.И., Бебнева Т.Н., Ткаченко А.В. Возможности местных форм противогрибковых средств в лечении генитального кандидоза // Акушерство и гинекология. — 2015. — №11. — С. 121-125.

Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 944 с.

Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 700 с.

Руднева О.Д., Добрецова Т.А., Маклецова С.А. Рецидивы баквагиноза и лактофлора: от актуальной неоднозначности к практическим решениям / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 16 с.

Руднева О.Д., Катаева О.А., Акуленко Е.О. Ринит беременных как междисциплинарная проблема // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №2 (25). — С. 97-102.

Рымашевский А.Н. и др. Профилактика и диагностика осложненной беременности: Учебно-методическое пособие для интернов, ординаторов. — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2011. — 73 с.

Рябкинская Т.С. Врожденные пороки развития: возможности профилактики и реальная практика // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №1 (24). — С. 93-101.

Савельева И.В., Баринев С.В. Метаболический синдром и беременность: О рисках и терапевтических возможностях // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 134-139.

Савичева А.М. и др. Полнота восстановления вагинальной микрофлоры как критерий эффективности двухэтапной терапии бактериального вагиноза // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 33-37.

Савичева А.М., Шипицына Е.В., Хуснутдинова Т.А. и др. Частота выявления *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* у женщин с выделениями из влагалища и их связь с бактериальным вагинозом // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 122-128.

Сандакова Е.А., Бриль Ю.А. Подготовка к беременности женщин с ВПР плода в анамнезе // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №2 (31). — С. 97-106.

Свидзинский А. Полимикробные сообщества: новая эра в микробиологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 23-29.

Селихова М.С., Бриль Ю.А., Вдовин С.В., Медведев В.А. Лечение кандидозного вульвовагинита у беременных: трудности и перспективы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №2 (31). — С. 52-57.

Серов В.Н. Проблема вульвовагинального кандидоза в гинекологической практике // Российский медицинский журнал. — 2014. — №6. — С. 418-422.

Симоновская Х.Ю., Алеев И.А. Невынашивание беременности: доказательная база дидрогестерона. Новости доказательной медицины дидрогестерона по профилактике и лечению невынашивания беременности: Информационное письмо / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 24 с.

Смирнова Л.Е. Применение иммуномодулирующей терапии ХВЗПО // Consilium Medicum. — 2010. — Т. 12. — №6. — С. 26-30.

Смирнова Т.В., Лебедева М.Г., Симоновская Х.Ю. и др. Коррекция анемии и запоры у беременных: выход из фармакодинамического тупика // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 101-104.

Соловьёва А.В., Оленев А.С. Дискуссионные вопросы прегравидарной подготовки в России // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 55-63.

Соловьёва А.В., Плаксина Н.Д., Сильвестрова Г.А. Вульвовагинальный кандидоз: как избежать рецидивов: Клиническая лекция / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 16 с.

Стрижаков А.Н., Буданов П.В., Рябкинская Т.С. Новые варианты терапевтической тактики при бактериальном вагинозе // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 124-128.

Таха Т.В., Нажмутдинова Д.К. Сертраконазол в лечении острого кандидозного вульвовагинита // Российский медицинский журнал. — 2013. — №22. — С. 1088-1090.

Тихомиров А.Л., Казенашев В.В., Бгажнокова М.В. Эффективное лечение острого вагинозного кольпита // РМЖ, Акушерство и гинекология. — 2015. — №12. — С. 1-3.

Уткин Е.В. Нерешённые и дискуссионные вопросы антибактериальной терапии ВЗОМТ // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 33-39.

Ушкалова Е.А., Бабаева В.О., Илларионова Т.С. Безопасность безрецептурных препаратов при беременности // Фарматека. — 2009. — №1. — С. 48-52.

Фаткуллин И.Ф., Субханкулова А.Ф., Мунавирова А.А. Профилактика иммуноконфликтной беременности: Проблемы и перспективы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 28-36.

- Фаткуллина И.Б. Показатели доплерометрии маточно-плацентарного кровотока при артериальной гипертензии во время беременности // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2010. — №3 (75). — С. 151–152.
- Феоктистова Ю.В., Елисеева Е.В., Поддубный Е.А. и др. Применение лекарственных средств у беременных в Приморском крае: Ретроспективный анализ // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2011. — №1. — С. 79–82.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адамьян, Н.В. Артымук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.
- Хамошина М.Б. Депозитарий репродуктивного здоровья: молодые женщины. Пути формирования рациональных предписаний к регуляции фертильности: Методическое руководство // Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 48 с.
- Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Артикова Н.Л. и др. Управление менструальным циклом: новые возможности. Инновации в контрацепции — гибкий пролонгированный режим и цифровые технологии дозирования: Информационный бюллетень // Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 24 с.
- Хамошина М.Б., Маклецова С.А., Рыжова Т.Е. Инновации пролонгированного режима приёма КОК: гибкий график менструаций, цифровой дозатор и нулевой индекс Перля // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 41–49.
- Хамошина М.Б., Радзинский В.Е., Календжян А.С. и др. Нарушения микробиоценоза урогенитального тракта: актуальные проблемы, перспективы коррекции и профилактики // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т. 8. — №5. — С. 69–74.
- Хамошина М.Б., Тулупова М.С., Чотчаева А.И., Апресян С.В. Коррекция и профилактика нарушений биоценоза влагалища у беременных // Доктор.Ру. — 2012. — №7 (75). — С. 78–79.
- Хлыбова С.В., Ипастова И.Д. Влияние гомоцистеина на здоровье и репродукцию: Современный взгляд // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 101–108.
- Хрянин А.А. Иммуномодулирующая терапия инфекций, передаваемых половым путем, с позиций доказательной медицины // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 49–57.
- Цырлина Е.В., Порошина Т.Е. Хорионический гонадотропин как маркер трофобластической болезни // Практическая онкология. — 2008. — Т. 9. — №3. — С. 150–159.
- Шестакова И.Г., Бриль Ю.А. Хлормадинона ацетат в составе КОК как средство комплексной коррекции гиперандрогенизма // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №4 (21). — С. 55–61.
- Шестакова И.Г. Подготовка к беременности пациенток с эндометриозом // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 65–72.
- Эра натуральных эстрогенов: начало. Новое в современной контрацепции // Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 16 с.
- Яковлев А.Б., Липова Е.В. Микробиологические и иммунологические предпосылки кандидозного вульвовагинита // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 116–122.
- Alfvreic Z. et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour // Cochrane Database Syst. Rev. — 2013. — Vol. 5. — Art. №CD006066. [PMID: 23728657]
- Antepartum fetal surveillance: Practice bulletin №145. — ACOG, 2014. — 11 p.
- Bogdanovic G.M. et al. Cardiotocography in the prognosis of perinatal outcome // Med. Arch. — 2014. — Vol. 68. — №2. — P. 102–105. [PMID: 24937932]
- Bibi S. et al. Hyperhomocysteinaemia, vascular related pregnancy complications and the response to vitamin supplementation in pregnant women of Pakistan // J. Pak. Med. Assoc. — 2010. — Vol. 60. — №9. — P. 741–745. [PMID: 21381582]
- Cousins L.M. et al. Nonstress testing at <32.0 weeks' gestation: A randomized trial comparing different assessment criteria // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 207. — №4. — P. 311–320. [PMID: 23021694]
- Czeizel A.E., Dobó M., Vargha P. Hungarian cohort-controlled trial of periconceptional multivitamin supplementation shows a reduction in certain congenital abnormalities // Birth Defects Res. A. Clin. Mol. Teratol. — 2004. — Vol. 70. — №11. — P. 853–861. [PMID: 15523663]
- FIGO Subcommittee on standards in perinatal medicine Guidelines for the use of fetal monitoring // Int. J. Gynecol. Obstet. — 1987. — Vol. 25. — P. 159–167.
- FIGO intrapartum fetal monitoring guidelines. — URL: <http://www.figo.org/news/available-view-figo-intrapartum-fetal-monitoring-guidelines-0015088>.
- Glantz J.C., Bertoia N. Preterm nonstress testing: 10-beat compared with 15-beat criteria // Obstet. Gynecol. — 2011. — Vol. 118. — №1. — P. 87–93. [PMID: 21691167]
- Grivell R.M. et al. Antenatal cardiotocography for fetal assessment // Cochrane Database Syst. Rev. — 2015. — Vol. 9. [PMID: 26363287]
- Govindaiah V. et al. Association of parental hyperhomocysteinemia and C677T Methylene tetra hydrofolate reductase (MTHFR) polymorphism with recurrent pregnancy loss // Clin. Biochem. — 2009. — Vol. 42. — №4–5. — P. 380–386. [PMID: 19111530]
- Haider B.A., Bhutta Z.A. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy // Cochrane Database Syst. Rev. — 2015. — Vol. 11. — Art. №CD004905. [PMID: 26522344]
- Johnson T. The pregnancy and lactation labeling rule (PLLR). — URL: <http://www.fda.gov/downloads/aboutfda/workingatfda/fellowshipinternshipgraduatefacultyprograms/pharmacystudentexperientialprogramcder/ucm495961.pdf>.
- Miller D.A. et al. The modified biophysical profile: Antepartum testing in the 1990s // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 174. — №3. — P. 812–817. [PMID: 8633648]
- National Perinatal Epidemiology Centre Perinatal mortality in Ireland: Annual Report. — 2014. — 86 p.
- Pandey K. et al. Hyperhomocysteinemia as a risk factor for IUGR // J. Obstet. Gynaecol. India. — 2012. — Vol. 62. — №4. — P. 406–408. [PMID: 23904699]
- Pentieva K. et al. Evidence from a randomized trial that exposure to supplemental folic acid at recommended levels during pregnancy

does not lead to increased unmetabolized folic acid concentrations in maternal or cord blood // *J. Nutr.* — 2016. — Vol. 146. — №3. — P. 494–500. [PMID: 26817717]

Puri M. et al. MTHFR C677T polymorphism, folate, vitamin B12 and homocysteine in recurrent pregnancy losses: A case control study among North Indian women // *J. Perinat. Med.* — 2013. — Vol. 41. — №5. — P. 549–554. [PMID: 23612630]

Steegers-Theunissen R.P. et al. Hyperhomocysteinemia, pregnancy complications, and the timing of investigation // *Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 104. — №2. — P. 336–343. [PMID: 15292008]

Van Mil N.H. et al. Teratogenicity and underlying mechanisms of homocysteine in animal models: A review // *Reprod. Toxicol.* — 2010. — Vol. 30. — №4. — P. 520–531. [PMID: 20656016]

Vitamin and mineral requirements in human nutrition. — Geneva, Rome: WHO, FAO, 2004. — 2nd ed. — 341 p.

Zimmermann M.B. The importance of adequate iodine during pregnancy and infancy // *World Rev. Nutr. Diet.* — 2016. — Vol. 115. — P. 118–124. [PMID: 27198746]

Артумук Н.В., Сурина М.Н. Фармакотерапия при беременности и в родах как фактор риска развития послеродовых кровотечений // *Доктор.Ру.* — 2014. — №1. — С. 50–54.

Ветров В.В. и др. Медицинские причины перинатальной смертности в регионе Южного федерального округа России в 2014 году // *Проблемы женского здоровья.* — 2015. — №1. — С. 20–27.

Гагаев Ч.Г., Рябинкина Т.С., Добрецова Т.А. КТГ-мониторинг: от субъективного к достоверному // *StatusPraesens. Акушерство, гинекология, бесплодный брак.* — 2015. — №1 (24). — С. 103–111.

Деревянчук Е.Г. Эпигенетические, молекулярно-генетические и биохимические критерии нарушения эмбриогенеза человека: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. — Ставрополь, 2011. — 24 с.

Долгих Т.И. и др. Эпидемиологическая характеристика перинатальной смертности в Омской области // *Эпидемиология и инфекционные болезни.* — 2013. — №5. — С. 38–42.

Ирышков Д.С., Тактаев А.П. Основы антенатальной кардиотографии: Учебное пособие. — Ч. 1. — Пенза, 2010. — 18 с.

Костыкина Я.М. Профилактика перинатальной патологии и осложнений беременности у женщин с гипергомоцистеинемией: Дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2013. — 130 с.

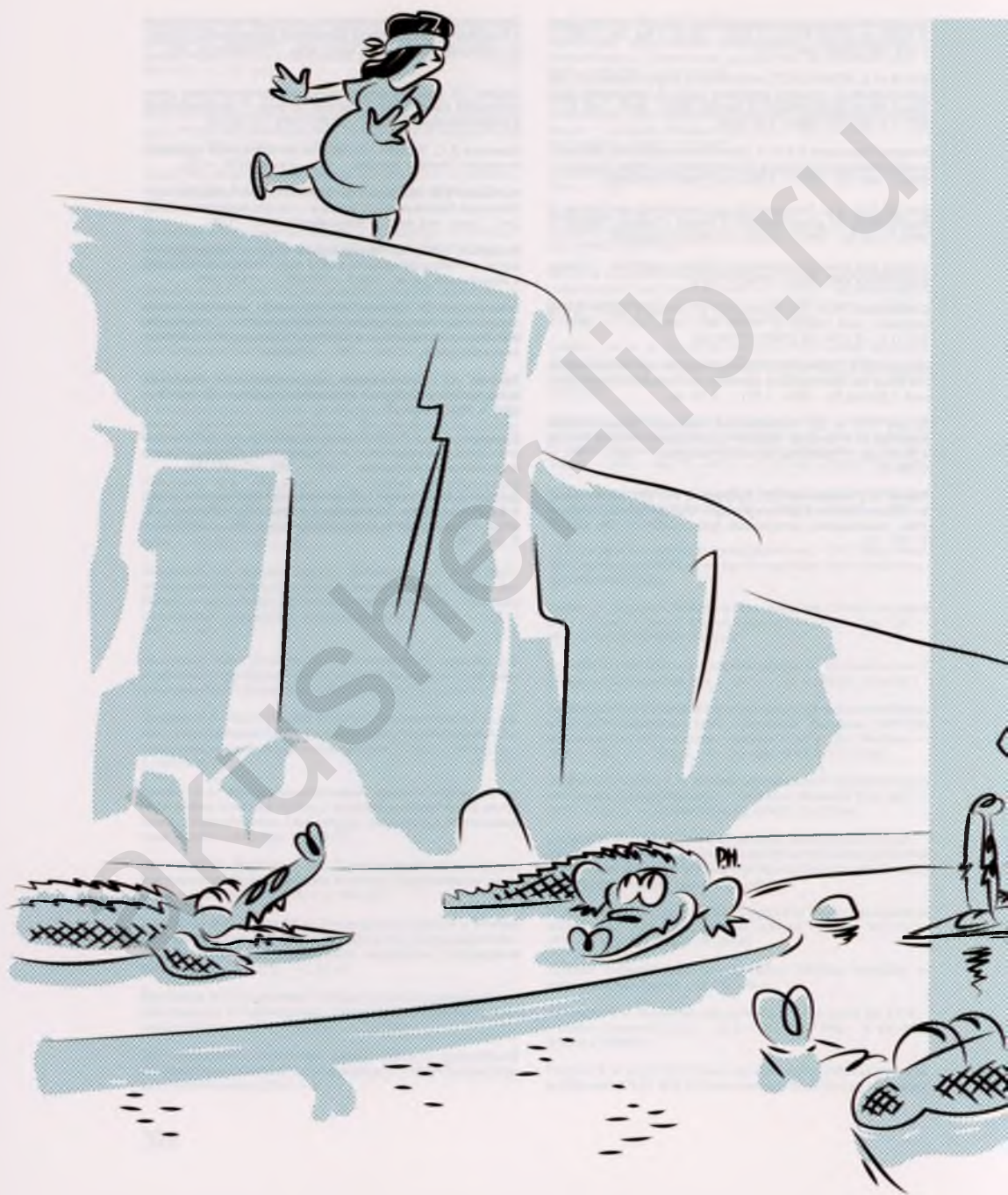
Кукарская И.И. и др. Региональные аспекты мертворождаемости в Тюменской области в 2014 году // *Медицинская наука и образование Урала.* — 2015. — №3 (83). — С. 105–109.

Новгородова У.Р., Саввина Н.В. Результаты мониторинга показателей перинатальной заболеваемости и смертности в акушерском стационаре г. Якутска // *Дальневосточный медицинский журнал.* — 2014. — №1. — С. 63–66.

Павлова Н.Г. Антенатальная кардиотография: Проблемы и возможности // *Журнал акушерства и женских болезней.* — 2015. — №2. — С. 62–67.

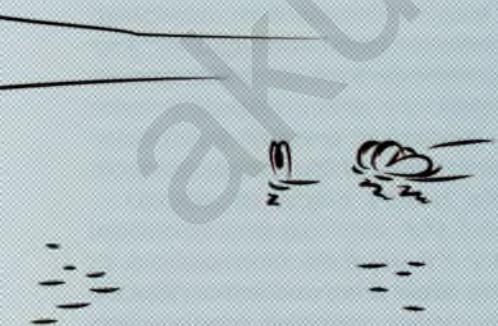
Сувернева А.М. и др. Некоторые медико-социальные аспекты перинатальной смертности по Астраханской области // *Фундаментальные исследования.* — 2013. — №5. — С. 148–151.

Хлыбова С.В., Ипастова И.Д. Влияние гомоцистеина на здоровье и репродукцию: Современный взгляд // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2015. — №4 (27). — С. 101–108.



ГЛАВА 5

СТРАТЕГИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА



Утверждение о том, что любую проблему проще и безопаснее решать до её возникновения, в медицинской практике звучит так: **«предупредить болезнь легче, чем её лечить в дальнейшем»**. Этот постулат заложен в **фундамент перинатальной медицины XXI века**. Для реализации его необходимо определить легко выявляемые факторы риска, степень их влияния на перинатальный исход и выработать меры, нивелирующие их неблагоприятное воздействие. Так как эта программа, обеспечивающая сохранение жизни и здоровья плода и новорождённого, построена на **числовом определении риска** неблагоприятного исхода, она получила название «стратегия перинатального риска» и представлена несколькими этапами:

- определение факторов риска неонатальной заболеваемости и перинатальной смертности;
- подсчёт степени риска путём суммирования баллов;
- разработка мероприятий по предотвращению неблагоприятного перинатального исхода.

Программа предусматривает раннее выявление группы женщин, у которых беременность или роды могут осложниться и привести к рождению больного ребёнка. Кроме того, стратегия обеспечивает дифференцированный подход к ведению пациентки в зависимости от степени риска, подразумевающий **расширение показаний** к абдоминальному родоразрешению или программированным родам.

Исторические аспекты системы прогнозирования перинатального риска

Первые попытки прогнозирования перинатального риска были приняты после определения факторов риска перинатальной смертности. Произошло это в начале 50-х годов XX века. Акушеры и педиатры стали отмечать, что **перинатальная смертность выше у детей, чьи матери перенесли осложнённую беременность**, имеют соматические заболевания в анамнезе и вредные привычки. Однако ещё в учебниках XIX века можно найти упоминание «причин родильных процессов», представленных различными заболеваниями и неблагоприятными условиями окружающей среды.

Одними из первых учёных, выделивших факторы, влияющие на перинатальные исходы, стали А.М. Lilienfeld и В. Pasamanick (1955). Результаты их исследований показали, что **у матерей новорождённых с неврологической симптоматикой чаще всего были одни и те же осложнения гестационного периода**: нефропатия тяжёлой степени, угроза прерывания, предлежание и отслойка плаценты во время беременности, неправильное

положение плода, мертворождения в анамнезе. **Теория о статистически значимой взаимосвязи** между этими неблагоприятными факторами у матери и высоким уровнем перинатальных осложнений была впоследствии подтверждена J.F. Donnelly (1957).

Хорошо забытое старое

В 1969 году в США провели сравнение перинатальной смертности в двух госпиталях — Филадельфии и Нью-Йорка — с одинаковыми входящими условиями. В первом метод родоразрешения выбирали в зависимости от результатов пробы Залинга, определяя кислотно-основное состояние крови, взятой из кожи предлежащей головки плода. Во втором госпитале использовали стратегию перинатального риска. В конце года оказалось, **что при одинаковых цифрах перинатальной смертности** (11‰, что по тем временам было приемлемо) **ориентирование на пробу Залинга увеличило применение кесарева сечения** ровно в 2 раза — 18% по сравнению с 9%. Это было убедительно, однако глобального распространения стратегия перинатального риска не получила, несмотря на одобрение ведущими специалистами мира.

В 1979 году вышла прекрасная книга О.Г. Фроловой и Г.М. Мучиева с горящим названием — «Охрана здоровья плода и новорождённого в СССР». Именно там **впервые была опубликована шкала риска**, впоследствии утверждённая Приказом Минздрава СССР №430 (1981). Стоит отметить, что приказ советские врачи выполняли хорошо, исправно выделяя акушерский, экстрагенитальный и перинатальный риски (творческое развитие!). При этом всех пациенток, отнесённых к группе высокого риска, осматривал заведующий женской консультацией для определения срока дородовой госпитализации. Вот только... **в обменных картах не было графы для фиксации степени риска**. Так этот титанический труд и оставался достоянием женской консультации. А пересчитывать все риски на дежурстве просто нереально.

Хорошо стратегия срабатывала только в отделениях патологии беременных. Но в целом надежды группировались вокруг **электронных методов оценки** состояния плода: УЗИ, доплерометрии, биофизического профиля, КТГ. И вот в 2010 году конгресс EAGO определил, что все эти методы информативны не более чем на 56%. И с того времени европейцы стали полагаться не на километры лент КТГ, а именно на **стратегию риска и программированные роды**.

Следующим этапом стала **систематизация всех факторов риска по времени их действия** (до наступления беременности, во время беременности, во время родов), впервые представленная в работах E. Hickz (1972)

и J.W. Goodwin et al. (1969). В исследование E. Hickz (1972) были включены женщины, чьи дети погибли в перинатальном периоде. Первое место среди факторов риска, по мнению автора исследования, заняли поздние токсикозы (25,2%), далее шли кровотечения в поздние сроки беременности (19,5%), многоплодная беременность (13,8%), несовместимость крови матери и плода (12,6%), диабет (10%), тяжёлые общие заболевания матери (7%), прочие факторы (11,9%). Беременные, имеющие один и более факторов риска, составили 48,5%.



Невозможность точной оценки ante- и интранатального состояния плода инструментальными методами актуализирует прогнозирование перинатальных исходов определением степени риска по любой из известных шкал (Конгресс EAGO, 2010).

Предложенная J.W. Goodwin **система выявления беременных с высоким риском была относительно простой** и состояла всего из двух групп факторов, относящихся к высокому или низкому риску неблагоприятного исхода. Главным достоинством системы было то, что автор не только учёл определённые факторы, известные с давних пор как достаточно веская причина неблагоприятного исхода беременности, но и предположил, что ряд, казалось бы, несвязанных событий может оказывать кумулятивное влияние на течение беременности, создавая угрозу для плода. В том же 1969 году J.W. Goodwin, проанализировав данные ряда обзоров о перинатальной смертности, ввёл **понятия «идеальная беременная» и «беременная высокого риска».**

Службы перинатологии Англии и Америки в 1970-е годы для идентификации беременных «высокого риска» предложили по-другому систематизировать факторы риска, используя такие понятия, как акушерский анамнез, экстрагенитальные заболевания, акушерские, демографические и другие факторы. Ряд перинатологов (Aubrey R., Nesbitt R., 1969; Babson S., 1979) составили собственные, **более подробные модификации факторов риска**, включающие вредные привычки родителей, нарушения диеты, условия труда, способ предохранения от нежеланной беременности. Из упомянутых выше систем наибольшее распространение и значение получила методика выявления беременных высокого риска, предложенная S. Babson et al. в 1979 году, как самая подробная классификация факторов риска.

Большинство авторов различных шкал риска приходили к выводу, что **высокая степень перинатального риска всегда имеет мультифакторную природу**, при этом часто наблюдают определённый синергизм между факторами риска, что усиливает их неблагоприятное влияние на мать

и плод. Синтезом многочисленных исследований всех учёных стали **выделение группы женщин «высокого риска»** и организация интенсивного наблюдения за состоянием матери и плода **с самого начала беременности**. Такая концепция получила подтверждение в Финляндии, где сумели добиться самых низких показателей перинатальной смертности в Европе именно **за счёт расширенного дородового обследования беременных**, централизации наблюдения за группой повышенного риска в крупных акушерских стационарах, оснащённых современной диагностической аппаратурой и высококвалифицированными кадрами, что было отмечено в докладе ВОЗ (Хроника ВОЗ, 1977).

Таким образом, благодаря активному развитию перинатологии в акушерской практике произошло окончательное **формирование концепции перинатального риска**, направленной на сохранение жизни и здоровья плода и новорождённого. В основе созданной концепции лежало **суммирование факторов**, влияющих на уровень перинатальной заболеваемости и смертности, и **планирование мероприятий** медико-социальной помощи беременным из групп риска и их детям.

Помимо диспансерных мероприятий **одним из вариантов снижения осложнений у контингента высокого перинатального риска был поиск оптимизации методов родоразрешения**. Начало этим поискам положило исследование корреляций между степенью перинатального риска и частотой оперативных родоразрешений, проведённое А. Zacutti et al. (1972). Результаты исследования показали, что у женщин, относящихся к группе низкого перинатального риска, частота оперативных родов составляет 15,6%, у лиц, имеющих среднюю степень перинатального риска, — 23,9%, при высокой степени перинатального риска кесарево сечение выполняют практически у 30% пациенток.

Последним этапом в создании шкал риска стало определение **степени воздействия** фактора риска на перинатальный исход и присвоение им соответствующих балльных оценок.

Спорные моменты использования шкал риска

Наряду с несомненными преимуществами у каждой шкалы есть свои минусы. Особенно это **утверждение справедливо для изолированных шкал**, то есть определяющих перинатальный риск при одном состоянии. Например, недостатки «Шкалы риска наступления преждевременных родов» связаны в первую очередь с её устареванием. Эта шкала **не учитывает такие значимые** для современного акушерства факторы, как индукция беременности,

ЭКО, оперативные вмешательства лапароскопическим доступом в анамнезе. Именно этот «недоучёт» снижает практическую значимость шкалы.

В то же время есть акушерские ситуации, когда разработать шкалу прогнозирования совсем нереально. Анализ аномалий родовой деятельности, проведённый А.Д. Подтетеныным и соавт. (2004), показал, что сформировать **группы риска по аномалиям родовой деятельности** до наступления родов не удаётся.

Надо признать, что как положительная, так и отрицательная оценка прогностических систем до сих пор субъективна. **Невозможно исключить вероятность излишней акушерской агрессии в учреждениях, располагающих мощной диагностической и лечебной базой**, и, напротив, отсутствие должного наблюдения в учреждениях, не имеющих достаточных ресурсов. В частности, неправильный подсчёт баллов перинатального риска может спровоцировать неоправданные врачебные вмешательства, влекущие за собой излишний стресс и растрату ресурсов.

Также **невозможно избежать снижения точности шкалы с течением времени**. Появление новых препаратов, техник и диагностических методик изменяет значимость существовавших ранее отдельных факторов и выводит в свет новые. Это непрерывный процесс, и при современной скорости информационного потока **шкала требует пересмотра каждые 15–20 лет**.

Модификация шкалы перинатального риска

В нашей стране первые балльные шкалы оценки перинатального риска были разработаны Л.С. Персианиновым (1976) и О.Г. Фроловой (1976). Обе системы содержали по 72 фактора риска: перинатальные (А) и интранатальные (В).

Перинатальные факторы (всего 52) для удобства работы со шкалой были выделены в пять подгрупп:

- 1) социально-биологические;
- 2) акушерско-гинекологические (по данным анамнеза);
- 3) экстрагенитальные заболевания;
- 4) осложнения настоящей беременности;
- 5) оценка состояния плода.

Интранатальные факторы (всего 20) были разделены на три подгруппы:

- 1) материнские факторы;
- 2) изменения плаценты и пуповины;
- 3) плодовые факторы.

Наибольшее **практическое признание** получила шкала оценки перинатального риска О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой. В Приказе Минздрава СССР

№430 (1981) «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации» её утвердили для определения контингента женщин, нуждающихся в лечении и усиленном наблюдении.

Вероятность неблагоприятного исхода беременности и родов для плода и новорождённого по этой шкале имела три степени: высокую, среднюю и низкую. К группе высокого риска относили всех беременных с суммарной оценкой перинатальных факторов 10 баллов и более, к группе среднего риска — 5–9 баллов, низкого — до 4 баллов. Кроме того, наличие одного фактора, оценённого в 4 балла, трактовалось как высокая степень перинатального риска.

Разделение беременных на группы риска, их **дифференцированное ведение в период гестации и во время родов позволило снизить уровень перинатальной смертности на 30%** по сравнению с показателями аналогичной группы беременных, находившихся под обычным наблюдением.

Единственное упущение применявшейся системы, как было уже сказано, — неудовлетворительная преемственность амбулаторного и стационарного звена: подсчёт риска вели в амбулаторных документах, а в обменной карте, выдаваемой на руки беременной, графа с количеством баллов риска вообще отсутствовала. Это мешало **получить максимальную отдачу** от выявления контингента высокого риска и организовать соответствующие стационарные условия для этой группы пациенток. Однако для своего времени эта система была поистине прорывом в вопросах охраны плода, существенно снизившим перинатальную смертность на территории бывшего Советского Союза.

С течением времени значимость отдельных факторов стала снижаться, и с этим постепенно уменьшалась прогностическая ценность шкалы. За прошедшие 20 лет в РФ можно наблюдать существенный **рост экстрагенитальных заболеваний**, появились и новые факторы, не существовавшие в прошлом, но актуальные в современной репродуктологии: изменение уровней хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ), α -фетопротеина (АФП), ассоциированного с беременностью протеина А плазмы (РАРР-А), определение антифосфолипидных антител, волчаночного антикоагулянта.

Однако новые введённые в шкалу факторы увеличили сумму баллов риска. Таким образом, к категории «высокого риска» при данных критериях можно было отнести 70–80% всех беременных с вытекающими из этого последствиями: дородовой госпитализацией, расширением показаний к абдоминальному родоразрешению и т.д. Следовательно, **назрела необходимость переоценки границ высокого перинатального риска.**

Отечественное исследование, включившее анализ 2989 историй родов (Князев С.А., 2003), позволило дать чёткую оценку зависимости перинаталь-

ных исходов от степени риска и способа родоразрешения. Перинатальная заболеваемость при сумме баллов риска от 10 до 15 не отличалась от таковой при 10 баллах и менее. В большинстве известных сегодня исследований достоверные различия между перинатальными исходами родов через естественные родовые пути и кесаревым сечением появляются при перинатальном риске, превышающем 15 баллов. **Умеренное возрастание частоты неонатальной заболеваемости соответствует интервалу в 15–24 балла перинатального риска (средний риск), резкое возрастание — 25 баллов и более (высокий риск).**

Полученные авторами вышеназванного исследования границы «высокого риска» могут быть **рекомендованы для крупных** акушерских стационаров, расположенных в мегаполисах. Эти цифры можно корректировать в зависимости от условий в регионе, удалённости акушерских стационаров, их оснащённости. Главная цель — выявление **беременных, нуждающихся** в усиленном акушерском наблюдении, и **своевременное их направление** в соответствующие лечебные учреждения.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (Приказ №572н) требует учитывать риски каждой беременной, но не регламентирует единой шкалы, чтобы каждый регион внёс свои факторы риска, отличные от других, например удалённость, средства доставки (водный, воздушный). В идеале должна работать **дистанционная служба** перинатального центра, когда риск определяется с момента взятия на учёт акушеркой ФАП и сообщается в ЦРБ, а далее — с помощью интернета. И уже система сбора данных будет контролировать нарастание степени риска и определять особенности обследования и сроки госпитализации. К настоящему времени накоплен замечательный опыт работы **дистанционно-консультативных центров** как функциональных единиц перинатального центра. Компьютерная программа отслеживает своевременность обследования и формирует группы риска по степени нарастания факторов риска, запрашивая «опаздывающие» данные и контролируя своевременность госпитализации.

Итак, для определения **степени** перинатального риска можно использовать шкалу О.Г. Фроловой и Е.Н. Николаевой в нашей модификации (см. табл. 5-1–5-3 на с. 347–352).

Врач женской консультации должен **каждый триместр** (последний раз — перед родами) определять, не изменились ли сумма баллов и принадлежность беременной к группе перинатального риска. В зависимости от степени риска он составляет индивидуальный план диспансерного наблюдения с учётом специфики имеющихся или возможных осложнений беременности. Этот план должен включать в себя специальные исследования состояния плода: КТГ, УЗИ. В I триместре беременности, протекающей с высоким риском перинатальных

нарушений, необходимо **оценить целесообразность** продолжения гестации. Если такая беременность сохранена, то в III триместре нужно своевременно госпитализировать женщину для планового родоразрешения в учреждение соответствующего уровня и профиля.

Интранатальный прирост

Помимо маршрутизации перед стратегией перинатального риска стоит задача выбора **оптимального метода родоразрешения** в зависимости от степени риска. Здесь мы сталкиваемся со следующими обстоятельствами: интранатальные факторы риска имеют гораздо большее влияние на исход, чем антенатальные. Конечно, это не значит, что врач, ведущий роды, может забыть тщательно подсчитанную антенатально сумму баллов перинатального риска. Ни в коем случае! Второе обстоятельство — механическое суммирование баллов перинатального и интранатального риска — имеет смысл лишь до определённых пределов. **Баллы перинатального риска следует рассматривать как «фон», а вклад интранатальных факторов можно считать интегральной оценкой течения процесса (родов).** Именно поэтому для клинического использования важно не столько абсолютное значение прироста, сколько его процентное отношение к исходной сумме баллов риска.

Соотнести эти два важных параметра позволяет показатель **интранатального прироста**. Формула для его расчёта:

$$\text{Интранатальный прирост} = \frac{\text{Сумма баллов интранатальных факторов риска}}{\text{Сумма баллов перинатальных факторов риска}} \times 100$$

Пример: на момент родов женщина со средней степенью перинатального риска имеет 18 баллов (принимаем за 100%), сумма баллов интранатальных факторов риска — 14 баллов. Вычисляем интранатальный прирост:

$$\text{Интранатальный прирост} = \frac{14}{18} \times 100 = 77,8\%$$

В отличие от механического суммирования антенатальных и интранатальных факторов риска, интранатальный прирост суммы баллов риска — более чувствительный прогностический критерий исхода родов. Зависимость прямая: чем выше прирост, тем хуже исход. **Тактика ведения родов у роженицы с низкой степенью перинатального риска, но с высоким интранатальным приростом должна быть незамедлительно пересмотрена.**



Рис. 5-1. Этапы определения перинатального риска.

По мнению группы отечественных экспертов (Радзинский В.Е., Костин И.Н., Мамедова М.А., 2007), **пороговыми значениями интранатального прироста** в процентах от исходного должны быть: в группе среднего риска — 60%, а в группе высокого риска — 30%. В группе низкого перинатального риска критичной считают ситуацию, когда интранатальный прирост составляет 150%, при этом роженица «переходит» в группу высокого риска — более 25 баллов (Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю., 2010).

Основные факторы, влияющие на исход родов, интегрированы в шкалу оценки факторов риска перинатальных осложнений в виде «Четвёртого балльного скрининга» (рис. 5-1).

В идеале каждая женщина, вступающая в роды, должна иметь обменную карту с указанием суммы баллов факторов перинатального риска (подсчитывает врач женской консультации). На основании этого показателя беременную относят к той или иной группе перинатального риска. **С началом родов сумму баллов перинатального риска можно рассматривать, с од-**

ной стороны, как своеобразный «перинатальный фон», с другой — как исходную точку для подсчёта интранатальных факторов риска.

Таким образом, основными принципами «стратегии риска» при ведении родов можно назвать:

- наличие суммы баллов перинатальных факторов риска;
- определение баллов интранатального риска при возникновении осложнений родов;
- обязательный пересчёт интранатального прироста.

Осложнения, возникшие в родах, следует оценивать в соответствии со шкалой факторов риска. Сумму баллов при этом необходимо пересчитать, определяя относительный (в процентах) интранатальный прирост.

Пороговые значения относительного интранатального прироста, **требующие изменения тактики ведения родов в группе изначально среднего риска**, составляют 60%, в группе высокого риска — 30%, в группе низкого риска — 15%. При превышении этих значений нужно своевременно решить вопрос об оперативном родоразрешении (рис. 5-2).

Пути преодоления недоучёта степени перинатального риска

Основное назначение стратегии риска в акушерстве — **выделение групп беременных, у которых высока вероятность нарушения жизнедеятельности плода, акушерских или экстрагенитальных осложнений**; неточность при подсчёте суммы баллов перинатального риска, как и игнорирование интранатальных факторов риска (патологический прелиминарный период, аномалии родовой деятельности и др.), может привести к неблагоприятному исходу для матери и для плода.

Особенности современного акушерства в России:

- увеличение доли беременных с экстрагенитальными заболеваниями;
- увеличение среднего возраста беременных;
- увеличение частоты осложнений в родах;
- перинатальная направленность акушерства;
- улучшенный неонатальный уход.

Анализ историй родов, проведённый Т.В. Златовратской (2008), показал, что лишь в 30% родов акушеры выполняют интранатальную переоценку факторов риска. И это при том условии, что в стационаре, на базе которого

проводили исследование, стратегия риска внедрена в полном объёме. При сравнительном анализе предродового фона (возраст беременных, экстрагенитальные и гинекологические заболевания, репродуктивный анамнез, наличие признаков страдания плода) статистически значимых различий между матерями «аппаратных» и «неаппаратных» детей (доношенных и недоношенных) выявлено не было. В то же время своевременный подсчёт суммы баллов интранатального риска дал бы совершенно иные результаты (рис. 5-3).

Недоучёт степени перинатального риска и отсутствие интранатальной переоценки, непоказанные роды через естественные родовые пути были зарегистрированы в 71,9% родов — **неправильная тактика родоразрешения стала одной из основных причин тяжёлого состояния доношенных новорождённых.**

Только тщательная балльная оценка степени перинатального риска перед родами и интранатальный пересчёт показателя позволяют своевременно скорректировать тактику родоразрешения, **избежать агрессивного ведения родов.**



Рис. 5-3. Распределение матерей «аппаратных» доношенных новорождённых в зависимости от степени перинатального риска по результатам оценки накануне и в процессе родов. Однако «задним умом все крепки», а если бы врач пересчитал баллы риска в родах и, соответственно, изменил план их ведения... Исход можно было бы значительно улучшить. Это же так просто: женщина поступила в родах с 22 баллами риска; излились зелёные околоплодные воды — +8 баллов. Уже 30 баллов, а прирост более 30%. Добра не жди!

Следующим резервом, позволяющим улучшить перинатальные показатели в группе высокого риска, следует считать совершенствование тактики ведения родов.

Пример из практики

Согласно нашим данным, при тазовом предлежании **перинатальная заболеваемость после кесарева сечения** ниже таковой при родах через естественные родовые пути (рис. 5-4). Однако при низкой оценке риска (10 баллов и менее) эти различия нивелируются. Если такие женщины рожают сами, показатели неонатальной заболеваемости и смертности не меняются, исходы вполне благополучные. Эта категория — реальный резерв снижения частоты абдоминальных родоразрешений.

Обнаруженная прямо пропорциональная зависимость состояния новорождённых от интранатального прироста позволяет **дифференцированно подходить к выбору метода родоразрешения** женщин с высокой степенью перинатального риска.

Необходим анализ причин, управляющих частотой перинатальной заболеваемости у контингента высокого риска. Тщательная интерпретация показателей состояния плода позволит избежать гипердиагностики и ненужных экстренных кесаревых сечений. Ведение **партограммы** даст возможность вовремя диагностировать аномалии родовой деятельности и своевременно начать лечение. Если **нормализовать сократительную деятельность** матки не удаётся, но появляются признаки ухудшения состояния плода, необходима операция кесарева сечения.

Очень важно адекватное и оптимальное **обезболивание** родов (регионарная анестезия), особенно на фоне гестоза и аномалий родовой деятельности.

Выбирая способ родоразрешения при наличии относительных показаний к кесареву сечению (тазовое предлежание или гипотрофия плода, экстрагенитальные заболевания или преэклампсия у матери), необходимо учитывать факторы перинатального риска.

Если риск составляет 15 баллов и выше, то для снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности следует **расширять показания** к абдоминальному родоразрешению. При риске выше 25 баллов и наличии хотя бы одного относительного показания необходимо кесарево сечение. Пациенток с настолько высокими баллами перинатального риска сравнительно немного, и расширение показаний к абдоминальному родоразрешению специально для них на общую частоту кесаревых сечений повлияет незначительно (рис. 5-4).

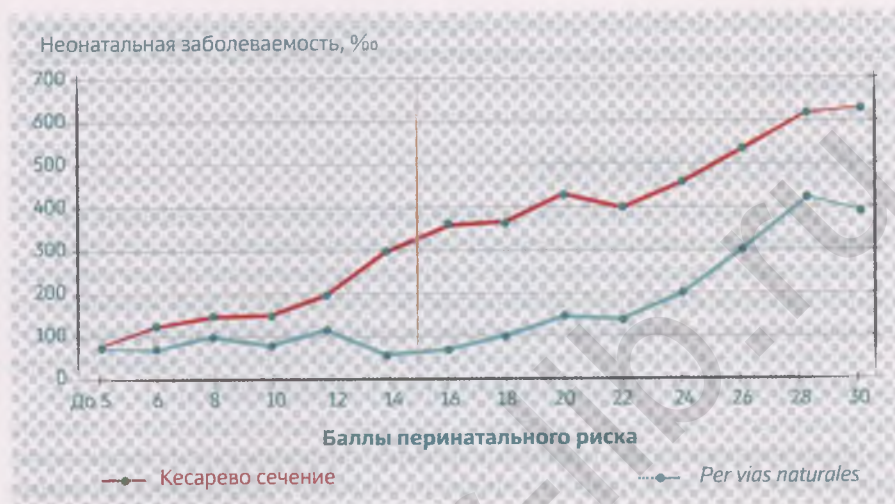


Рис. 5-4. Неонатальная заболеваемость детей, рождённых *per vias naturales* и посредством кесарева сечения при тазовом предлежании плода, %. Видно, что до отметки в 10 баллов графики идут «ноздря в ноздря». На этом отрезке заболеваемость от тактики родоразрешения не зависит, поэтому предпочтительнее естественные роды.

Запланированное кесарево сечение

Запланированное кесарево сечение (рис. 5-5) — реально существующий в клинической практике резерв для сокращения доли неблагоприятных перинатальных и материнских исходов (Князев С.А., 2003). Неоспоримое достоинство этого метода родоразрешения — возможность родов через естественные родовые пути и изменения тактики при обнаружении заранее прогнозируемых неблагоприятных обстоятельств в родах (Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 1997). В частности, кесарево сечение показано при нарастании интранатального риска (рис. 5-6).

Учитывая высокую зависимость перинатальных исходов от характера оперативного вмешательства, А.В. Куликов разработал **шкалу анестезиологического перинатального риска**, которая имеет некоторые преимущества перед традиционными методиками.

Помимо привычных для каждого врача критериев оценки тяжести состояния пациентки, в шкале учтены специфические для акушерства состояния, а также статус плода, **что позволяет оптимизировать анестезиологическое пособие и интенсивную терапию в периоперационный период**. Это особенно удобно для анестезиологов-реаниматологов, не работающих

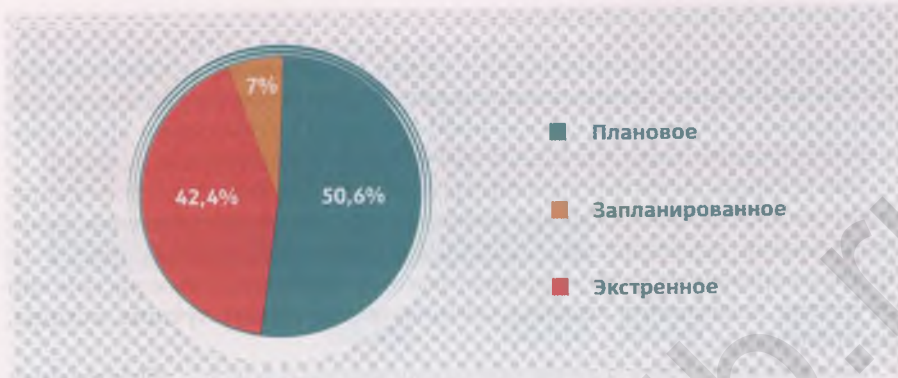


Рис. 5-5. Распределение видов кесарева сечения (Росстат, 2014).

постоянно в акушерстве. А непосредственно практикующему акушеру использование шкалы анестезиологического перинатального риска позволяет **прогнозировать** возможность расширения объема операции, перинатальный результат, особенности послеоперационного периода. Неонатолог теми же данными может воспользоваться для планирования реанимационного пособия и интенсивной терапии, заблаговременной организации второго **этапа выхаживания**.

Анализ соотношения пациенток с различным анестезиологическим перинатальным риском, внедрение протоколов анестезии и послеоперационного периода позволят организаторам здравоохранения **планировать** потребность в лекарственных средствах, расходном материале и затратах на койко-день.

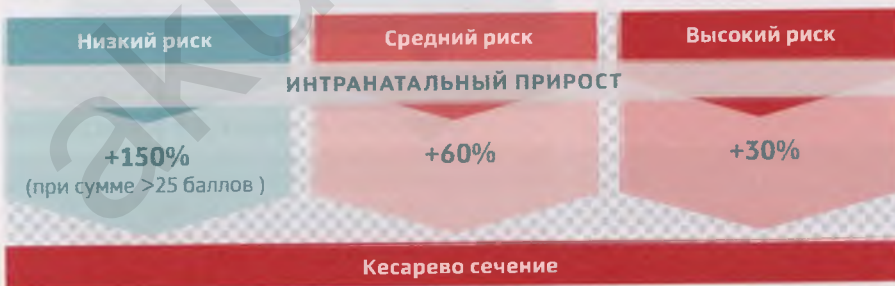


Рис. 5-6. Изменение акушерской тактики в случае критического интранатального прироста баллов перинатального риска.

Программированные роды

Глобальная цель программированных родов — **снижение перинатальных потерь именно при доношенной беременности** (особенно на фоне экстрагенитальных и акушерских заболеваний) благодаря оптимизации продолжительности родового акта и решению ключевых организационных проблем.

При ведении программированных родов перед клиницистом стоит достаточно сложная задача: сохранить баланс между активной тактикой и функциональными возможностями организмов роженицы и плода (рис. 5-7). Программированные роды у женщин с высоким перинатальным риском при отсутствии показаний к кесареву сечению обеспечивают **лучшие исходы**, чем спонтанные.

Неотъемлемая часть ведения программированных родов — обязательный подсчёт суммы баллов интранатального риска и вычисление интранатального прироста. Это **позволяет аргументированно менять тактику ведения**

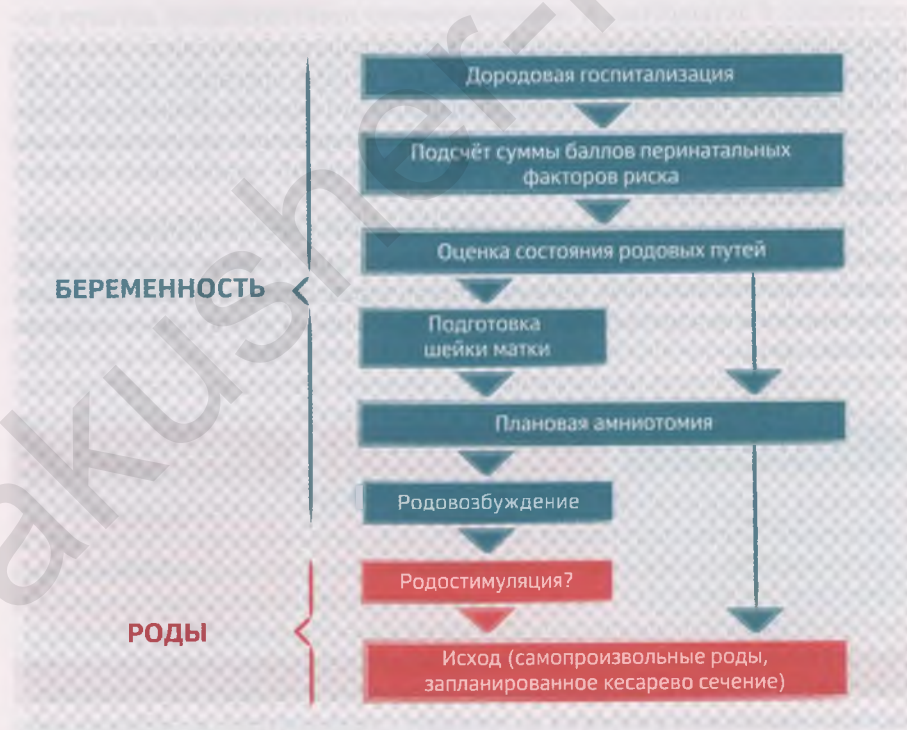


Рис. 5-7. Основные этапы программированных родов.



Рис. 5-8. Алгоритм ведения родов у женщин с высокой степенью перинатального риска (интранатальный прирост суммы баллов риска, %).

женщин группы высокого перинатального риска. Мы разработали следующий алгоритм (рис. 5-8).

Таким образом, адекватный скрининг перинатального риска позволит решить **один из главных вопросов современного акушерства — унифицировать стратегию риска** для профилактики и ранней диагностики осложнений беременности и родов. Только в этом случае можно рассчитывать на оптимальный исход родов у пациенток с высоким перинатальным риском (табл. 5-1–5-3).

Таблица 5-1. Анамнестические факторы. Первый скрининг — при первой явке беременной (Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н.)

Факторы риска	Оценка в баллах
Социально-биологические	
Возраст матери менее 18 лет	2
Возраст отца 40 лет и более	2

Продолжение табл. 5-1

Факторы риска	Оценка в баллах
Профессиональные вредности:	
■ у матери;	3
■ у отца	3
Вредные привычки у матери:	
■ выкуривание одной пачки сигарет в день;	2
■ злоупотребление алкоголем	4
Вредные привычки у отца (злоупотребление алкоголем)	2
Семейное положение: одинокая	1
Эмоциональные нагрузки	1
Рост и весовые показатели матери:	
■ рост 158 см и менее;	2
■ масса тела на 25% выше нормы	2
Сумма баллов	
Акушерско-гинекологический анамнез	
Паритет:	
■ от четырёх до семи родов;	1
■ восемь родов и более	2
Количество аборт перед первыми предстоящими родами:	
■ один;	2
■ два;	3
■ три и более	4
Три аборта и более перед повторными родами или после последних родов	2
Внутриматочные вмешательства	2
Преждевременные роды:	
■ одни;	2
■ двое и более	3
Невынашивание, неразвивающаяся беременность:	
■ одна;	1
■ две и более	8
Рубец на матке после операции	4

Продолжение табл. 5-1

Факторы риска	Оценка в баллах
Репродуктивные потери в анамнезе (без ВПР):	
■ перинатальные;	10
■ антенатальные;	5
■ интранатальные;	5
■ ранние неонатальные;	7
■ две перинатальные потери и более	20
Аномалии развития у детей, рождённых ранее	3
Неврологические нарушения у детей, рождённых ранее	2
Масса доношенных детей до 2500 г, 4000 г и более	2
Продолжительность бесплодия:	
■ 2–4 года;	2
■ 5 лет и более	4
Опухоли матки и/или яичников	4
ИЦН, доброкачественные заболевания, деформация, перенесённая деструкция шейки матки	2
Пороки развития матки	3
Хронические воспалительные процессы матки и придатков, осложнения после аборт и родов, внутриматочный контрацептив	3
Внематочная беременность	3
ВРТ:	
■ ЭКО;	1
■ интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида	2
Сумма баллов	
Экстрагенитальные заболевания матери	
Сердечно-сосудистые:	
■ пороки сердца без нарушения кровообращения;	3
■ пороки сердца с нарушением кровообращения;	10
■ хроническая артериальная гипертензия 1–3-й стадии;	2–8–12
■ варикозная болезнь;	2
■ гипотензивный синдром	2
Хронические специфические инфекции (туберкулёз, бруцеллёз, токсоплазмоз и др.)	3

Окончание табл. 5-1

Факторы риска	Оценка в баллах
Заболевания почек	4
Эндокринопатии:	
■ заболевания надпочечников, нейрообменный эндокринный синдром;	5–10
■ диабет;	10
■ заболевания щитовидной железы;	7
■ ожирение	2
Анемия:	
■ содержание гемоглобина менее 90 г/л;	4
■ содержание гемоглобина от 90 до 100 г/л;	2
■ содержание гемоглобина от 101 до 109 г/л	1
Коагулопатии	2
Миопия и другие заболевания глаз	2
Положительная реакция на волчаночный антикоагулянт	4
Антитела к фосфолипидам:	
■ IgG от 9,99 и выше;	2
■ IgM от 9,99 и выше	3
Сумма баллов	
Сумма баллов по анамнестическим факторам	

Таблица 5-2. Факторы беременности. Второй скрининг — в 28–32 нед; третий скрининг — в конце беременности

Осложнения беременности	Оценка в баллах
Выраженный ранний токсикоз	2
Рецидивирующая угроза прерывания	2
Отёки беременных	2
Гестоз:	
■ лёгкой степени;	3
■ средней степени;	5
■ тяжёлой степени	10
Презклампсия	11
Эклампсия	12

Окончание табл. 5-2

Осложнения беременности	Оценка в баллах
Обострение заболевания почек при беременности	4
Острые инфекции при беременности, в том числе острые респираторно-вирусные	4
Отрицательный резус-фактор или АВ0-сенсibilизация	5 или 10
Многоводие	3
Маловодие	4
Тазовое предлежание плода, крупный плод, узкий таз	3
Многоплодие	3
Перенашивание беременности	3
Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
Биологическая незрелость родовых путей в 40 нед беременности	4
Скрининг:	
■ повышение содержания β -ХГЧ;	3
■ снижение содержания β -ХГЧ;	4
■ повышение содержания АФП;	6
■ снижение содержания АФП;	8
■ повышение содержания РАРР-А;	2
■ снижение содержания РАРР-А	3
Оценка состояния плода	
Гипотрофия плода:	
■ 1-й степени;	10
■ 2-й степени;	15
■ 3-й степени	20
Хроническая плацентарная недостаточность	4
Оценка КТГ по шкале Фишера — более 7 баллов	4
Оценка КТГ по шкале Фишера — 6–7 баллов	8
Оценка КТГ по шкале Фишера — 5–6 баллов	12
Оценка КТГ по шкале Фишера — 4–5 баллов	16
Оценка КТГ по шкале Фишера — менее 4 баллов	20
Сумма баллов по факторам беременности	
Общая сумма баллов перинатальных факторов (анамнестических факторов и факторов беременности)	

Таблица 5-3. Интранатальные факторы риска. Четвёртый скрининг — проводят в родах

Интранатальные осложнения	Баллы
Мекониальная окраска амниотических вод	8
Дородовое излитие вод (при отсутствии родовой деятельности в течение 6 ч)	6
Патологический прелиминарный период	4
Аномалии родовой деятельности	10
Хориоамнионит	4
Сумма баллов	
Общая сумма баллов (сумма баллов анамнестических факторов, факторов беременности и интранатальный пересчёт)	
Интранатальный прирост (отношение суммы баллов интранатальных факторов риска к сумме баллов перинатальных факторов, в процентах)	

Литература к главе 5

Aubry R.H., Pennington C. Identification and evaluation of high-risk pregnancy: the perinatal concept // Clin. Obstet. Gynecol. — 1973. — Vol. 16 — P. 3. [PMID: 4709558]

Aubrey R.H., Nesbitt R.L. High-risk obstetrics I. Perinatal outcome in relation to a broadened approach to obstetric care for patients at special risk // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1969. — Vol. 105. — №2. — P. 241–247. [PMID: 5817844]

Babson S.G., Clarke N.G. Relationship between infant death and maternal age. Comparison of sudden infant death incidence with other causes of infant mortality // J. Pediatr. — 1983. — Vol. 103. — №3. — P. 391–393. [PMID: 6886903]

Bianco A., Stone J., Lynch L. et al. Pregnancy outcome at age 40 and older // J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 87. — №6. — P. 917–922. [PMID: 8649698]

Collins J.W.Jr., Martin C.R. Relation of traditional risk factors to intrauterine growth retardation among United States-born and foreign-born Mexican Americans in Chicago // Ethn. Dis. — 1998. — Vol. 8. — №1. — P. 21–25. [PMID: 9595244]

Crosse E.A., Alder R.J., Ostbye T. et al. Small area variation in low birthweight: looking beyond socioeconomic predictors // Can. J. Public Health. — 1997. — Vol. 88. — №1. — P. 57–61. [PMID: 9094807]

Donnelly J.F. et al. Parental, fetal, and environmental factors in perinatal mortality // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1957. — Vol. 74. — №6. — P. 1245–1256. [PMID: 13478629]

Dorfer M., Egger J., Hausler M. Psychic coping with spontaneous abortion // Psychother Psychosom Med. Psychol. — 1999. — Vol. 49. — №7. — P. 235–240. [PMID: 10450137]

Dulitzki M., Soriano D., Schiff E. et al. Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery // Obstet. Gynecol. — 1998. — Vol. 92. — №6. — P. 935–939. [PMID: 9840553]

Goodwin J.W., Dunne T., Thomas B.W. Antepartum identification of the fetus at risk // Can. Med. Assoc. J. — 1969. — Vol. 101. — №8. — P. 458. [PMID: 5348484]

Hardy C.J., Palmer B.P., Morton S.J. et al. Pregnancy outcome and family size in systemic lupus erythematosus: a case control study // Rheumatology (Oxford). — 1999. — Vol. 38. — №6. — P. 559–563. [PMID: 10402078]

Joseph K.S., Allen A.C., Dodds L. et al. The perinatal effects of delayed childbearing // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 105. — №6. — P. 1410–1418. [PMID: 15932837]

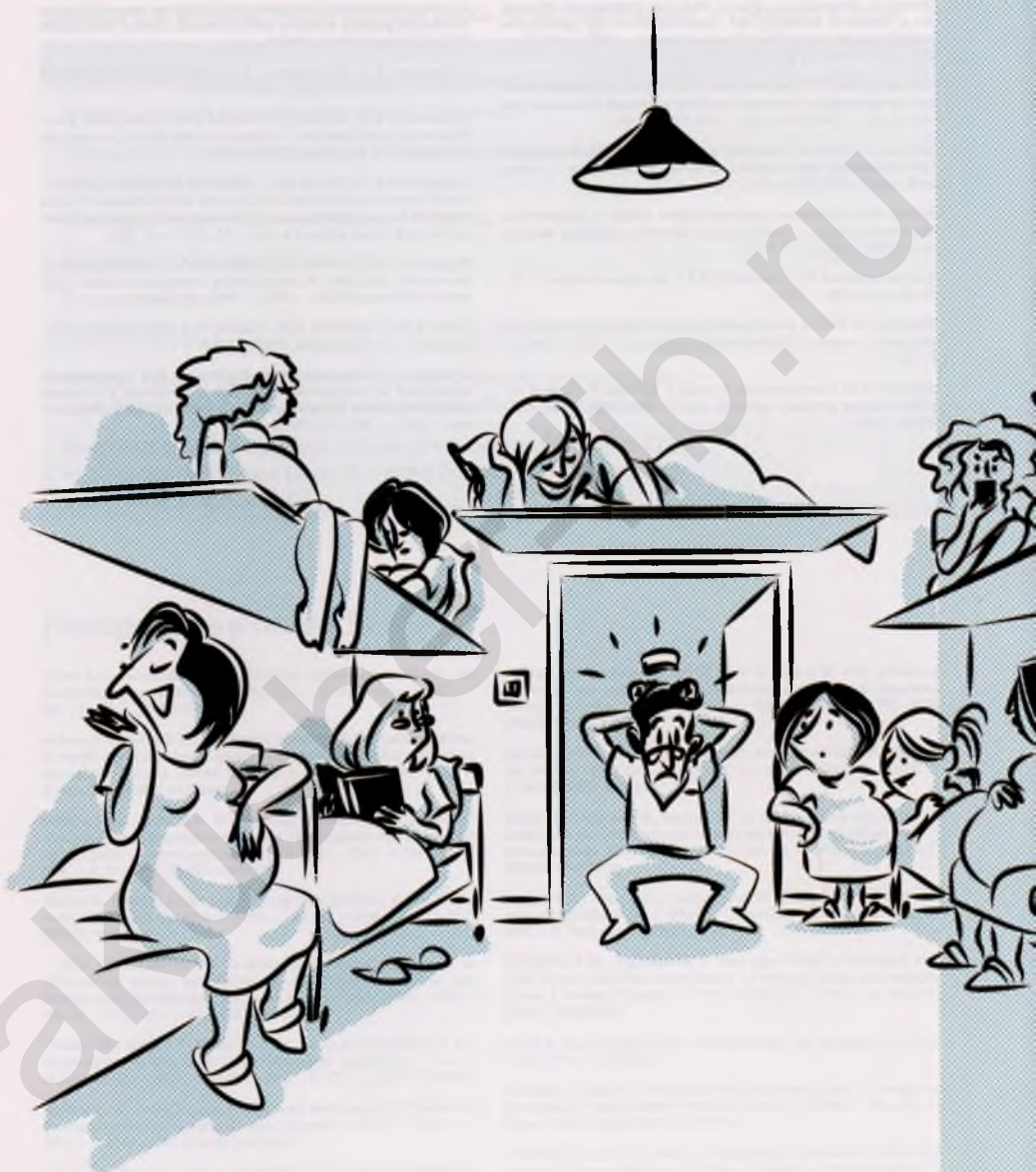
Lilienfeld A.M., Pasamanick B. The association of maternal and fetal factors with the development of cerebral palsy and epilepsy // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1955. — Vol. 70. — №1. — P. 93–101. [PMID: 14388067]

Moss R. D., Lefkowitz A.M. Complications of pregnancy. — New York, 1991. — P. 336–360.

Nakling J., Backe B. Pregnancy risk increases from 41 weeks of gestation // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2006. — Vol. 85. — №6. — P. 663–668. [PMID: 16752256]

Prysak M., Lopez R.P., Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older // J. Obstet. Gynecol. — 1995. — Vol. 85. — №1. — P. 65–70. [PMID: 7800328]

- Zacutti A., Brugnoli C.A., Biso G. High risk pregnancies. Proposal for a system of screening and classification on the quantitative basis of the perinatal risk // *Minerva Ginecol.* — 1972. — Vol. 24. — №3. — P. 150–162. [PMID: 4671779]
- Златовратская Т.В. Современные подходы к абдоминальному родоразрешению в условиях многопрофильной больницы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2008. — 49 с.
- Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 19 с.
- Костин И.Н. Стратегия перинатального риска — арифметика, спасающая жизнь // *Медицинские аспекты здоровья женщины.* — 2012. — №4. — С. 5–16.
- Краснопольский В.И., Радзинский В.Е. Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1997. — 285 с.
- Куликов А.В. Шкала анестезиологического риска при операции кесарева сечения // *Интенсивная терапия.* — 2005. — №1. — С. 12–15.
- Лаврова Н.Ю. Беременность и роды у женщин с низким перинатальным риском: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 18 с.
- Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женских консультаций: Приказ Минздрава СССР, 22 апреля 1981 г., №430.
- Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. Тактика ведения родов при гестозе. — М.: Изд-во РУДН, 2004. — 237 с.
- Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. — 288 с.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю. Оптимизация ведения беременности у женщин низкого перинатального риска с учётом балльного скрининга // *Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя».* — М., 2010. — С. 203.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Мамедова М.А. Влияние интранатальных факторов на исход родов («интранатальный прирост») // *Вестник РУДН.* — 2007. — №5. — С. 70–73.
- Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. — М.: Медицина, 1989. — 248 с.
- Фролова О.Г., Николаева Е.И., Рябинкина И.Н. Организация первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения // *Акушерство и гинекология.* — 2007. — №3. — С. 59–60.



ГЛАВА 6

ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ



akusher-lib.ru

Для начала вопрос (загадка): почему в мире нет отделений патологии беременных? Ответ в конце главы...

Акушерская агрессия, которой часто подвергается современная беременная за период наблюдения в женской консультации, с высокой долей вероятности может продолжиться при поступлении женщины в стационар, но формы и последствия этой агрессии ещё масштабнее, что **заставляет нас подробно разобраться в причинах и механизмах её возникновения**, а главное — найти пути её искоренения. Основными элементами акушерской агрессии перед родами могут быть:

- необоснованная госпитализация (недоиспользование стационарзамещающих технологий или слишком ранняя родовая госпитализация);
- полипрагмазия;
- перевод на программированные роды при «незрелой» шейке матки и долгие препирательства на тему «Готова ли шейка?»;
- не изжитое до конца использование эстрогенов для подготовки родовых путей;
- длительное, не основанное на клинических и функциональных признаках неблагополучия пребывание в стационаре «до победного конца», то есть до родоразрешения («симптом крокодила»).

Необоснованная госпитализация в конце беременности — **первый шаг в череде врачебных заблуждений и ошибок**, фатальное сочетание которых и приводит к неблагоприятным перинатальным исходам.

НЕОБОСНОВАННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПОЛИПРАГМАЗИЯ

Сегодня, говорит, подыматься рано. А послезавтра — поздно. Завтра, значит.

В. Маяковский

«Хорошо! Октябрьская поэма»

Итак, проблема необоснованной госпитализации в отделение патологии беременных. Совершенно справедливым для своего времени был вывод, закономерно вытекавший из Приказа Минздрава СССР №430 (1981): «Своевременно госпитализировав беременную высокого риска в стационар, врач женской консультации может считать свою задачу выполненной»*.

* Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: Здоровье, 1983. — 204 с.

Бдительность — совсем неплохо, однако возникает вопрос: а когда же это — своевременно? В 36–37 нед? В 38–39? Чтобы определить «своевременность», **нужно вначале сформулировать, зачем эту женщину госпитализировать именно сейчас.** Появилась необходимость лечить осложнения гестации или немедленно родоразрешать? Может быть, врач просто захотел перестраховаться?

[Отметим, что в странах с лучшими показателями родовспоможения вообще нет отделений патологии беременных. В акушерский стационар госпитализируют только беременных с кровотечениями и с артериальной гипертензией тяжёлой степени. Как правило, речь идёт о «гестозе», или «пре-эклампсии» (терминология не имеет значения), и это абсолютное показание для досрочного родоразрешения.]

У современных акушеров-гинекологов **весьма расплывчатые представления о том, как следует вести тот или иной контингент беременных с высоким перинатальным риском.** Столь же неопределённым выглядит статус плода накануне родов. А ведь неверная тактика не только может увеличить перинатальную заболеваемость, но и потенциально опасна для жизни плода.

Хроническая плацентарная недостаточность. Основной контингент отделений патологии беременных в России — пациентки с плацентарной недостаточностью, в основном мифической, но часто уже с декомпенсированной стадией, задержкой роста плода. Однако мировые исследования совершенно убедительно доказали, что **лечение, начатое при сформировавшейся плацентарной недостаточности (а в III триместре — безусловно поздно), оказывается неэффективным** и лишь усугубляет исходы беременности и родов. Вывод мировой науки однозначен: к сожалению, радикальных способов медикаментозного лечения плацентарной недостаточности не существует вообще (по крайней мере, одобренных доказательной медициной).

С чем же тогда связан положительный эффект от «лечения», который наблюдают многие врачи в своей практической работе? Скорее всего с банальной гипердиагностикой этого состояния. Чувство умиления вызывают случаи, когда после «коррекции ФПН, ХПН, ХФПН» рождаются дети с массой тела 3,5–4,5 кг — им и так было «сверхдостаточно»!

Но совсем не до умиления, когда, несмотря на терапию, «корректирующую ФПН», эти «достаточные» дети гибнут в перинатальном периоде. В этих случаях **причина вовсе не в плаценте: лечи её, не лечи — эффекта не будет.** Причина здесь тоже в неверном диагнозе: не были своевременно диагностированы пороки, инфекции, а главное — родоразрешение проведено нерационально. Именно таким ситуациям и посвящена эта книга.

Донашивание беременности при задержке роста плода — ещё одна «проблема внутри проблемы». Тактика максимального пролонгирования беременности под прикрытием «комплексной терапии задержки роста плода» не оправдала ожиданий: по результатам мировых исследований, улучшения перинатальных показателей достичь не удалось. В наших работах (Старцева Н.В., 2006) пролонгирование и донашивание беременности даже **увеличивали частоту тяжёлых задержек роста плода в 3 раза.** В случае же преждевременных родов статистически значимые отклонения фетометрических показателей (бипариетальный размер, поперечный диаметр груди плода) соответствовали в основном I и II степени задержки роста. Подобные изменения удавалось зарегистрировать в среднем с 24–25-й недели гестации.

Таким образом, следует принять за аксиому, что донашивание беременности при задержке роста плода не гарантирует благоприятного течения неонатального и младенческого периодов. К сожалению, **по тактике родоразрешения при преждевременных родах плодом с задержкой роста подобного консенсуса исследователей нет.** Это тоже «поколенческая» проблема. Когда не было надёжной неонатальной службы (а это не так давно: круглосуточно неонатологи стали дежурить с 1987 года), постулат «каждый день в утробе повышает шанс на выживаемость» был хоть не доказан, но понятен. Теперь же остановка роста — повод для интенсивного наблюдения и выбора времени и метода родоразрешения.

Водянка беременных. Наиболее распространённая ситуация — направление в стационар (подчас чрезвычайно перегруженный) женщины с диагнозом «водянка беременных», подразумевающим увеличение веса беременной, который, с точки зрения врача, превышает норму. Однако, по современным представлениям, **нормальная прибавка массы тела при беременности** колеблется в довольно широком диапазоне (от 5 до 18 кг), причём чем меньше была масса тела до беременности, тем больше будет её прибавка. В мире нестандартную прибавку массы тела не лечат вовсе.

Сомнительна также практика заблаговременной госпитализации пациенток с тазовым предлежанием при нормальных соотношениях размеров таза и головки плода, **с полноценным рубцом на матке при неподготовленных родовых путях.** При «рубце на матке», «предлежании плаценты» госпитализация показана только в том случае, если есть клинические нюансы или территориально-транспортные проблемы, из-за которых женщина **не может быть экстренно доставлена в стационар.**

А между тем необоснованное пребывание беременной в стационаре порождает массу стандартных (не стандартизованных, а привычно употребляемых десятилетиями), ненужных, необдуманных исследований и назначений,

не основанных на принципах доказательности (витаминные комплексы, экстракт валерианы и т.д., см. главу 4, раздел «Фармакотерапия...»).

Среди причин подобного, несомненно **агрессивного врачебного подхода** чаще других фигурирует уже упоминавшийся диагноз «плацентарная» или «фетоплацентарная недостаточность» — ни при каком другом состоянии не назначается такая «куча» лекарственных средств. Теоретическим и клиническим аспектам этого синдрома автор посвятил полжизни, защитив докторскую диссертацию «Особенности развития плацентарной недостаточности при акушерской и экстрагенитальной патологии» и подготовив со своими учениками более 30 диссертаций на эту же тему*. Мой вывод в отношении врачебной тактики таков: разумны только динамическая оценка состояния плода и своевременное родоразрешение (программированные роды или плановое кесарево сечение) в соответствии со степенью перинатального риска.

Напоследок ещё раз о полипрагмазии на этапе акушерского стационара. Здесь очень любят назначать четыре-пять препаратов «для улучшения маточно-плацентарного кровотока». Некорректность этого представления объяснить просто: в природе не существует, а в мире **не созданы средства, избирательно улучшающие маточно-плацентарное кровообращение.**



В отношении врачебной тактики при плацентарной недостаточности разумны только динамическая оценка состояния плода и своевременное родоразрешение (программированные роды или плановое кесарево сечение) в соответствии со степенью перинатального риска.

Пути преодоления необоснованной госпитализации

Чтобы избавить стационары от необоснованных госпитализаций в отделения патологии беременных и полипрагмазии, **следует шире применять стационарзамещающие технологии**: 80% беременных, действительно нуждающихся в лечении, могут успешно посещать дневной стационар, экономя материальные и финансовые средства родильного дома, лишь ненадолго покидая семью.

В дневной стационар беременную лучше всего направлять при **высоком перинатальном риске** до срока 38 нед. Это обеспечит полноценное сле-

* См. приложение 6 «Докторские и кандидатские диссертации, выполненные при консультировании и под руководством проф. В.Е. Радзинского (утверждены ВАК СССР и ВАК РФ)».

дование и комплексное воздействие, в том числе на психику женщины. Такое амбулаторное или полумбулаторное оздоровление применимо ко всем осложнениям беременности, кроме трёх — гестоза (преэклампсии), кровотечения и реально угрожающих преждевременных родов (укорочение шейки).

Рассуждая о необходимости упорядочения показаний для госпитализации в акушерский стационар, следует подчеркнуть, что **угрожающие преждевременные роды — абсолютное показание для пребывания в родильном отделении**, хотя бы для профилактики синдрома дыхательных расстройств плода и круглосуточного острого токолиза. В отношении преэклампсии (гестоза) существует **стандарт**: госпитализация в любом сроке, 2–3 дня осмотерапии магнием (см. раздел «Преэклампсия [гестоз]...»), подготовка родовых путей и в зависимости от состояния последних роды влагалищные либо кесарево сечение. Всё!

Для госпитализации беременных, чьё состояние не требует круглосуточного наблюдения и лечения, рекомендуется развернуть стационары дневного пребывания в родильных домах (отделениях) или в женских консультациях.

Наиболее удачное определение дневного стационара сформулировано в Приказе Минздрава России от 9.12.1999 года №438: «Дневной стационар — структурное подразделение амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, предназначенное для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентам, **не требующим круглосуточного медицинского наблюдения**, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов».

Что касается медицинских технологий в дневных стационарах, то в этой роли выступают алгоритмы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации. Они представляют собой последовательность мероприятий по улучшению здоровья пациенток, усилению лечебного воздействия и ускорению диагностики.

Дневные стационары создают на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, располагающих необходимой материально-технической базой (как правило, это женская консультация). Возможно **формирование стационара дневного пребывания в перинатальном центре**, родильном доме или родильном отделении. Основное преимущество такого территориального расположения заключается в том, что под рукой будут все вспомогательные отделения, а также диагностические, лабораторные, лечебные и реабилитационные резервы. Так гораздо проще обеспечить преемственность в обследовании, лечении и реабилитации: при ухудшении состояния пациенток немедленно переводят в соответствующие отделения больницы.

Цели работы дневного стационара — снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности путём улучшения здоровья беременных, а также динамический контроль за состоянием плода.

Функции дневного стационара:

- профилактика осложнений и оздоровление женщин из групп перинатального риска;
- выполнение сложных диагностических исследований и лечебных процедур, требующих специальной подготовки больных и недолгого медицинского наблюдения;
- подбор адекватного лечения, инфузионная терапия, недоступная амбулаторно;
- курсовое лечение с применением современных медицинских технологий, если женщине не требуется круглосуточное медицинское наблюдение;
- реабилитация и оздоровительное лечение беременных.

Пребывание в дневном стационаре продолжается в среднем 10–12 дней, однако при ухудшении состояния и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременную незамедлительно госпитализируют.

Несомненные преимущества дневного стационара — возможность оказания помощи, недоступной в амбулаторных условиях. **Ежедневно пациентка находится под наблюдением медицинского персонала в течение 5–6 ч.** После лечения она уходит домой, что благоприятно для психоэмоционального состояния и повышает эффективность терапии. Пациентка может выбирать удобное для себя время лечения, поскольку дневной стационар работает в две смены (и эффективность работы койки выше по этой же причине).

В наших исследованиях (Атаева А.Т., 1990*; Златовратская Т.В., 2008) показано, что организация стационара дневного пребывания **способствует уменьшению числа госпитализируемых в отделение патологии беременных на 46,2%**, в том числе в 2,1 раза по поводу угрозы преждевременных родов. Чёткое разграничение показаний позволило обойтись без госпитализации пациенток с компенсированной формой хронической плацентарной недостаточности.

Резюмируем преимущества адекватного использования стационарзамещающих технологий:

- снижение количества и продолжительности госпитализаций в акушерский стационар;
- высококвалифицированная помощь в щадящем режиме для 80% беременных, ранее направлявшихся в круглосуточный стационар;

* Это была первая в СССР диссертация, а потом — монография А.Т. Атаевой о дневных стационарах для беременных.

- экономия материальных и финансовых средств роддомов (соответствует тенденциям малозатратности, современной концепции развития здравоохранения и медицины в РФ);
- возможность для пациентки жизни с семьёй (в отличие от стационарного лечения).

ЗАПОЗДАЛАЯ ТЕРАПИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА

Многолетние наблюдения за развитием детей, рождённых пациентками с плацентарной недостаточностью (в том числе компенсированной) без задержки роста плода, показали, что в первые годы жизни такого ребёнка весьма вероятны нарушения его физического и умственного развития, а также повышена соматическая и инфекционная заболеваемость.

Невзирая на проводимое лечение, случаев задержки роста плода меньше не становится. В среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела. Перинатальная **смертность доношенных детей, родившихся с задержкой роста, в 3–8 раз выше, чем у нормовесных**, и занимает второе место в структуре перинатальных потерь после недоношенности. Важно, что снижение перинатальной смертности маловесных детей не только не улучшает, но, наоборот, умножает печальные показатели неонатальной заболеваемости и инвалидности с детства. **Из выживших детей здоровыми оказываются не более 10–25%**. Количество детей с тяжёлыми психоневрологическими расстройствами может достигать 12–19%. У 32,5% детей, родившихся с гипотрофией, отклонения в физическом развитии сохраняются до 1 года.

Дети с задержкой роста **входят в группу риска** по поражениям ЦНС, адаптационным срывам, у них снижены компенсаторные возможности специфического и неспецифического иммунитета. Эти данные красноречиво подтверждают, насколько важно своевременно диагностировать и лечить плацентарную недостаточность.

С середины XX века термин «плацентарная недостаточность» фигурирует в МКБ-10. Казалось очевидным, что решить проблему просто — вовремя обнаружить и затем полноценно вылечить. Как это часто бывает, на практике всё оказалось сложнее, чем выглядело вначале.

Прежде всего были не вполне понятны пусковые факторы патогенеза плацентарной недостаточности. Имея представление о том, что плацентарная система есть триединство матки, плаценты и плода, **никак нельзя изучать**

только одно звено — плаценту — в качестве *locus minoris resistentiae всей системы.** Вероятно, поэтому клиницисты «по-тихому» ввели термин «плацентарная недостаточность».

Н.Л. Гармашова и Н.Н. Константинова, исследовавшие эту проблему в 1978 году, полагали, что «поликаузальный синдром» плацентарной недостаточности развивается вследствие различных болезней и нарушений здоровья матери и плода (!).

Прежде всего, разумеется, подлежит рассмотрению состояние материнского организма до зачатия. Формирование эмбриона и его окружения **в условиях нездоровья матери протекает по другим, патофизиологическим механизмам**, имеющим не менее жёсткую иерархию адаптационно-гомеостатических реакций, чем физиологические. Адаптация обеспечивается молекулярными, клеточными, тканевыми и органами («орган беременности» — плацента) механизмами (плацентарная недостаточность компенсирована), а невозможность компенсации приводит к задержке роста плода (декомпенсированная фаза плацентарной недостаточности) и/или к его гибели.

Суть проблемы в том, что снижение перинатальной смертности произошло в основном благодаря улучшению работы неонатальной службы, первичной реанимации и выхаживанию новорождённых (оправдалось **введение в 1987 году круглосуточных дежурств неонатологов**). Но именно теперь, когда показатели перинатальной смертности, достигнутые цивилизованными странами, кажутся нам вполне достижимыми, стала очевидной необходимость снижения частоты антенатальной гибели плодов (60% всей перинатальной смертности). Статистические методы подтверждают несомненную корреляцию между этой цифрой и болезненностью** «рожающего контингента женщин».

Возьмём официальные данные Всеобщей диспансеризации детей и подростков начала XXI века и сравним их с цифрами 70-х годов XX века. Заболеваемость детей увеличилась в 1,5 раза, подростков — в 2 раза, что есть в статистике 2000-х. Таким образом, мы видим **истоки экстрагенитальных заболеваний беременных в 2007 году**: анемия — более 40%, хроническая артериальная гипертензия — 11%, воспалительные болезни почек и мочевыводящих путей — 21%. Как не вспомнить об ИППП! По данным НИИ урологии, 54% женских циститов — дефлорационные. Если присовокупить гинекологические заболевания подростков и юных женщин (цифры разли-

* Место наименьшего сопротивления (лат.).

** Болезненность, в отличие от заболеваемости, — медико-статистический показатель, определяющий распространённость зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, по поводу которых были первичные обращения в календарном году.

чаются, но ниже 40% нет), а также вредные привычки (распространённость одного лишь курения достигает 70%), то неудивительно, что **болезненность зашкаливает за 100%**! (У одной женщины может быть сразу несколько заболеваний.)

Однако и это ещё не всё. **Наиболее разрушителен для репродуктивного здоровья хирургический аборт первой беременности.** Средний возраст сексуального дебюта в РФ (равно как и в Европе) составляет около 16 лет. К началу активного репродуктивного периода жизни (20–25 лет, а теперь позднее) более половины девушек приобрели гинекологические или соматические заболевания, пристрастия к психоактивным веществам, начали половую жизнь и в 16,5–17 лет впервые хотят избавиться от её «последствий». **Почти треть из них делают аборт повторно, пока жизненный путь не приведёт их к желанной беременности.** Многочисленные исследования демонстрируют, что основное негативное последствие первого аборта — эндометрит, чаще аутоиммунный, «эндометриопатия» (Маринкин И.О., 2015). Это приводит к мысли, что пусковые механизмы плацентарной недостаточности следует искать глубже — не в плаценте, а в самой матке (см. главу 9, раздел «Аборты»).

В совместных работах с А.П. Миловановым (2004) мы неоднократно отмечали хронический эндометрит у **каждой третьей-четвёртой женщины, обратившейся в стационар для искусственного аборта.** А ведь они считались «репродуктивно здоровыми», беременность прогрессировала! И если бы не её искусственное прерывание, а вынашивание, то в каждом из 20–25% осложнений мы бы выяснили его причину: выкидыш, неразвивающаяся беременность, преждевременные роды, отслойка плаценты.

Именно в таких условиях (на фоне эндометрита **вопреки всему**) беременность часто сопровождается задержкой роста или даже антенатальной гибелью плода, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (довольно часто такое случается и при нормальном АД, причина — недостаточность плаценты и плацентарного ложа матки).

Итак, когда же возникает плацентарная недостаточность, как можно её прогнозировать и лечить? Вследствие таких причин, как курение табака, гипертоническая болезнь, пиелонефрит и анемия, возникает ангиопатия сосудов матки. Это и **лежит в основе патогенеза недостаточности плацентарного ложа.** Наиболее часто поражение сосудов наблюдают при анемии. В этом случае кровообращение матки неполноценно с самого начала беременности. На примере анемии в лёгкой форме можно оценить кровоток, сравнив его показатели с нормой (рис. 6-1).

Дефектна и структурно-функциональная организация цитотрофобласта **из-за неполноценности инвазии** обеспечить зародыш и эмбрион физиологичным обменом веществ с матерью в положенные сроки не удаётся.

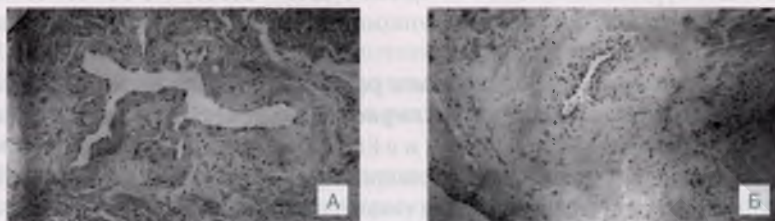


Рис. 6-1. Морфологические особенности плацентарного ложа при физиологическом течении беременности и на фоне анемии: А — нормальные гестационные изменения спиральной артерии, расположенной в миометрии; Б — отсутствие гестационных изменений, узкий просвет сосуда, сохранение толщины мышечного слоя артерий в эндометриальном сегменте при анемии.

Даже этих двух причин (на самом деле их гораздо больше) достаточно, чтобы прогнозировать недостаточность плацентарного ложа матки и трофобласта (плаценты) у всех курящих женщин. (Количество и крепость выкуриваемых сигарет значения не имеют: в формировании ангиопатии дым важнее никотина.) В группу риска попадают также пациентки с **экстрагенитальными заболеваниями и прервавшие первую беременность хирургическим абортom**. Степень риска максимальна при сочетании этих факторов и наличии нескольких экстрагенитальных заболеваний.

Запоздывание лечебно-диагностических мероприятий при задержке роста плода, когда диагноз ставится и «спохватываются» лишь в III триместре беременности, а **запоздалая терапия никак не может изменить ход внутриутробных событий**.

Повторюсь, что средств, избирательно улучшающих маточно-плацентарный или плацентарно-плодовый кровоток, в современной медицине не существует. Поэтому многие препараты, применяемые после завершения второй волны инвазии цитотрофобласта, **действуют системно на весь организм**, включая плацентарную систему, улучшая метаболизм, стимулируя антиоксидантные реакции. Однако о том, чтобы излечить задержку роста плода II–III степени или хотя бы уменьшить тяжесть нарушения **после 22 нед беременности**, можно только мечтать, и то в далёкой перспективе.

Очевидно, **внутриутробное неблагополучие стартует на этапе формирования микроокружения эмбриона** человека. Рост экстраэмбриональных структур отстаёт от развития зародыша, а впоследствии это приводит к неполноценности плацентарной системы в целом.

Невыдуманный пример

Молодая женщина 22 лет. Курит с 15,5 лет, ожирением страдает с детства, хроническая артериальная гипертензия и синдром поликистозных яичников диагностированы в 17 лет. Тем не менее **в 19 лет перенесла хирургический аборт 8-недельной беременности**. В 20–21 год лечилась по поводу дисфункциональных маточных кровотечений, забеременела после медикаментозной стимуляции овуляции.

Если посчитать риск по любой шкале, учитывающей социально-биологические факторы, то к моменту взятия на учёт эта женщина **должна быть отнесена в группу высокого** (мне лично кажется — крайне высокого) перинатального риска. Естественно, возникает вопрос: чем лечить? Но вначале следует определиться, лечить ли вообще, как бы кощунственно это ни звучало.

В ходе проведённого нами исследования (Читиашвили Л.Н., 2006) мы предложили **иллюстрацию естественного хода морфологических событий в плацентарной системе** на протяжении II триместра физиологической беременности. Париетальный эндометрий, ворсины плаценты и маточно-плацентарной области в эти сроки претерпевают мощные структурные изменения.

- В 19–20 нед уже сформированы плодные оболочки с выраженной инволюцией децидуальной оболочки и желёз париетального эндометрия. Ворсинчатое дерево, наоборот, активно растёт и ветвится. Якорных ворсин много, в их основаниях видны пролифераты цитотрофобласта (морфологический признак второй волны инвазии, рис. 6-2).
- В 21–22 нед продолжается инволюция спонгиозного слоя эндометрия в составе плодных оболочек, интенсивно развиваются ворсинчатое дерево и другие компоненты плаценты (клеточные островки и септы).
- В базальной пластине эндометрия становится меньше якорных ворсин с пролифератами цитотрофобласта, то есть редуцируются источники дальнейшей инвазии. Морфологически доказано, что внутрисосудистая цитотрофобластная миграция представляет собой основной механизм второй волны инвазии.
- В 23–24 нед вторая волна цитотрофобластной инвазии замедляется по особому механизму — формируется плотный пласт децидуальных эпителиоцитов, блокирующий миграцию и рост ворсинчатого цитотрофобласта из оснований якорных ворсин.
- В 25–26 нед продолжается структурная регрессия эндометриальных желёз спонгиозного слоя; вторая волна цитотрофобластной инвазии в маточно-плацентарной области окончательно останавливается. Диф-



Рис. 6-2. Гистологический препарат плаценты II триместра. Интенсивное ветвление ворсинчатого дерева. Много якорных ворсин с пролифератами цитотрофобласта в основаниях. Окраска гематоксилином и эозином по Маллори, $\times 65$.

ференцировка ворсинчатого дерева плаценты, напротив, идёт активно, преимущественно разрастаются самые мелкие, терминальные ворсины.

- В конце II триместра гестации (27–28 нед) максимальны инволютивные изменения в париетальном эндометрии. Продолжается интенсивный рост плаценты.
- Активность второй волны инвазии цитотрофобласта соответствует концентрации маркеров — эндометриальных белков в гомогенатах эндометрия: прирост в 19–22 нед, снижение концентрации в 23–24 нед (замедление) и в 25–26 нед (прекращение инвазии цитотрофобласта). Как должен выглядеть маточно-плацентарный сосуд, если инвазия произошла полноценно, показано на рисунке 6-3.

В течение II триместра беременности в амниотической жидкости достоверно растёт концентрация эндометриальных белков; содержание плацентарного белка и плацентарного лактогена при этом невелико и стабильно. А вот в крови матери всё наоборот: эндометриальных белков и плацентарного лактогена немного (рис. 6-4), а прирост плацентарного белка максимален (рис. 6-5).

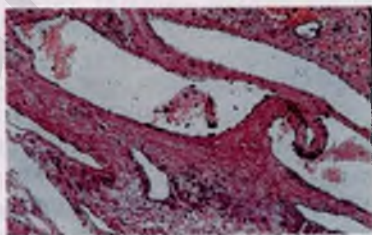


Рис. 6-3. Гистологический препарат плаценты II триместра. Эндометриальный сегмент маточно-плацентарной артерии имеет мешковидный просвет, произошла полная гестационная перестройка стенки сосуда. Окраска гематоксилином и эозином по Маллори, $\times 25$.



Рис. 6-4. Содержание эндометриальных белков в гомогенатах эндометрия обследованных женщин, нг/мл.

Представив себе тенденции изменений плацентарного гомеостаза при физиологической беременности, **легче сделать правильные выводы о причинах неэффективности антенатальной терапии**. В конце II триместра завершение формирования плацентарной системы происходит уже на фоне ангиопатии и с изменением концентрации мембранных белков (эндометриальных и плацентарного), играющих роль локальных иммуносупрессоров. И не только.

Пока плацента только формируется, а плацентарной циркуляции ещё нет, именно эти молекулы транспортируют необходимые для развития эмбриона **гидрофобные молекулы** из тканевого окружения.

При морфологически подтверждённой плацентарной недостаточности во II триместре первыми страдают эпителиоциты желёз париетального эндоме-



Рис. 6-5. Содержание плацентарного белка в биологических жидкостях обследованных женщин, нг/мл.

трия и децидуальные клетки маточно-плацентарной области. Одновременно происходит заметное **падение концентрации эндометриальных белков** в местах их синтеза и в микроокружении эмбриона, а плацентарного белка становится гораздо меньше в сыворотке крови матери.

Плацентарная недостаточность, развившаяся во II триместре беременности, морфологически сопровождается складчатостью и отслойкой амниального эпителия в плодных оболочках, кровоизлияниями или тромбозами в сосудах париетального эндометрия, массивным тромбозом эндометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий, **формированием ретроплацентарной гематомы** (рис. 6-6 и 6-7).

Основная морфологическая причина задержки роста плода — недостаточность второй волны инвазии цитотрофобласта. При доношенной беременности и задержке роста плода у 53,3% женщин **миометриальные сегменты маточно-плацентарных артерий гестационных изменений не претерпели или трансформация оказалась неполной**. В 22,2% регистрируют воспалительную инфильтрацию.

Согласно различным международным и отечественным источникам, при беременностях, сопровождавшихся признаками задержки роста плода, достоверно чаще встречалось диссоциированное созревание ворсин хориона. Наличие промежуточных ворсин исследователи объясняли нарушением созревания плаценты **вследствие бактериально-вирусной атаки**.

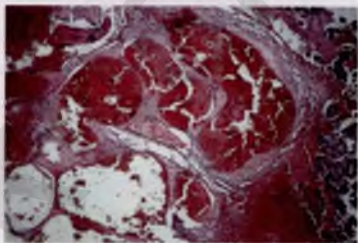


Рис. 6-6. Гистологический препарат плаценты II триместра. В эндометриальных сегментах маточно-плацентарных артерий сформировался массивный тромбоз. Окраска гематоксилином и эозином по Маллори, $\times 25$.



Рис. 6-7. Гистологический препарат плаценты II триместра. Формирование ретроплацентарной гематомы. Окраска гематоксилином и эозином по Маллори, $\times 25$.

Таблица 6-1. Распределение новорождённых в зависимости от лечения матерей

Группы	n	Получавшие терапию	Не получавшие терапию
Преждевременные роды	165	44,2% (n=73)	55,8% (n=92)
Доношенная беременность и задержка роста плода	105	44,8% (n=47)	55,2% (n=58)
Преждевременные роды и задержка роста плода	100	52% (n=52)	48% (n=48)

Несколько иначе выглядят наши результаты исследования при задержке роста плода и преждевременных родах (Старцева Н.М., 2006). Здесь и мозаичность децидуальных клеток в париетальном и базальном эндометрии (больше **преждевременно инволюционировавших**), и неполная гестационная перестройка миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий (не произошла вторая волна инвазии цитотрофобласта, зато появились многоядерные гигантские клетки). В трети наблюдений зарегистрированы признаки хронического васкулита.

Если ангиопатия сформировалась по завершении плацентарной перестройки, то **все профилактические усилия уже бессмысленны**, и надо позаботиться о своевременном начале лечения во избежание тяжёлых форм задержки роста плода.

Мы проводили исследование (включавшее постнатальное наблюдение детей) по эффективности ведения 504 пациенток с хронической плацентарной недостаточностью с разными сроками начала лечения. При **декомпенсированной форме плацентарной недостаточности** (задержка роста плода) лечение не помогает вовсе, если начать его в III триместре беременности. Не меняются к лучшему данные ультразвуковой фетометрии, **стабильно неудовлетворительны** показатели гемодинамики. При сравнении массо-ростовых показателей, динамики развития, частоты неврологических заболеваний на первом году жизни у детей, чьи матери получали лечение, никаких преимуществ по сравнению с нелечившимися обнаружено не было (табл. 6-1).

Для прогнозирования состояния плода и своевременного обнаружения признаков плацентарной недостаточности у женщин с отягощённым акушерским анамнезом разработаны информативные методики:

- определение реактивности иммунной системы методом ELI-P-теста до 12 нед;

- исследование генотипа матери для поиска аллеля *PL-AII* гена *GPIIIα*;
- изучение биоценоза половых путей женщины;
- исследование системы цитокинов в отделяемом клеток цервикального канала.

В наших исследованиях (Старцева Н.М., 2006) было доказано, что к **декомпенсированному течению плацентарной недостаточности предрасполагает генетическая особенность** — совпадение генотипа матери и плода по аллелю *PL-AII* гена *GPIIIα*. Встречаемость данного аллеля у женщин с задержкой роста плода составляет 22,6%, что в 1,5 раза выше, чем в популяции (14%). При беременности, наступившей на фоне экстрагенитальных заболеваний, наличие аллеля *PL-AII* — серьезнейший признак, свидетельствующий о неизбежности задержки роста плода.

Одно из условий нормального эмбриогенеза — поддержание физиологических концентраций естественных регуляторных аутоантител, взаимодействующих с основными белками-регуляторами эмбриогенеза (Галина Т.В., 2011). Доказано, что репродуктивная функция женщины, её способность к вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка во многом зависят от системы естественных эмбриотропных аутоантител. Содержание этих веществ в сыворотке крови определяют методом ELI-P-теста (ELISA-detected probability of pathology in pregnancy). **Данный метод перспективен для оценки риска аномального развития плода.**



«Плацентарная недостаточность — поликаузальный синдром, развивающийся при болезнях и нарушениях в организмах матери и/или плода на молекулярном, клеточном, тканевом и органном уровнях, реализующийся в компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной формах*».

Задержка роста плода происходит из-за нарушений иммунореактивности и апоптоза вследствие повышения концентрации провоспалительных интерлейкинов ИЛ-1β и ИЛ-6, ФНО-α в околоплодных водах. Для **определения содержания цитокинов** на анализ берут отделяемое цервикального канала.

Здесь самое время вернуться к определению плацентарной недостаточности. Будучи приверженцами уже упомянутых Н.Л. Гармашовой и Н.Н. Константиновой, считая себя учениками светлой памяти профессора Е.П. Калашниковой, мы расширили их определение и даже запатентовали его в 1983 году*.

* Авторское свидетельство №1232220 «Способ диагностики плацентарной недостаточности». Авторы: Радзинский В.Е., Смалко П.Я., Корнюшина Т.В. Заявка №3591735 с приоритетом от 21 февраля 1983 года. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР 22 января 1986 года.

В 70–80-х годах XX века европейские и североамериканские акушеры и перинатологи **дискутировали об эффективности консервативного лечения** («...каждый лишний день в утробе матери идёт на пользу плоду») и преимуществ абдоминального родоразрешения при задержке роста плода.

Однако большинство акушеров США, владеющих эффективными технологиями выхаживания больных и недоношенных детей, и **слышать не хотели ни о чём другом**, кроме досрочного родоразрешения и внеутробного выхаживания. Они подчёркивали, что в современном мире нет средств, селективно улучшающих маточно-плацентарный кровоток и усиливающих тем самым рост плода. В то же время консервативные мероприятия, популярные в странах Европы (в том числе в СССР), хотя и улучшали состояние плода и его внеутробную адаптацию, но не снижали антенатальную смертность этих детей.

Факторы продолжительности жизни

Конгресс EAGO в 1999 году начался с дискуссии на тему «Почему проводимые антенатальные мероприятия не так эффективны, как мы рассчитываем?». Резюме дискуссии было таково: поздно начинаем лечить. И словно в продолжение был озвучен потрясающий доклад Н. Littel из благополучной Швейцарии: **жизнь людей, рождённых с задержкой роста плода, независимо от срока гестации достоверно короче**, чем нормовесных, и болеют первые чаще. Чтобы сформулировать это важнейшее социально-биологическое заключение, швейцарские учёные исследовали жизнь и здоровье всех людей 1917–1918 годов рождения до 1998 года (на протяжении 80 лет). Оказалось, что задержка роста во внутриутробный период существования — **более значимый фактор риска**, чем широко известные гипертоническая болезнь, сахарный диабет, курение, бедность и другие неблагоприятные условия последующей жизни.

Таким образом, пребывание в утробе матери в течение 9 мес — чрезвычайно важный период, и то, как он протекает (физиологически или дискомфортно), влияет на продолжительность и качество всей последующей жизни (рис. 6-8).

Вот почему в большинстве стран Евросоюза с 80-х годов XX века (в России — с конца 90-х) была **признана необходимость досрочного родоразрешения женщин с задержкой роста плода** и одновременная важность совершенствования методов выхаживания младенцев. Однако и по сей день в России есть роддома, где уверены в целесообразности максимального пролонгирования беременности на фоне лечения, «улучшающего маточно-пла-



Рис. 6-8. Маловесность при рождении — основной фактор риска сокращения продолжительности и ухудшения качества человеческой жизни (коллаж проф. И.Н. Костина).

центарный кровоток». Только вот перинатальные исходы эта уверенность не улучшает.

Необоснованности подобного подхода посвящена докторская диссертация сотрудницы нашей кафедры Н.М. Старцевой (2006). **По мере пролонгации беременности задержка роста плода прогрессирует.** Акушерская агрессия в этой ситуации состоит в том, что донашивание беременности, на что брошены все врачебные ресурсы и усилия, не обеспечивает благоприятного течения неонатального и младенческого периодов.

Число антенатально гибнущих детей не снижается. Это свидетельствует о том, что **диагностика субкомпенсации и декомпенсации плацентарной недостаточности неудовлетворительна**, то есть, если состояние плода нарушается на фоне нормальных фетометрических параметров, врачи могут этого и не заметить.

Как показали исследования нашего сотрудника Б.С. Демидова (2000), для диагностики компенсированной и субкомпенсированной фаз плацентарной недостаточности оптимальны определение венозного кровотока плацентарной системы и анализ доплерометрических показателей в целом.

Окончательно не решён вопрос об эффективности КТГ, однако в любом случае достоверная оценка состояния плода возможна при совпадении результатов трёх-четырёх последовательных измерений, но только с учётом степени перинатального риска!

Естественно, возникает вопрос: чем лечить женщину до родоразрешения? А выбор невелик. **Нет других вариантов, кроме общего воздействия на основные звенья гомеостаза** в надежде на улучшение всех адаптационно-гомеостатических реакций, в том числе в плацентарной системе. Это положение весьма важно для понимания того, насколько необходимо вовремя предупредить плацентарную недостаточность у женщин высокого риска до беременности и на ранних сроках.

В идеале профилактика плацентарной недостаточности должна стать продолжением, а ещё лучше — синонимом прегравидарной подготовки каждой женщины.

Пути преодоления перинатальных потерь при хроническом страдании плода

Не зная до конца причин развития плацентарной недостаточности и механизмов их действия, невозможно выработать лечебную схему. Пока мы знаем точно, что в большинстве случаев это осложнение формируется в ранние сроки, затем уже запущенный процесс остановить невозможно. Все существовавшие ранее схемы лечения, кстати, тоже не претендовали на специфичность, но позиционировались как симптоматические: ослабление ангиоспазма, ускорение кровотока за счёт снижения вязкости крови.

К сожалению, **никакого эффекта это не имело**, как бы ни огорчительно это было для сотен учёных, написавших тысячи статей на эту тему. Все «улучшения фетоплацентарного обмена», «терапии, направленные на улучшение метаболизма плода», — на самом деле мираж. Увы, любое известное на сегодняшний день медикаментозное воздействие не в состоянии «вылечить» плод, а в тех случаях, когда рождается ребёнок с нормальным весом после проведённого «лечения», никакой «недостаточности» просто не было изначально.

Единственное, чем можно предупредить гибель плода, — своевременное родоразрешение. И здесь главное — совершенствование пренатальной диагностики, чтобы родоразрешать «не рано и не поздно». Пока родоразрешение опаздывает, как правило, из-за увлечения бессмысленной инфузионной терапией в надежде на чудо. **При настоящей декомпенсированной плацентарной недостаточности чудес не бывает — плод погибает.**

Вместо ненужных «улучшений метаболизма» лучше провести подготовку плода к досрочному родоразрешению, когда оно неизбежно, особенно если ситуация возникла до 34 нед беременности или при массе менее 2000 г, — проводить профилактику РДС, вводить сульфат магния для профилактики поражения ЦНС.

Все остальные меры, предпринимаемые в отделении патологии беременности, не имеют практической пользы. Возможна общеукрепляющая поддержка полноценной диетой и необходимыми витаминами, а также устранение вероятных неблагоприятных факторов (курение, токсины), но **это может сработать только на прегравидарном этапе или в ранние сроки беременности** (см. главу 4 «Женская консультация»). После 22 нед, когда беременная попадает в роддом, это не имеет ожидаемого эффекта, и Приказ №572н, содержащий требование проводить «лечение синдрома задержки роста плода», требует изменения в этом пункте.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ (ГЕСТОЗ)* . ГИПЕРГИДРАТАЦИЯ ПРИ ГЕСТОЗЕ

После длительных обсуждений в последние годы терминологии я дал себе слово в подобных дискуссиях не участвовать. Причина проста: **как этот синдром ни назови, погибают женщины от полиорганной недостаточности**, наступающей после триады Цангемейстера (W. Zangemeister).

«Преэклампсия лёгкой степени», фигурирующая в МКБ-10, — правомочный диагноз для статистики, как, впрочем, и все остальные рубрицированные в 0.11. Если вы решите поискать последние научные статьи в интернете, то обнаружите «токсемию», «гестоз», «преэклампсию», что свидетельствует о неоднозначности клинического понимания этой терминологии. **Преэклампсия и эклампсия — прежде всего сигнал о сиюсекундной помощи**. Более того, традиционно гестоз (нефропатия) I, II, III степени — способ определения количества суммарно вводимого сернокислого магния: 12–25–50 г. Последнее обстоятельство всегда вызывало удовлетворение у иностранцев, считающих эту классификацию **одновременным способом стандартизации магниальной терапии**. Надо честно признать, что это было в те недалёкие времена, когда считалось необходимым увеличивать количество вводимого магния в зависимости от

* «Болезнь загадок и предположений», — сказал 50 лет назад мой учитель Н.С. Бакшеев о синдроме, в СССР называвшемся «поздним токсикозом» и «нефропатией», а в РФ именовавшемся «гестозом», а с 2013 года — «преэклампсией» (МКБ-10). В англоязычной литературе можно встретить термины toxemia, preeclampsia.

усугубления стадии гестоза. Современные протоколы ограничивают длительную осмотерапию 1 г в час.

Более того, последние исследования метаболома беременных с указанной триадой Цангемейстера показали **накопление токсических продуктов** нарушенного метаболизма прямо **пропорционально степени тяжести** обсуждаемого синдрома. В перспективе — тесты прогнозирования неблагоприятного исхода для матери и для плода (!) по результатам биохимических исследований накопления токсикантов. Не исключена вероятность того, что в ближайшем будущем мы вернёмся к диагнозу «поздний токсикоз беременных», поэтому переходим к сути, а не к дефинициям, используя оба термина.



Парадокс: у нас в стране переход к замене «гестоза» на «преэклампсию» совпал с достоверным увеличением материнской смертности от этой нозологии — 2 года подряд (2013–2014) второе (!) место в структуре причин материнской смертности.

Преэклампсия (гестоз), одна из основных причин материнской смертности в РФ, заслуживает самого пристального внимания акушерского сообщества. Увы, для России динамика заболеваемости снова неутешительна (рис. 6-9). Если в 2009 году частота преэклампсии (гестоза) составила всего 7,4% (первые за последние десятилетия) в структуре причин материнской смертности, то в 2014 году вновь «вернулась» на прежние позиции (15,1%).

Несмотря на то что история изучения преэклампсии насчитывает много веков, но и в XXI веке мы не имеем исчерпывающих представлений о её причинах.

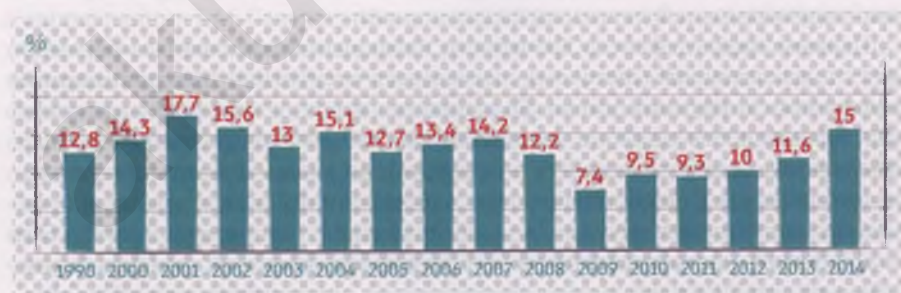


Рис. 6-9. Динамика преэклампсии (гестоза) в структуре причин материнской смертности, % (Минздрав России, 2015).

Есть ряд характерных черт «поведения» преэклампсии. Например, она возникает **исключительно во второй половине беременности** (после 20 нед), что связано с ростом плода и плаценты. Кроме того, она имеет часто прогрессирующее течение, и **скорость прогрессирования трудно предсказуема — это ключевой момент**, заставивший авторитетные научные сообщества пересматривать определения и классификации. Тем более что остановить или вылечить это состояние на современном этапе развития акушерства и фармакологии невозможно; единственный метод лечения — родоразрешение.

Бремя преэклампсии (гестоза) — в тяжести его осложнений для матери и ребёнка. Это **основная «материнская» причина гибели детей в раннем неонатальном периоде**. Уровень перинатальной заболеваемости на фоне преэклампсии (гестоза) у матери колеблется от 64 до 78%, а перинатальная смертность в 3–4 раза превышает средний показатель, составляя 18–30%.

Ведущая роль в структуре перинатальной смертности при преэклампсии (гестозе) принадлежит асфиксии плода. Второе место занимают пороки развития, далее идут внутриутробные инфекции, родовые травмы, гемолитическая болезнь плода и новорождённого. В Западной Европе примерно 1/6 кювезов для интенсивной терапии новорождённых заняты детьми от матерей с высоким АД во время беременности. По данным ВОЗ, у **каждого пятого ребёнка, родившегося у матери с преэклампсией (гестозом)**, в той или иной степени нарушено физическое и психоэмоциональное развитие, эти младенцы значительно чаще болеют. Это связано не только с тяжёлым течением осложнений у матери, но и с высокой вероятностью преждевременного родоразрешения на этом фоне. Преэклампсия (гестоз) провоцирует 15% преждевременных родов, до 30% случаев задержки роста плода и т.д. А иного ждать и не приходится, поскольку чётких стандартов обследования и лечения, соответствующих критериям доказательной медицины, для беременных с преэклампсией (гестозом) до сих пор нет.

Первым среди дефектов врачебного наблюдения, касающихся беременных с преэклампсией (гестозом), оказывается **отсутствие прегравидарной подготовки в группах риска**. Большинство женщин к моменту наступления беременности даже не догадываются, что имеют экстрагенитальные заболевания, и иногда остаются в неведении до родов. Дефекты диагностики объясняются и недостаточностью лабораторной базы, и труднодоступностью функциональных методов обследования (например, ЭхоКГ). **Нет положенной настороженности и у акушеров женской консультации**. В большинстве случаев вместо необходимого дополнительного обследования появляются диагнозы «отёки беременных», «гестационный пиелонефрит», «патологическая прибавка веса», а необходимого лечения артериаль-

ной гипертензии не назначают. Таким образом, **чаще всего мы имеем дело с ятрогенными ситуациями** — запоздалой диагностикой преэклампсии (гестоза) и её осложнений.

Единой классификации преэклампсии тоже нет, о чём свидетельствует **разнообразие формулировок международной номенклатуры (МКБ-10)**, а также многочисленные публикации. Поэтому так сложно собрать точную информацию о распространённости этого осложнения беременности.

В большинстве зарубежных стран выделяют только эклампсию, умеренную и тяжёлую преэклампсию (в зависимости от степени повышения АД и выраженности протеинурии). Вот почему разбросы в статистике так огромны: тяжёлые формы по классификации Американского общества акушеров и гинекологов составляют 33,4–40,5%, а по отечественной классификации и в разных источниках выходит от 1,14 до 5–6%.



До сих пор нет однозначного ответа на вопросы: «Как определить степень тяжести преэклампсии (гестоза)?», «Как долго лечить?», «Каким способом родоразрешать?» и т.д. Правильное решение этих вопросов должно обеспечить безопасность пациентки и врача.

Несмотря на то что клинические рекомендации Минздрава России (2013) **основаны на исторически сложившейся классификации гестоза** (лёгкой, средней и тяжёлой степени; преэклампсия; эклампсия), разночтения в учёте этого осложнения беременности по учреждениям всё равно имеют место. Такова ситуация не только при диагностике этого осложнения, но и при определении степени тяжести преэклампсии (гестоза).

Наиболее удобны для клинической практики шкалы Виттлингера и Гоеске в модификации Г.М. Савельевой и соавт. (2000). Однако и они несовершенны, поскольку не учитывают исходный уровень АД, а также лабораторные показатели, характеризующие состояние плацентарной системы и гемостаза, функции печени, почек и головного мозга. Кроме того, до сих пор не изучены сравнительная информативность и достоверность различных применяемых шкал оценки преэклампсии (гестоза). Ещё в 1989 году на страницах журнала «Акушерство и гинекология» обсуждалась необходимость рандомизированных мультицентровых исследований **для разработки единой диагностической шкалы**, но инициатива так и не была реализована.

В некоторых учреждениях или даже регионах хранят верность недоказательным грациям степени тяжести преэклампсии (гестоза). В большинстве стран отёчный синдром как критерий не рассматривают, поскольку отёки

возможны и при физиологическом течении беременности. В то же время выраженные отёки — симптом, дополняющий другие признаки преэклампсии (гестоза).

По данным В. Sibai (2005), **не отекают 32% пациенток с преэклампсией (гестозом)**. При этом известно, что безотёчные формы наиболее опасны и сопровождаются высокой перинатальной смертностью. Сам термин «преэклампсия лёгкой степени» озадачивает многих специалистов: устойчивое представление о том, что любая преэклампсия сопровождается высокой судорожной готовностью, **накладывает отпечаток на тактику ведения таких женщин**.

Степень тяжести преэклампсии (гестоза) не зависит напрямую от высоты систолического давления: **известны случаи эклампсии при относительно невысоких цифрах**. У 20% женщин с этим осложнением беременности АД составляет 140–160/90 мм рт.ст.; при исходной гипотензии повышение АД также может быть умеренным. Поэтому оценка степени тяжести заболевания исключительно по высоте АД — не более чем распространённое заблуждение.

Интенсивность протеинурии у беременных с преэклампсией (гестозом) также варьирует в широких пределах. Однако протеинурия — важный **прогностический критерий**, достоверно коррелирующий с перинатальными исходами. В то же время протеинурия может отсутствовать у беременной с другими симптомами.

Эти сведения приведены в доказательство того, что **клинико-лабораторные и инструментальные данные о состоянии беременной могут не совпадать с истинной тяжестью** патологических изменений в системе «мать–плацента–плод». В этом случае на фоне лёгкого или среднетяжёлого течения этого заболевания внезапно развиваются такие опасные осложнения, как эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, полиорганная недостаточность.

Таким образом, недооценка степени тяжести преэклампсии (гестоза) приводит к несвоевременности диагностики, неадекватности лечения и запаздыванию родоразрешения, что и обуславливает высокую частоту материнской смертности при этом осложнении беременности и родов.

Поиск пускового механизма идёт столь же давно, сколько изучают преэклампсию (гестоз), но **ни одна из многочисленных теорий (более 30), объясняющих природу этого симптомокомплекса, так и не стала общепризнанной**. Некоторые предположения о происхождении преэклампсии (гестоза) имеют только историческое значение (Петров-Маслаков М.А., Сотникова Л.Г., 1971; Хечинашвили Г.Г., 1985).

Такова инфекционная теория, базировавшаяся на некотором сходстве между патоморфологическими картинами эклампсии и инфекционных



ГЛАВНАЯ ОПАСНОСТЬ — НЕДООЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЗКЛАМПСИИ

заболеваний и разработанная В.В. Строгановым (1909). С другой стороны, вышедшие из инфекционной теории работы об интоксикации, давшие синдрому название «токсемия», актуальны и по сей день. Сейчас феномен эндогенной интоксикации называют синдромом системного воспалительно-го ответа*.

Поскольку в вопросе о происхождении преэклампсии (гестоза), патогенезе инициированных ею изменений ясности нет, то и стройную, **этиологически обоснованную схему лечения разработать крайне сложно**. Сейчас мы знаем о развитии преэклампсии (гестоза) далеко не всё. Известно об острой дисфункции эндотелия спиральных артерий, повреждении тромбоцитов и эритроцитов, нарушении гомеостаза плаценты. Лечить эти патологические изменения удаётся весьма условно и не полностью.



Неадекватность терапии не только связана с тем, какие препараты используют, но и обусловлена сроками начала лечения. Не вызывает сомнений связь преэклампсии (гестоза) с другими тяжёлыми осложнениями беременности, плацентарной недостаточностью и задержкой роста плода.

Длительно текущая преэклампсия (гестоз) **неблагоприятно влияет на плаценту и плод**. Причём в большинстве зарубежных работ на эту тему зарегистрировано ухудшение структурно-метаболических характеристик плацентарной системы при преэклампсии (гестозе) длительностью 4–7 нед, а в отечественных исследованиях **первые признаки истощения адаптационно-гомеостатических реакций** удалось обнаружить уже через 2–3 нед после установления диагноза.

Мы обнаружили (Радзинский В.Е., Ордянец И.М., 1999), что **состояние плаценты напрямую зависит от степени декомпенсации сопутствующих экстрагенитальных заболеваний**. У женщин с преэклампсией (гестозом) на фоне гипертонической болезни в плаценте определяются мелкие группы тесно расположенных ворсин, лишённых синцитиального покрова, с сохранной стромой и запустевшими капиллярами, как бы склеенными фибриноидными массами. Кроме таких участков некробиоза наблюдаются мелкие некрозы ворсин с кальцинатами различных размеров.

Патогенез преэклампсии (гестоза) берёт истоки **в патологической инвазии трофобласта**. Не происходит трансформации мышечного слоя

* Оказалось, опасно. Услышав об этом, много (!) малограмотных врачей решили, что этот синдром надо лечить... антибиотиками (!!!).

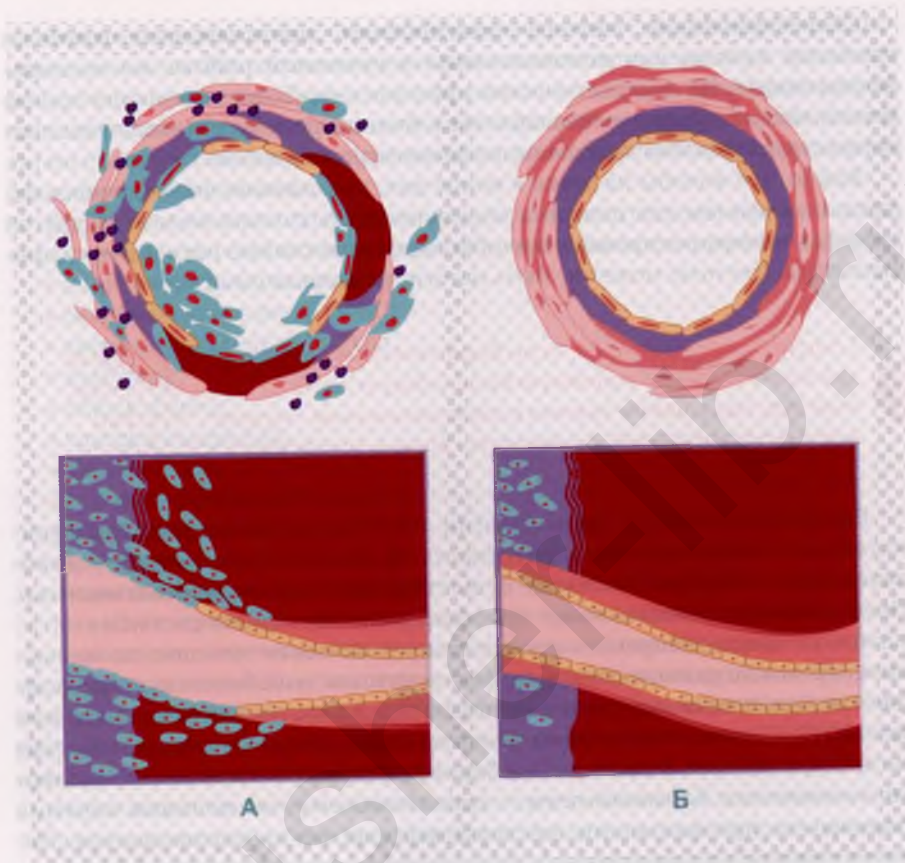


Рис. 6-10. Неадекватное ремоделирование спиральных артерий в патогенезе преэклампсии: всего лишь одна из гипотез. А — нормальная трансформация спиральных артерий, Б — трансформация неполноценная, сохранён толстый мышечный слой, просвет не расширен.

спиральных артерий миометрия, вследствие чего системный сосудистый спазм нарушает центральную и регионарную гемодинамику (рис. 6-10). Изменение реологических и коагуляционных свойств крови приводит к снижению (иногда критическому) перфузии жизненно важных органов и плаценты. Именно поэтому так **важно доклиническое прогнозирование преэклампсии (гестоза)**; только в этом случае возможна профилактика ранней плацентарной недостаточности и иных гестационных осложнений, вплоть до задержки роста плода.

Общеклинические методы диагностики преэклампсии (гестоза) наиболее просты для использования в рутинной работе, но малоинформативны. Из диагностических критериев наиболее популярна триада Цангемейстера. Однако в большинстве случаев этот симптомокомплекс свидетельствует о далеко зашедшем патологическом процессе.

Важно, что жалобы на отёки в конце дня, проходящие после ночного отдыха, основанием для диагноза «преэклампсия» считать нельзя. С другой стороны, **интерпретировать жалобы** пациенток сложно потому, что у преэклампсии (гестоза) может не быть патогномичных симптомов.



Следует насторожиться, если беременная жалуется на периодически возникающую головную боль, общую слабость, тошноту, кожный зуд, нарушение зрения в виде мелькания «мушек», чувство жара и гипертермию, сонливость, боли в эпигастральной области.

Распространённость преэклампсии (гестоза), а также высокая перинатальная заболеваемость и смертность на фоне её осложнений — **доказательства неэффективности существующих методов диагностики**. Необходимо разработать новые критерии для мониторинга системы «мать–плацента–плод». Направить усилия следует на поиск методов, позволяющих как можно раньше обнаруживать симптомы этой болезни, в этом случае своевременная коррекция позволит предотвратить неблагоприятные исходы для беременной и плода. Современные научные исследования, судя по всему, подошли к **последнему барьеру в патогенетической цепи этого осложнения беременности — генетическому, но цельная картина патогенеза преэклампсии (гестоза) всё ещё не вырисовывается**. Поэтому так трудно предупредить нарушения на самых ранних стадиях, при имплантации и плацентации. Сейчас наиболее перспективны работы, позволяющие по результатам генетического и иммунологического исследований обнаружить вероятность преэклампсии (гестоза) у пациентки ещё до беременности или в ранние сроки.

Итак, **цепочка событий в жизни женщины**, предрасположенной к развитию преэклампсии (гестоза). Беременность → запоздалая диагностика → ранняя плацентарная недостаточность → прогрессирование преэклампсии (гестоза) → неполноценная коррекция или отсутствие лечения вообще → эклампсия → серьёзная угроза летального исхода. Где же была сделана ошибка? Недообследованность женщин закономерно приводит к тому, что артериальная гипертензия своевременно не выявляется, а хронические экстрагенитальные заболевания у беременных обостряются.

Диагноз преэклампсии (гестоза) подразумевает обязательное стационарное лечение. Без госпитализации невозможно организовать и грамотное амбулаторное лечение. Далее, как уже упоминалось, практикующим врачам **сильно недостаёт общепринятой классификации преэклампсии (гестоза) по степени тяжести, алгоритма диагностики**, отвечающего критериям доказательной медицины.

Кроме того, сегодня для лечения преэклампсии (гестоза) **противопоказаны препараты**, ещё недавно широко применявшиеся в терапии синдрома:

- нейролептики (дроперидол);
- оксibuтират натрия (ГОМК);
- свежзамороженная плазма;
- альбумин;
- плазмоферез;
- ультрафильтрация;
- дезагреганты;
- глюкозо-новокаиновая смесь;
- синтетические коллоиды;
- диуретики;
- наркотические анальгетики.

К неблагоприятным исходам лечения преэклампсии (гестоза) имеет прямое отношение ужасающая полипрагмазия. Бесконтрольное и неконтролируемое назначение множества лекарств — несомненный анахронизм, ведь **современный «золотой стандарт» лечения преэклампсии (гестоза) предусматривает использование только одного, известного с 1906 года препарата — магния сульфата.**

Часто встречающееся назначение препарата «Магне В₆» для лечения преэклампсии (гестоза) **ничем не оправдано**. Средство в этой ситуации **не просто неэффективно** (впрочем, как и при угрозе прерывания беременности), но и вредно, поскольку невозможно получить из таблеток требуемое количество магния (минимум 12 г, при этом вводить его следует внутривенно), а стремление увеличить дозу магния всегда приводит к тому, что суточное поступление витамина В₆ оказывается значительно выше потребности.

Не оправдано применение «Вобэнзима», иногда позиционируемого как регулятор метаболических процессов и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Что касается использования этого ферментного препарата для профилактики и лечения преэклампсии (гестоза), **то исследований, соответствующих доказательной доктрине, на эту тему выполнено слишком мало.**

Даже самое необходимое — антигипертензивная терапия — проводится неполноценно: с нужными препаратами и схемой их приёма до сих пор знакомы далеко не все специалисты.

С позиций здравого смысла **необъяснимо, почему сернокислая магнезия есть лишь в 57% национальных медицинских фармацевтических листов по «необходимым» лекарствам** (данные ВОЗ). Ведь даже со строгой точки зрения доказательной медицины внутривенное введение адекватной дозы этого препарата снижает вероятность эклампсии и материнской смертности. Кроме того, по современным данным, магний положительно влияет на метаболизм (в ионизированном виде регулирует более 700 ферментов), притом безвреден в сравнении с другими антиконвульсантами.



При анализе неблагоприятных исходов у беременных с преэклампсией (гестозом) доказана их прямая связь с отказом от магниальной терапии или её недостаточной интенсивностью.

«Шадящая» или откровенно **мизерная дозировка сульфата магния повышает вероятность неблагоприятного исхода беременности**, вплоть до гибели женщины. По имеющимся данным, длительный магниальный токолиз не оказывает отрицательного влияния на плод (впрочем, рандомизированных исследований о действии магния на новорождённого до сих пор не было). Сульфат магния, не обладающий токолитическим эффектом, при введении 20 г в сутки **оказывает нейропротекторное действие** и достоверно снижает вероятность эклампсии и материнской смертности.

Больше всего **заблуждений** связано с коррекцией гипопротеинемии. Не разобравшись, восполняют дефицит белка с помощью... свежемороженой плазмы. Это **в корне неверно** — формируются отёки, а сосуды всё равно «запустевшие». Низкое процентное содержание белка в препарате (5%) при генерализованном повреждении сосудистой стенки не обеспечивает замещающего эффекта.

Не менее опасна и неуместна **необдуманная инфузионная терапия**. К сожалению, всё ещё распространена тактика, когда внутривенно вводят литры препаратов, что приводит к опаснейшей гипергидратации. Как правило, экспертный анализ историй родов, завершившихся летальным исходом матери, демонстрирует именно **чрезмерное увлечение инфузиями**. Это не укладывается в логику патофизиологии преэклампсии (гестоза): доказано, что **введение жидкостей не должно превышать 40 мл/ч**. Загадочен и нелеп выбор инфузионных компонентов в разбираемых летальных случаях («Реополиглюкин», «Гемодез»).

Что же при этом происходит? Гиперосмолярные инфузионные среды, щедро вливаемые для «коррекции» гиповолемии, **приводят к ятрогенно-**

му избытку жидкости в интерстициальном пространстве, отток откуда заметно затруднён. Формируется отёк лёгких. А это ведущая причина материнской гибели при полиорганной недостаточности. Есть о чём задуматься?

Утрата хрупкого гидростатического равновесия возможна при нерациональном введении избытка любых препаратов. **При использовании синтетических коллоидов вместо ожидаемого оттока излишней жидкости из интерстиция происходит её секвестрация.** Реологические нарушения усугубляются вплоть до гипокоагуляции. Если же применяют кристаллоиды, то элиминация их избытка в условиях нарушенной почечной экскреции слишком медленная. Исход некорректной терапии одинаков — дефицит белка в сосудах поддерживает тканевые отёки; **без полноценного введения протеинов при альбуминемии менее 25 г/л при гипергидратации отёки лишь нарастают.** Не следует увлекаться и декстрановыми препаратами: например, при бесконтрольном вливании «Гемодеза» описано осложнение с условным названием «декстрановая почка». К сожалению, при выраженном дефиците ОЦК почти любые действия врача бесперспективны, притом высока вероятность индуцирования ДВС-синдрома. События, сопутствующие неадекватному восполнению кровопотери, подробно изложены в разделе «Кровотечения» (см. одноимённый раздел, глава 8 «Акушерская агрессия в родблоке»).

Поскольку преэклампсия (гестоз) и её осложнения — ситуации экстремальные, чрезвычайно необходим грамотный подход к госпитализации таких беременных. **Очень важно, чтобы стационар, куда попадёт такая пациентка, мог обеспечить консультацию смежных специалистов в любое время.** Высока вероятность, что понадобятся реанимация и выживание недоношенного новорождённого в тяжёлом состоянии. Если не проявить предусмотрительность при госпитализации беременной, не придётся надеяться и на благополучный исход.

До сих пор ведутся споры о сроках и тактике родоразрешения женщин с тяжёлым течением преэклампсии (гестоза). Именно в этой ситуации наиболее высоки перинатальная заболеваемость и смертность, особенно при преждевременных родах. Как избежать возможных осложнений и снизить риск и для недоношенных детей? При тяжёлом течении синдрома **в сроке менее 20–24 нед приходится решать, стоит ли продолжать массивную и не всегда эффективную терапию,** пролонгируя беременность в интересах плода, или настало время для родоразрешения во избежание тяжёлых осложнений у матери?

Некоторые акушеры считают, что предотвратить неблагоприятный исход для матери может только экстренное родоразрешение. Другие утверждают, что выжидательная тактика и профессионализм неонатальной

службы обеспечат хорошие перинатальные результаты и выживаемость. Однако и здесь есть оговорка, что **при тяжёлом и среднетяжёлом течении преэклампсии (гестоза) и задержке роста плода выжидать можно не более 48 ч.**

Проведённое на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН исследование доказало, что комплексная терапия с использованием осмо- (ранжированной дозы сернокислого магния) и онкокомпонентов при различных формах преэклампсии (гестоза) и перфторуглеродов при тяжёлом течении приводит к улучшению клинических показателей, профилактирует эклампсию, достоверно пролонгирует беременность по сравнению с пациентками, лечеными без применения данных препаратов, на 8,8 и 1,3 дня соответственно, уменьшает частоту кровотечений в родах и послеродовом периоде с 10,9 до 4,63%.

Комплексная терапия способствует улучшению показателей состояния новорождённых: суммарная оценка по шкале Апгар (A1 + A5) 17,3 балла по сравнению с 15,3 балла без применения данного алгоритма лечения (Галина Т.В., 2013). Изучение эффективности осмотерапии (комбинации магния сульфата, бетаметазона, аминифиллина) при недоношенной беременности и гестозе показало, что такое лечение не только предупреждает эклампсию, но и позволяет пролонгировать беременность на 6 дней, если нет задержки роста плода, и на 2–3 дня, если плод маловесный. Более того, **при улучшении состояния матери удавалось продлить гестацию на 8–12 дней** с хорошими исходами для ребёнка. На показатели перинатальной смертности как доношенных, так и недоношенных (в том числе маловесных) детей применение такого комплекса не влияло.

По нашим данным (Златовратская Т.В., 2008), среди женщин, родоразрешённых путём кесарева сечения из-за неэффективности лечения преэклампсии (гестоза), 43,4% составили пациентки с нефропатией II и даже I степени с пролонгированием беременности до 10 сут. Что касается исхода экстренного родоразрешения для ребёнка, то на сроке 32–34 нед 68,5% детей выжили, а при вмешательстве до 28 нед неонатальная смертность значительно возросла.

Однако **выживаемость детей не решает всех проблем**; срок беременности при родоразрешении влияет не только на ближайшие, но и на отдалённые исходы развития ребёнка. Особенно неблагоприятны перспективы детей, рождённых ранее 34 нед гестации: возможны тяжёлые гипоксические поражения ЦНС и постнатальная гибель, а среди отдалённых последствий не исключён детский церебральный паралич. Ранее полагали, что у детей, родившихся преждевременно из-за тяжёлой преэклампсии (гестоза) у матери, не бывает респираторного дистресс-синдрома (РДС). Нами показано, что при

родоразрешении ранее 34 нед РДС развился у 63,6% новорождённых, на сроке 34–37 нед — у 34,8% детей. Им понадобилась ИВЛ, в отдельных случаях на протяжении 5–7 сут. Таким образом, лишняя поспешность в вопросе родоразрешения* при преэклампсии (гестозе) — тоже вариант акушерской агрессии.

Принимая во внимание драматичные перинатальные исходы, следует заметить, что в данном вопросе дискуссии не особо уместны. **Если тяжёлая или длительно текущая преэклампсия (гестоз) угрожает жизни женщины, если нарастает протеинурия и не снижается АД, то при любом сроке беременности показано родоразрешение.** Других способов лечения гестоза нет! (Во всяком случае, в настоящее время.) Что же касается осмотерапии, то в руках грамотного врача при хорошей лабораторной базе и современном мониторинге обычно есть возможность пролонгировать беременность хотя бы на срок, необходимый для профилактики респираторного дистресс-синдрома. Как правило, речь идёт о **двух сутках**.

Анализ зарубежной литературы и многолетние собственные наблюдения показывают, что на фоне преэклампсии (гестоза) **самые серьёзные последствия для плода и матери развиваются именно в родах.** Ситуацию осложняет то, что в родильные дома роженицы часто поступают недообследованными, а в этом случае объективно оценить степень тяжести преэклампсии (гестоза) не всегда возможно.

«Щадящая» тактика родоразрешения при преэклампсии (гестозе) — **абдоминальное родоразрешение путём операции кесарева сечения** — в большинстве случаев не оправдала возложенных на неё надежд. Показатели детской заболеваемости и смертности не улучшились, но резко возросла частота интра- и послеоперационных осложнений. При сравнении исходов естественных и абдоминальных родов на фоне тяжёлой преэклампсии (гестоза) неонатальные исходы (РДС, внутрижелудочковые кровоизлияния, сепсис, судороги и гибель), несмотря на низкую массу плода в обеих группах, достоверно не отличались.

Большинство женщин с преэклампсией (гестозом) в родах остаются без полноценного обезболивания. Мотивация при этом такова: слишком высок риск коагулопатий. Вместе с тем отсутствие адекватной анестезии препятствует управляемой коррекции тяжёлых преэклампсий (гестозов). **Выбор конкретного метода обезболивания — прерогатива специалистов анестезиологического звена,** чья профессиональная подготовка в большинстве случаев определяет успешность вмешательства. Дефекты медицинской помощи на этапе ИВЛ могут стоить пациентке жизни.

* Речь идёт о «лёгких» формах преэклампсии (гестоза) и случаях гипердиагностики, когда водянку считают гестозом и на этом основании торопятся с родовозбуждением или кесаревым сечением.

Пути преодоления ошибок

Как ни странно, но преэклампсия (гестоз) — самая легкоуправляемая причина материнской смертности. Главное — не допустить эклампсии, от которой, собственно, и гибнут беременные. Проблема состоит в своевременной диагностике и адекватном лечении. Конечно, о нём речь идёт условно; успешным **методом лечения** этого осложнения беременности можно считать **только своевременное родоразрешение**.

Подход, или, как принято говорить, «золотой стандарт», один — осмотерапия (лечение сульфатом магния), по интенсивности соответствующая степени тяжести преэклампсии (гестоза), и родоразрешение по показаниям. Других вариантов, к сожалению, пока нет.

Для определения степени тяжести гестоза Г.М. Савельева и соавт. предложили модифицированную шкалу (табл. 6-2).

Историческая справка

В далёкие 50—60-е годы XX столетия Советский Союз минимизировал материнскую смертность от эклампсии. Этому не помешали плохие социально-экономические условия и бедность населения, особенно сельского. Достичь **такого выдающегося результата удалось при внедрении замечательной системы первичной медико-санитарной помощи**.

Суть её была такова: на фельдшерско-акушерском пункте, в амбулатории или в женской консультации **акушерка или врач выполняли необходимый минимум диагностики**. В алгоритм входили определение АД (на обеих руках), поиск отёков, кипячение мочи (в последующем — проба с сульфосалициловой кислотой). При обнаружении хотя бы одного признака из триады Цангемейстера женщину госпитализировали и своевременно родоразрешали. В процентном отношении смертей от эклампсий в СССР было меньше, чем во многих странах Северной Европы, где диспансеризации беременных не было.

Лечение преэклампсии (гестоза) желательно проводить под мониторингом контролем функций жизненно важных органов и при помощи инфузоматов для дозированного введения лекарств.

Полноценная диспансеризация беременных

К сожалению, после распада Советского Союза **судьба фельдшерско-акушерских пунктов оказалась под угрозой**, ибо они состояли на балансе

колхозов. В некоторых регионах их просто закрыли («нет колхоза — нет финансирования»); в СССР на один ФАП это было 50 руб. в месяц), но в большинстве территорий умные организаторы здравоохранения их сохранили, переведя на баланс центральных районных больниц. Сейчас многие из ранее закрытых фельдшерско-акушерских пунктов восстанавливают. Это правильно: так закладывается основа для возрождения грамотного сельского

Таблица 6-2. Оценка тяжести гестоза в баллах

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Отеки	Нет	На голенях или патологическая прибавка массы	На голенях, передней брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия, г/л (в разовой порции мочи)	Нет	0,033–0,132	0,132–1,0	1,0 и более
Систолическое АД, мм рт.ст.	Ниже 130	130–150	150–170	170 и выше
Диастолическое АД, мм рт.ст.	Ниже 85	85–95	90–110	110 и выше
Срок появления (гестоза), нед	Нет	36–40 или в родах	35–30	Ранее 30
Задержка роста плода	Нет	–	Отставание на 1–2 нед	На 3–4 нед и более
Фоновые заболевания	Нет	Проявление заболевания до беременности	Проявление заболевания во время беременности	Проявление заболевания до и во время беременности

Менее 7 баллов оценивают как лёгкую степень, 8–11 баллов — среднюю степень, 12 баллов и более — тяжёлую степень

здравоохранения*. Проблема в другом: ввиду малочисленности сельского населения полная ставка акушерки выглядит нерентабельной, а фельдшер, совмещающий свои обязанности и на полставки — должность акушерки, не имеет ни времени, ни должной квалификации.



Реформа сельского здравоохранения должна обеспечить не менее одной полной ставки для акушерки фельдшерско-акушерского пункта независимо от числа проживающих сельчан. Только сохранив такой подход, удастся снизить материнскую смертность от преэклампсии (гестоза)!

Основные принципы ведения пациенток с преэклампсией (гестозом)

1. Строгий контроль состояния пациентки (при тяжёлом или среднетяжёлом течении на фоне хронических экстрагенитальных заболеваний или страдания плода беременная **должна находиться в специальной палате** эклампсии для измерения диуреза, мониторингования витальных функций и состояния плода, вблизи поста анестезиолога). Пациенток с тяжёлой преэклампсией (гестозом), особенно при заболеваниях плода (задержка роста, хроническая гипоксия), целесообразно помещать либо в родильные отделения многопрофильных больниц, либо в перинатальные центры, где есть не только условия для оказания экстренной реанимационной помощи женщинам, но и отделение интенсивной терапии новорождённых и II этап выхаживания**.

2. Ведение пациенток совместно с анестезиологом-реаниматологом и терапевтом, круглосуточная лечебно-консультативная помощь профильных специалистов по необходимости.

3. Профилактика полипрагмазии и гипергидратации.

4. Медикаментозное лечение по «золотому стандарту», основанное на принципах доказательной медицины: осмотерапия (внутривенное введение магния сульфата, восполнение дефицита белка, но только при гипопроteinемии менее 50 г/л).

5. Ведение родов на фоне длительной непрерывной эпидуральной анестезии (доказанно снижает АД).

6. Обеспечение регионарного обезболивания в качестве анестезиологического пособия при кесаревом сечении.

* Низкий доход на душу населения в год — основная детерминанта материнской смертности (ВОЗ, 1995).

** Эта уникальная система первичной медико-санитарной помощи была рекомендована Декларацией ВОЗ для всех стран с государственной системой здравоохранения (Алма-Ата, 1978).

Общая **комбинированная анестезия с интубацией трахеи** показана в следующих случаях:

- экламптическая кома либо судороги, не купируемые другими лекарственными средствами (магния сульфатом, диазепамом, тиопенталом натрия);
- дыхательные осложнения (аспирация желудочного содержимого в результате приступа эклампсии);
- альвеолярный отёк лёгких при неэффективности медикаментозной терапии (наркотических анальгетиков, кислорода, фуросемида);
- противопоказания к регионарной анестезии.

Что касается собственно лечения преэклампсии (гестоза), то **во избежание полипрагмазии рекомендуется следующая схема.**

Сульфат магния. Это лекарственное средство первой линии. Препарат вводят инфузوماتом по 1–4 г/ч под контролем диуреза, частоты дыхания, оживлённости коленного рефлекса (лучше — ионограмма).

Первая болюсная доза зависит от степени тяжести преэклампсии (гестоза), её рассчитывают с учётом **исходного уровня АД и массы тела беременной**. В практическом отношении можно придерживаться следующих основных критериев введения магния сульфата.

- При гестозе I степени — до 12–15 г сухого вещества магния сульфата (60 мл 25% раствора) через инфузomat или растворённого в 200–400 мл 5% глюкозы. **0,9% раствор натрия хлорида не используют во избежание передозировки хлоридов.**
- При гестозе II степени — 18–25 г.
- При гестозе III степени и преэклампсии — от 30 до 48 г.
- При лечении эклампсии доза сухого магния сульфата может составлять 50 г в сутки, из них 12,5 г вводят в течение первого часа. Поддерживающая доза вводимого магния сульфата составляет 1 г/ч вне зависимости от степени тяжести преэклампсии (гестоза). Следует продолжить терапию сернокислым магнием и контроль за лабораторными показателями и АД после родоразрешения.

Другие препараты в схеме лечения преэклампсии (гестоза):

- перфторуглероды;
- коррекция гипопротейнемии (с этой целью внутривенно капельно следует вводить 10–20% раствор альбумина; свежемороженая плазма источником белка считаться не может!);
- антигипертензивные препараты (начиная с монотерапии адреноблокаторами центрального действия вплоть до многокомпонентной с ганглиоблокаторами);
- седативная терапия (препараты первой линии — бензодиазепины; решены к применению в течение короткого промежутка времени);

- антиагреганты, при необходимости — антикоагулянты прямого действия следует использовать с большой осторожностью и под контролем гемостазиограммы.

После продолжительной стабилизации АД можно назначить гипербарическую оксигенацию.

Эффективность лечения зависит от тяжести преэклампсии (гестоза) и исходного состояния плода. К **продлонгированию беременности хотя бы до 32–34 нед** следует стремиться, чтобы успеть провести профилактику респираторного дистресс-синдрома, а **после 34–35 нед можно начинать подготовку к родоразрешению**. В настоящее время при тяжёлой преэклампсии (гестозе) предпочтительно кесарево сечение.

Основными показаниями к досрочному родоразрешению при тяжёлой преэклампсии (гестозе) следует считать неэффективность лечения (встречается в 36,8%), острую гипоксию плода, задержку роста плода на фоне лечения (25%), сочетанные показания со стороны матери и плода (30%). **Об эффективности такой тактики ведения пациенток с преэклампсией (гестозом) свидетельствует снижение частоты акушерских кровотечений в данной группе.**

За минувшие 8 лет в наших клиниках удалось добиться снижения частоты акушерских кровотечений при преэклампсии (гестозе) средней и тяжёлой степени в 2,5 раза. Мы объясняем это комплексностью применяемых лечебных мероприятий: мощный гемодинамический эффект эпидуральной анестезии, снижение пред- и постнагрузки на сердце, улучшение микроциркуляции, показателей гемостаза, снижение агрегации эритроцитов, в том числе благодаря перфторуглеродам.

Для **эффективной профилактики и ранней диагностики** преэклампсии (гестоза) в женской консультации следует выделять беременных в группу риска развития преэклампсии (гестоза). В неё войдут:

- женщины с преэклампсией (гестозом) в предыдущие беременности;
- женщины с преэклампсией (гестозом) у близких родственниц по материнской линии;
- многоплодная беременность;
- повышение РІ в маточных артериях, сочетающееся со снижением PAPP-A в 12–13 нед гестации;
- необъяснимое повышение АФП, ХГЧ более 3 МоМ во II триместре;
- снижение плацентарного фактора роста (PIGF) и фактора роста эндотелия (VEGF) в 12–13 нед гестации;
- увеличение растворимой fms-подобной тирозинкиназы (антагониста PIGF и VEGF);
- **копептин — маркер преэклампсии (с 8 нед), связанный с высокой секрецией вазопрессина и снижением секреции аргинина (Lancet, 2015).**

Сочетание данных анамнеза, физических методов исследования (УЗИ) и биохимических показателей в I триместре беременности позволяет выделить **группу высокого риска** реализации преэклампсии (гестоза).

- Анамнез:
 - возраст;
 - вес;
 - курение;
 - ЭКО;
 - диабет 1-го и 2-го типов;
 - гипертензия;
 - коллагенозы;
 - преэклампсия (гестоз);
 - задержка роста плода;
 - гибель плода;
 - преждевременные роды.
- Физикальное обследование:
 - КТР плода;
 - толщина воротникового пространства плода;
 - пульсационный индекс венозного протока;
 - трикуспидальная регургитация;
 - кровоток в *a. hepaticus*;
 - носовая кость;
 - PI в маточных артериях повышен (в норме снижается);
 - среднее значение АД превышает 100 мм рт.ст.
- Биохимический скрининг:
 - β -ХГЧ;
 - ассоциированный с беременностью белок А (РАРР-А);
 - плацентарный фактор роста (PIGF);
 - АФП.

Поскольку в патогенезе преэклампсии (гестоза) фигурируют сосудистые нарушения плацентарного ложа, профилактику тяжёлых её форм необходимо начинать прежде наступления беременности.

Прегравидарная подготовка* должна включать лечение экстрагенитальных заболеваний (особенно почек, сердечно-сосудистой системы). Если эта терапия и не окажется патогенетически значимой, то факт строгого контроля гомеостаза при высоком перинатальном риске позволит избежать тяжёлых осложнений гестоза.

* Прегравидарная подготовка: Клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Только тогда, когда факторы, вызывающие преждевременные роды, будут ясно осознаваемы, станет возможной хоть какая-то разумная попытка их предотвращения.

Nicholson Eastman (1947)

Преждевременные роды — одна из важнейших проблем в охране здоровья матери и ребёнка, поскольку они напрямую влияют на перинатальную заболеваемость и смертность. Преждевременные роды составляют приблизительно 8–10% всех родов в мире, но при этом **российские показатели ниже, чем общемировые**: всего 4,6% (2014) (рис. 6-11)!

Очевидно, что **статистика скрывает истинные цифры**. Вернее, саму статистику подтасовывают: преждевременно рождённых детей с массой тела чуть более 500 г «перебрасывают» в мало кого интересующую категорию «прерывание до 500 г».

Однако утаить шило в мешке, очевидно, не удаётся, ведь во всём мире соматическое нездоровье, внедрение в работу ВРТ и рост числа многоплодных беременностей повышают частоту преждевременных родов, но только не в России.

Аналогичный **подтекст есть и в колоссальном разрыве показателей выживаемости недоношенных детей**. Надо же, в России выживает целых 64% с массой тела при рождении менее 1000 г, а в других развитых странах — только 50%. Цифры даже не несопоставимые, а неправдоподобные. Что же, мы лучше лечим? Нет, мы «по-другому» учитываем (см. рис. 2-17).

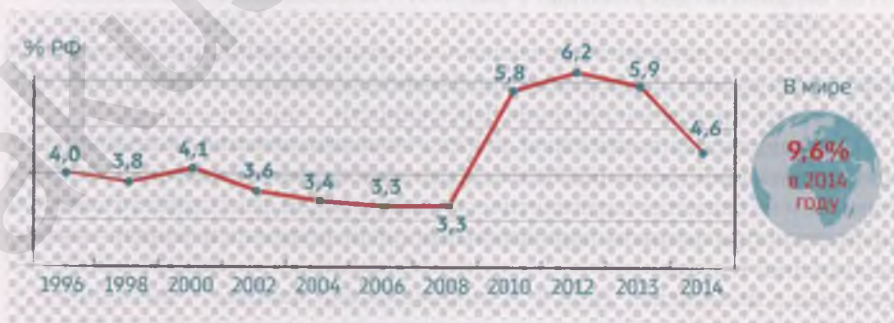


Рис. 6-11. Преждевременные роды: в России и в мире, %.

Переход с 2012 года на регистрацию 500–999-граммовых детей повысил перинатальную смертность, что естественно. Но потом она неожиданно для всех специалистов в этой области стала снижаться, в том числе за счёт уменьшения показателей смертности 500-граммовых и детей до 1 кг. На диаграмме (см. рис. 2-17) видно, как перинатальная смертность 500-граммовых детей в 2013 году чудесным образом совпала с общей перинатальной смертностью. Научились так хорошо выхаживать? Вряд ли. Значит, по-прежнему 560 г «превращаются» в 480 г. Конечно, «перебросить» 1300 г в неучитываемые «980 г» было не так сложно, как, например, выдать за 480 г килограммового ребёнка. Но годы тренировок не прошли даром, и ловкости от здравоохранения в нашей стране продолжают решать «бу-мажную проблему», которая позволяет рапортовать о «достижениях». **Это и есть организационная агрессия в чистом виде.** Незнание реальных цифр мешает руководителям здравоохранения оценить масштаб и реальные перспективы в регионах и по стране в целом (потребности в аппаратуре, медикаментах, кадрах и финансировании после перехода в 2012 году на регистрацию 500-граммовых детей).

Эти искусственно созданные проблемы накладываются на и без этого существующие — **до сих пор многие считают, что переход на учёт преждевременных родов с 22 нед нецелесообразен.** Это понимают во многих экономически развитых странах. Роды на 22–26-й неделе иногда называют «экспериментом», и эти эксперименты имеют неблагоприятные медицинские, социальные и психологические последствия, об этом шла речь ещё на XI Всемирном конгрессе по контраверсиям в акушерстве и гинекологии (Париж, 2008), поэтому **показания к реанимации детей с экстремально низкой массой тела в разных странах различаются** (табл. 6-3).

Если реалистично оценить результаты более чем полувековой научной борьбы с преждевременными родами, то вывод неутешителен — **мы до сих пор не знаем этиологии, точная диагностика затруднительна, существующая профилактика неоднозначна,** эффект от лечения непредсказуем, а экономические затраты на эту проблему колоссальны. Сформулированная Николсоном Истманом (Nicholson Eastman) 70 лет назад аксиома «Только тогда, когда факторы, вызывающие преждевременные роды, будут ясно осознаваемы, станет возможной хоть какая-то разумная попытка их предотвращения» всё ещё актуальна.

Хотя за минувшие 30 лет в мире были достигнуты значительные успехи в выхаживании недоношенных детей (регионализация перинатальной помощи, применение глюкокортикоидов, препаратов сурфактанта, антибиотиков, оптимизация методик ИВЛ, улучшение неонатального ухода), но даже и сегодня преждевременные роды в цивилизованных странах обуславливают до

Таблица 6-3. Рекомендации разных стран по реанимации детей, рождённых с экстремально низкой массой тела

Страна	Срок гестации, нед		
	22–23/6	24–24/6	Более 25
Австрия	Индивидуально	Реанимация	Реанимация
Бельгия	Отказ	Паллиативно	Реанимация
Великобритания	Индивидуально	Индивидуально	Реанимация
Германия	Индивидуально	Реанимация	Реанимация
Дания	Индивидуально	Индивидуально	Индивидуально
Италия	Отказ	Индивидуально	Реанимация
Испания	Отказ	Реанимация	Реанимация
Нидерланды	Отказ	Индивидуально	Реанимация
Норвегия	Индивидуально	Реанимация	Реанимация
Португалия	Индивидуально	Индивидуально	Реанимация
Россия	Реанимация	Реанимация	Реанимация
Словакия	Индивидуально	Индивидуально	Индивидуально
Словения	Отказ	Паллиативно	Реанимация
Турция	Реанимация	Реанимация	Реанимация
Финляндия	Отказ	Индивидуально	Реанимация
Франция	Отказ	Индивидуально	Индивидуально
Чехия	Индивидуально	Реанимация	Реанимация
Швейцария	Индивидуально	Реанимация	Реанимация
Швеция	Индивидуально	Реанимация	Реанимация
Эстония	Индивидуально	Реанимация	Реанимация

70% всей перинатальной смертности. Из всей младенческой смертности до года в цивилизованных странах 80% умирают до месяца. Из этих 80%, в свою очередь, 80% — на первой неделе жизни.

Увы, это пока закономерно. Хуже, что до сих пор умирают в возрасте от 3 до 6 мес — дети с гипотрофией, с кишечной инфекцией, ведь как раз это — предотвратимо.

Факты

- Недоношенность — ведущая причина смертности новорождённых в неонатальном периоде и вторая (после пневмонии) причина смерти детей в возрасте до 5 лет.
- Около 7,5% преждевременных родов становятся причиной 70–80% перинатальных смертей.
- У выживших в 10 раз повышен риск заболеваемости.
- Дети, рождённые преждевременно, имеют более высокую частоту церебрального паралича, нарушений сенсорных органов, проблем обучения и респираторных заболеваний.
- Нарушения, связанные с преждевременными родами, часто отражаются на последующей жизни, приводя к огромным физическим, психологическим и экономическим затратам.

В связи с этим **преждевременные роды стали деликатной проблемой для здравоохранения**. Стоимость выхаживания недоношенных детей весьма высока. Глубоко недоношенный ребёнок изначально болен, он нуждается в высокотехнологичной реанимационной помощи. Нередко недоношенные с экстремально низкой массой тела при рождении имеют не одно заболевание, а сочетание нескольких. Сразу после рождения у таких детей на первый план выходят дыхательные нарушения, поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза. **Погибающие в первые 7 сут жизни новорождённые составляют 67% всех умерших в стране на первом году жизни**. Но даже самое качественное лечение и выхаживание не всегда избавляет недоношенных детей, особенно родившихся с экстремально низкой массой тела, от перспективы инвалидности (нарушение психомоторного развития, слепота, церебральные нарушения, глухота, хронические заболевания лёгких). Выхаживание одного 22-недельного ребёнка может обойтись в несколько сотен тысяч долларов (рис. 6-12).

Основной организационный недостаток — ведение преждевременных родов в родильных домах (отделениях), **неготовых к оказанию эффективной помощи**. Такое случается даже при доступности родовспомогательных учреждений более высокого уровня. Общая для любых роддомов проблема состоит в недостаточности материально-технического обеспечения (современная аппаратура для интенсивной терапии новорождённых, препараты сурфактанта, парентеральное питание и т.п.) и дефиците подготовленного персонала.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) новорождённых — одно из самых частых и тяжёлых заболеваний раннего неонатального периода недоно-



Рис. 6-12. Недоношенный ребёнок требует... «много всего».

шенных детей. Это состояние оказывается причиной смерти примерно 25% таких младенцев, а при рождении на 22–28-й неделе гестации эта цифра достигает удручающих 80%.

Тревожат неадекватность реанимационных мероприятий, оказываемых недоношенным новорождённым (до 30%); относительно редкое применение сурфактанта. Антенатальную профилактику синдрома дыхательных расстройств проводят лишь в трети случаев (рис. 6-13).

Как уже было сказано, **недоношенные формируют 70–80% ранней неонатальной смертности**; мертворождаемость при преждевременных родах регистрируют в 8–13 раз чаще, чем при своевременных родах. Младенческая заболеваемость при недоношивании беременности на фоне задержки роста плода в 2 раза выше, чем у женщин с задержкой роста плода, но с доношенной беременностью.

Даже если высокие технологии в неонатологии позволяют выходить недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, контраст с уровнем дальнейшего наблюдения в амбулаторно-поликлинической сети удручает, да и качество жизни этих новорождённых снижено.

Ведение женщин с угрозой преждевременных родов. Вопросы без ответов?

Все попытки **изменить ситуацию в лучшую сторону будут тщетными без решения двух колоссальных задач**: первая — это всё-таки понять механизм, патогенез, почему же развиваются преждевременные роды, а вторая — это отработать тактику, которая позволит на всех этапах оказания медицинской



Рис. 6-13. Профилактику РДС проводят недопустимо редко.

помощи проводить именно те показанные мероприятия, которые могут отсрочить, предупредить дистресс-синдром, то есть улучшить внеутробное существование плода.

До решения этих проблем пока далеко, даже сам диагноз «угроза преждевременных родов» часто вызывает вопросы. Субъективные признаки — болевые ощущения, анализ влагалищных выделений, пальцевое исследование шейки матки с описательными сомнительными характеристиками мягкости и длины — оказались несостоятельными. Ценность биохимических маркеров преждевременных родов — фетального фибронектина, плацентарного α_1 -микроглобулина (ПАМГ-1), инсулиноподобного фактора роста — оказалась ограничена лишь отрицательным прогностическим значением, положительное прогностическое значение их невысоко. **Новый импульс в диагностике получили с появлением объективных критериев состояния шейки матки — цервикометрии.** Когда с сентября 2012 года все начали измерять шейку матки, оказалось, что форма не имеет решающего значения, только длина сомкнутых внутренних поверхностей стенок цервикального канала. Если она меньше 2,5 см (в Российской Федерации меньше 3 см), то это **настоящие угрожающие преждевременные роды**, или истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). В ближайшие годы наиболее достоверной (но далёкой от идеала) диагностикой угрозы преждевременных родов останется **комбинация биохимических маркеров и цервикометрии.**

Следующая группа вопросов: когда лечить, чем лечить и как лечить? Итак, 50 лет владения токолитиками не привело к снижению частоты преждевременных родов. Да и не могло привести. Вероятнее всего, **причины тут в дру-**

гом, а не только в повышенной активности миометрия. В большинстве стран выявление преждевременной родовой деятельности основано только на субъективных клинических данных, а многие приёмы и методики, считающиеся современными, на деле несовершенны и неадекватны (данные уже упоминавшегося 3-летнего мониторинга). **Агрессивные элементы** в диагностике и лечении угрозы преждевременных родов:

- установление диагноза только на основании жалоб на боли в нижних отделах живота и/или пояснице;
- полипрагмазия с использованием препаратов, не имеющих доказательной базы в отношении эффективности и безопасности;
- неправильное применение токолитиков;
- отсутствие (37%) или неполноценность (37,5%) профилактики респираторного дистресс-синдрома плода с применением дексаметазона (бета-метазона);
- необоснованное родовозбуждение и стимуляция родовой деятельности без достаточных показаний при преждевременном излитии околоплодных вод.

Мы **владеем только двумя лицензированными** токолитиками: β -адреномиметиками и ингибитором окситоциновых рецепторов — атозибаном («Трактоцил»), который называют препаратом выбора среди токолитиков, а его **разработку — прорывом в медикаментозном токолизе.** Действительно, эффективность препарата не вызывает сомнений. Побочные эффекты (тахикардия, тремор, чувство жара) при использовании атозибана выражены слабее, чем при назначении β -адреномиметиков, частота сердечно-сосудистых осложнений меньше. С другой стороны, эффективность по сравнению с теми же β -адреномиметиками сопоставимая, а стоимость атозибана гораздо выше (несколько сотен долларов за курс лечения). Гораздо больше в мире пользуются не лицензированными в России препаратами: блокаторами кальциевых каналов (нифедипином), ингибиторами циклооксигеназы — это нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Токолитическая терапия в России

- лицензированные препараты:
 - β -адреномиметики (гексопреналин — «Гинипрал»);
 - блокаторы окситоциновых рецепторов (атозибан — «Трактоцил»);
- нелицензированные лекарственные средства:
 - блокаторы кальциевых каналов (нифедипин);
 - ингибиторы простагландинсинтетазы (НПВС).

Сульфат магния не относят к токолитикам, вопрос закрыт, уже существует большая доказательная база. Его вводили, поскольку он был дешёв и остаётся дешёвым. Его следует применять для профилактики церебральных нарушений — с 26 до 32 нед. Такой доказанной способностью магний обладает. Токолитической способностью он не обладает, поэтому пытаться остановить им контрактильную активность матки нельзя. Все отсылки на то, что мы капали тысячи капельниц с магнием и пациенткам это помогало, — наивность, это происходило потому, что **никакой угрозы преждевременных родов там не было**.

Историческая справка

Гипотеза, что в основе РДС лежит **структурно-функциональная незрелость системы сурфактанта**, к настоящему времени подтвердилась. Тем не менее первые попытки его использования с лечебной целью не увенчались успехом. Лишь в 1980 году Т. Fujiwara опубликовал первые результаты успешного применения в клинических условиях эндотрахеально вводимого полусинтетического сурфактанта, выделенного из лёгких телёнка. Широко использовать препараты этой группы в клинической практике стали с 1989 года.

Необходимость профилактики РДС до 34 нед уже сомнений не вызывает, а вот **как её проводят — уже вопрос**. Результаты исследований в регионах России поражают — в половине случаев и даже чаще профилактику РДС не проводят вовсе или выполняют не полностью. А вот из тех, кому глюкокортикоиды вводили, при этом неоднократно (?!), преждевременные роды произошли только у каждой пятой пациентки. **Парадокс, ведь токолиз мы и проводим для того, чтобы успеть подготовить лёгкие недоношенного плода в случае неизбежного преждевременного рождения**. Но продолжают терапию глюкокортикоидами без токолиза и токолиз без профилактики РДС. Повторные курсы этими препаратами не просто не нужны — они опасны. У животных (овец) на фоне длительного приёма глюкокортикоидов возможна задержка миелинизации аксонов зрительного нерва плода (Peers A. et al., 1999). Это подтверждено в критериях доказательной медицины: повторные курсы профилактики РДС глюкокортикоидами не нужны — никакого положительного эффекта не выявлено! Контраверсия 2015 года об эффективности повторных введений бетаметазона подлинных подтверждений не получила.

Следующая проблема — **пресловутая профилактика преждевременных родов «по старинке» (препаратами с недоказанной эффективностью)**,

где разгул фантазии поистине безграничен, и, по сути, это наглядный пример паразитирования фармбизнеса, примазавшего свои пустышки к глобальной мировой проблеме. Любимые нашими врачами «четвертушки», «восьмушки» «Гинипрала» уже ликвидированы самим фактом отказа от закупок в РФ таблетированных форм гексопреналина, но вот горстями назначаемый «Магне В₆» упорно не сдаёт позиции, хотя были неоднократные попытки здравомыслящих учёных указать на то, что этот препарат вообще не имеет официально зарегистрированных показаний для применения у беременных (за исключением установленного дефицита магния, причём последнего в «Магне В₆» очевидно недостаточно для восполнения дефицита). Но воз и ныне там. Бессмысленность и небезобидность такой профилактики очевидна. Чтобы прекратить этот абсурд, нужны административная воля и консолидация ведущих акушеров-гинекологов.

Отдельный вопрос — попытка преодолеть раскрытие шейки матки механическими способами для профилактики преждевременных родов. Последние полвека решение вопроса о коррекции ИЦН принимали по результатам субъективного описания — по её длине, по тому, как она пропускает палец и больше, а также если в анамнезе были поздние выкидыши или преждевременные роды. Тогда накладывали швы на шейку матки, ставили пессарии, и более чем за 50 лет у каждого врача накопился достаточный опыт и в выборе методики наложения шва, и в модели пессария, ассортимент которых сегодня весьма разнообразен. Такая широкая трактовка понятия ИЦН до 2012 года приводила к установке пессария, к наложению циркулярных швов, но без измерения длины шейки матки.



Токोलитическая терапия и профилактика РДС показаны только при длине шейки матки менее 2,5 см.

Суть: во многих случаях накладывались швы там, где они были не нужны, когда ИЦН не было и в помине, а сохранение беременности, которое приписывалось швам, на самом деле происходило без их участия. Но после доклада Роберто Ромеро (Roberto Romero) в Риме на конгрессе FIGO в сентябре 2012 года, когда впервые были озвучены цифры серкляжа и постановок пессария в отсутствие истмико-цервикальной недостаточности, этот процесс удалось взять под относительный контроль. И при таком контроле сразу же, через 2 года, к концу 2014 – началу 2015 года, стало возможно проанализировать эффективность наложения циркулярного шва и пессария, и оказалось, эффективность швов, как и пессария, как и β -адреномиметиков, невысока и практически одинакова. К настоящему времени в мировом научном

багаже имеется практически одинаковое количество рандомизированных исследований, показывающих как преимущества, так и, увы, отсутствие таковых при попытке скорректировать такой сложный диагноз, если он действительно имеет место, — истмико-цервикальную недостаточность — с помощью швов.

Однако за это время появилась агрессия, о которой раньше и речи не могло быть. Откуда этот бред развился — никто не знает, но кто-то стал накладывать швы, а сверху ставить пессарий. Такого абсурда представить невозможно. Это нас возвращает в середину 50-х годов XX века, когда ещё не было опыта наложения швов по Виталу Широдкару (Vithal Nagesh Shirodkar) — с этих швов начиналось лечение ИЦН в Советском Союзе, — потом по Б. Сценди (B. Szendi), по А.И. Любимовой. **Швы накладывали, думая, что нужно затянуть поплотнее, а в итоге оказалось, что создавали условия для молниеносного анаэробного сепсиса.** Потом поняли, что для оттока отделяемого из матки кончик пальца должен проходить в цервикальный канал. Вот тогда и пришло понимание, что **любое наложение швов влечёт за собой инфицирование.** Если поверх шва наложить ещё тугой пессарий, то оказывается, что мы сами создаём условия для развития анаэробов и прочей флоры, которая может привести к самым страшным последствиям. Поэтому, пока не поздно, надо немедленно законодательно это прекратить — способ нигде и никем не описан. Какие-то малограмотные, прямо скажем, люди, которые не понимают, чем чревато «закупоривание» таких микроорганизмов, **совершают опасное для жизни женщин деяние.** Но нормальный серкляж при отсутствии патогенной флоры при доказанной ИЦН допустим, но опять-таки с пониманием того, что это, увы, не панацея.

Не влияют на частоту преждевременных родов:

- приём поливитаминов;
- белково-энергетические добавки во время беременности;
- назначение препаратов кальция;
- постельный режим;
- усиленное антенатальное наблюдение.

Панацеи от преждевременных родов нет. Но отсюда должен следовать вывод, что если мы не в состоянии узнать на современном этапе причину выкидышей, преждевременных родов, то они не должны числиться в показателях, оцениваемых при анализе работы женской консультации. Женская консультация на эти два показателя, увы, повлиять не может. Так же, впрочем, как и на развитие или неразвитие преэклампсии. Поэтому **современ-**

ные организационные мероприятия должны базироваться на доказательных данных, а не на тех устаревших представлениях, что лучше та консультация, где меньше преждевременных родов, и, наоборот, хуже — в которой их больше. Не побоюсь повторить: никакого реального влияния на их частоту женская консультация оказать не может.

Тактика в случае преждевременного излития околоплодных вод

Изыскание оптимальной тактики ведения преждевременных родов — неотъемлемая составляющая интранатальной охраны плода. Излишняя торопливость в родоразрешении пациенток с преждевременным завершением беременности характерна для ситуации с дородовым излитием околоплодных вод.

Снова о контраргументах

Вопрос об оптимальных сроках родоразрешения при преждевременном разрыве плодных оболочек окончательно не решён. А почему? Исторический опыт, бережно сохранявшийся в среде советских акушеров-гинекологов, стал менее востребованным. Современные врачи знают, что длительный безводный промежуток не повышает вероятность послеродового сепсиса, как это было принято считать ранее.

По утверждениям Е.Я. Карагановой и соавт. (2007), выжидательная тактика при преждевременном излитии околоплодных вод (без агрессивного ведения родов) снижает риск асфиксии ребёнка при рождении в 4 раза, одновременно в 4 раза уменьшается число кесаревых сечений. Сторонники активно-выжидательной тактики критикуют родовозбуждение вскоре после преждевременного разрыва плодных оболочек при неподготовленной шейке матки. Продолжительность выжидательного периода должна быть индивидуальной. Чрезмерно поспешное родовозбуждение повышает вероятность аномалий родовой деятельности и экстренного кесарева сечения.

«Аппаратных» новорождённых от пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод почти в 2 раза больше, чем не нуждающихся в ИВЛ. Почему такое возможно? Мы изучили основные причины столь тяжёлого состояния недоношенных детей при рождении. Всё нижеперечисленное — элементы акушерской агрессии.

1. Необоснованный отказ от анте- и интранатального токолиза.

В группе «аппаратных» новорождённых токолитическая терапия была проведена лишь 45,2% беременных с дородовым излитием околоплодных вод. Мы полагаем, что **интранатальный токолиз** (подавление контрактиль-

ности) важен не только для создания необходимой экспозиции и подготовки лёгких недоношенного плода (в отличие от антенатального токолиза при угрожающих преждевременных родах или дородовом излитии вод), но и для регуляции родовой деятельности.

По нашим данным, **отсутствие токолиза в I периоде родов повышает частоту быстрых и стремительных родов** (рис. 6-14) и родовых травм у детей.

2. Медикаментозное родовозбуждение в 9,7% при сроке беременности 28–31,5 нед по причине приближения безводного промежутка к 12 ч.

3. Пренебрежение профилактикой РДС (47,4%).

4. Неэффективное обезболивание родов (94,8%).

Подавляющее большинство матерей будущих «аппаратных» недоношенных остались в родах без обезболивания. И это при том, что физиологическая денервация матки и перестройка симпато-адреналового звена регуляции сократительной деятельности матки завершаются только к доношенному сроку гестации (Чудинов Ю.В., 1987). Поэтому каждая схватка во время преждевременных родов — это стресс для матери и шок для плода! Чрезмерно сильные симпато-адреналовые реакции, возникающие на фоне боли, необходимо корректировать (рис. 6-15). Поэтому для обезболивания преждевременных родов методом выбора признана эпидуральная анестезия, обеспечивающая регионарный симпатический блок (Lieberman E. et al., 2002).

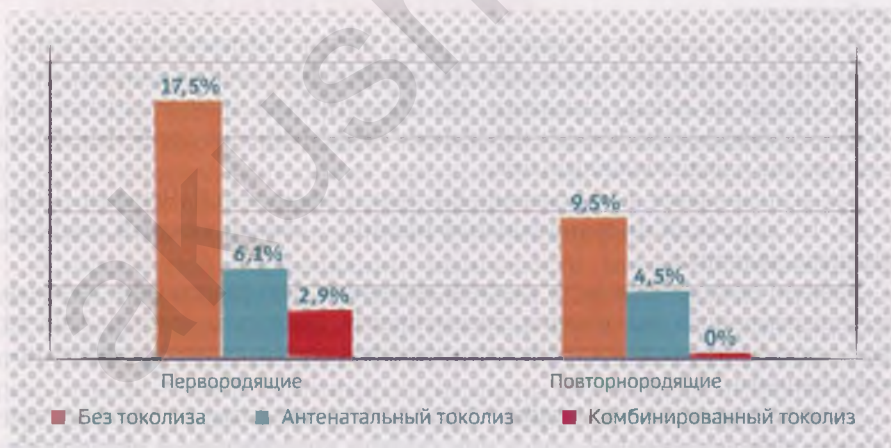


Рис. 6-14. Частота быстрых и стремительных преждевременных родов в зависимости от проведения или отсутствия токолиза.

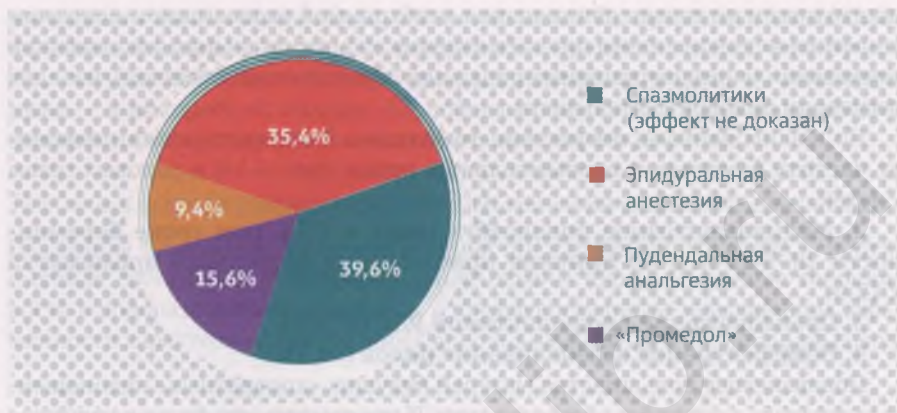


Рис. 6-15. Обезболивание преждевременных родов.

5. Необоснованное экстренное кесарево сечение у 22,6% беременных, не имеющих показаний для немедленного родоразрешения, но...

6. ...неоправданное пренебрежение абдоминальным родоразрешением в интересах плода.

Запоздалый перевод новорождённых в реанимационные отделения и на II этап выхаживания повышает смертность недоношенных, особенно при массе тела 500–1000 г, не меньше, чем перечисленные выше акты акушерской агрессии.

И ещё. При сравнении дородового риска (возраст беременных, экстрагенитальные и гинекологические заболевания, репродуктивный анамнез, признаки страдания плода) оказалось, что статистически значимых различий между матерями «аппаратных» и дышащих самостоятельно детей (как доношенных, так и недоношенных) нет.

Тут вспоминается высказывание Е.Т. Михайленко и М.Я. Чернеги (1988) о том, что **короткий интранатальный период — самый важный этап онтогенеза человека.**

Именно поэтому важность тактики ведения и родоразрешения в случае преждевременного завершения беременности настолько высока. Иногда роль этого фактора превосходит даже значение гестационного возраста новорождённого.

Для подтверждения приведём собственные результаты, полученные при анализе преждевременных родов при тазовом предлежании и недоношенной беременности. Исследование было многоцентровым (Москва, Казань, Ростов-на-Дону, Барнаул). Особенно серьёзной оказалась проблема способа

родоразрешения: новорождённых, нуждавшихся в ИВЛ, среди рождённых через естественные родовые пути было **в 3,5 раза больше**, чем среди извлечённых абдоминально (50 и 14,3% соответственно).

Эти **данные подтверждают закономерность** того, что удельный вес операций кесарева сечения в интересах плода растёт, в том числе при недонашивании беременности. Значит, требуются дальнейшее изучение показателей к кесареву сечению и оптимизация вмешательства при преждевременных родах.

В большинстве перинатальных центров мира только 40% преждевременных родов начинаются самопроизвольно; в остальных случаях происходит абдоминальное родоразрешение. Очевидно, что исход родов для плода, **заболеваемость новорождённых при оперативном прерывании беременности существенно отличаются от исходов самопроизвольных преждевременных родов**. Вот результаты анализа различных исходов 96 преждевременных родов на сроке 28–33 нед. Из них 17 были самопроизвольными и 79 закончились операцией кесарева сечения. Мертворождаемость при самопроизвольных родах составила 41%, а при кесаревом сечении — 1,9%. Ранняя неонатальная смертность составила, соответственно, 30 и 7,9%.



Тремя китами, на которых зиждется здоровье недоношенного ребёнка, считают уровень внутриутробного благополучия, срок беременности, тактику родоразрешения.

Подтверждает разницу в исходах при различных способах родоразрешения тот факт, что риск интранатальной травматизации плода при преждевременных родах **в 7 раз выше**, чем при своевременном родоразрешении. У детей с экстремально низкой массой тела чаще всего обнаруживают неврологическую симптоматику, дисфункциональные расстройства жизненно важных систем. Наиболее опасны внутрочерепные кровоизлияния.

В собственном **исследовании зависимости между перинатальной смертностью и способом родоразрешения** было установлено, что более 2/3 умерших недоношенных были рождены через естественные родовые пути (Златовратская Т.В., 2008). По мнению Р.И. Шалиной и соавт. (2004), кесарево сечение — самый бережный способ родоразрешения при недоношенной беременности, в том числе если ребёнок экстремально маловесный (менее 1000 г), но и этот способ не позволяет полностью исключить травматизацию. Самыми убедительными представляются последние данные Н.В. Башмаковой (2013): **кесарево сечение снижает перинатальную смертность**

с 26 нед и не влияет на этот показатель, если беременность менее указанного срока.

Перинатальную смертность при преждевременных родах можно несколько снизить, проводя родоразрешение путём кесарева сечения (табл. 6-4), но повлиять на неонатальную заболеваемость, особенно детей с малой и экстремально малой массой тела, не получится. Здоровье детей, родившихся ранее 32 нед гестации, зависит от заболеваний матери (экстрагенитальных, инфекционных и др.) и от осложнений беременности (тяжёлой преэклампсии, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты). Параллельно существует мнение, что **преимущество абдоминального родоразрешения перед самопроизвольными родами при массе плода менее 1500 г нет, за исключением жизненных показаний со стороны матери.** Такая точка зрения основана на сведениях о том, что выраженная церебральная дисфункция у глубоко недоношенных бывает одинаково часто и после самопроизвольных родов, и после экстренного кесарева сечения.

Не решён вопрос о целесообразности выполнения в эти сроки корпорального кесарева сечения, нижний сегмент матки в это время ещё не «развёрнут». В разработке находятся сроки и тактика родоразрешения женщин при преждевременных родах и задержке роста плода. Есть и оговорка: **в случае прогрессирующего ухудшения состояния или задержки роста плода предотвратить антенатальную гибель плода можно, лишь прибегнув к досрочному родоразрешению, даже при недоношенной беременности (разумеется, если есть возможность оказать полноценную неонатальную помощь).** И в этой ситуации вновь встаёт вопрос о выборе метода родоразрешения.

В нашем исследовании частота кесарева сечения у **пациенток с недонашиванием беременности** без задержки роста плода составила 25,5%. При доношенной беременности и задержке роста плода операций было почти в 3 раза больше (73,3%). На фоне недонашивания беременности основная часть операций была выполнена по экстренным показаниям (почти у половины обследованных — преждевременная отслойка плаценты). А вот **при доношенной беременности** и задержке роста плода у 3/4 женщин показания были относительными (задержка роста плода III степени, ухудшение показателей функционального состояния плода, усугубление гемодинамических нарушений и маточно-плацентарно-плодового кровотока, нарастание тяжести гестоза). Такая **сумма показаний отражает высокую степень перинатального риска.**

При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности лучше придерживаться выжидательной тактики, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома плода. Антибиотики показаны профилактически. Если необходимо родоразрешение путём операции планового кесарева сечения, то желательно его проводить не ранее 3-х суток

пребывания в стационаре (как минимум следует дождаться эффекта дексаметазона, а если позволяет ситуация, «дотянуть» до 32–34 нед гестации). Если осложнений ни у матери, ни у плода после 34 нед не наступило, следует отказаться от введения любых медикаментов.

Таблица 6-4. Зависимость неонатальной заболеваемости недоношенных новорождённых с задержкой антенатального роста от метода родоразрешения

Анализируемые показатели	Кесарево сечение (n=74)		Программированные роды (n=72)	
	Плановое	Экстренное	Программированные роды	Экстренное кесарево сечение
Перинатальные поражения ЦНС	86,5% (n=64)	13,5% (n=10)	80,5% (n=58)	19,5% (n=14)
Синдром угнетения	65,6% (n=42)	70% (n=7)	31% (n=18)	71,4% (n=10)
Синдром возбуждения	31,2% (n=20)	30% (n=3)	62% (n=36)	28,6% (n=4)
Судорожный синдром	12,5% (n=8)	60% (n=6)	13,7% (n=8)	14,3% (n=2)
Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости	18,7% (n=12)	40% (n=4)	36,2% (n=21)	42,8% (n=6)
Респираторный дистресс-синдром I типа	68,7% (n=44)	80% (n=8)	31% (n=18)	42,8% (n=6)
Метаболические нарушения средней и тяжёлой степени	50% (n=32)	100% (n=10)	40% (n=23)	42,8% (n=6)
Реализация внутриутробных инфекций	6,3% (n=4)	10% (n=1)	37,9% (n=22)	14,3% (n=2)
Общий отёчный синдром	93,7% (n=60)	90% (n=9)	88% (n=51)	78,6% (n=11)

Пути улучшения исходов преждевременных родов

Преждевременные роды — это рождение больного ребёнка больной матерью. Заболеваемость маловесных недоношенных новорождённых зависит от рациональности дородовой подготовки и антенатального состояния плода. К преждевременным родам и маловесности плода предрасполагают:

- досрочные роды в анамнезе;
- курение;
- инфекционные заболевания;
- бактериальный вагиноз;
- преждевременное излитие околоплодных вод;
- истмико-цервикальная недостаточность;
- аномалии строения матки;
- неустроенность семейной жизни;
- низкий социально-экономический статус;
- вредные факторы внешней среды.

Условия прорыва

Для родовозбуждения при недоношенной беременности и зрелой шейке матки назначают окситоцин. При достижении **нормальных параметров родовой деятельности** (три схватки за 10 мин) введение утеротоников прекращают.

Условия ведения преждевременных родов через естественные родовые пути таковы.

- Интранатальный токолиз.
- Адекватное обезболивание (предпочтительна эпидуральная анестезия). Во II периоде преждевременных родов необходимо продолжать регионарную анестезию (ведение таких родов без обезболивания следует расценивать как неоказание медицинской помощи!).
- Перинеотомия (дискутабельно для повторнородящих).
- Отказ от акушерского ручного пособия по защите промежности.
- Интранатальный кардиотокографический мониторинг.
- Обязательное присутствие неонатолога в родильном зале.

Во многих странах проблему преждевременных родов пытаются решать, внедряя программы по отказу от курения. Доказана взаимосвязь между преждевременными родами и бессимптомной бактериурией, бактериальным вагинозом, не пролеченным до 20 нед беременности. Однако **почти 30%**

преждевременных родов происходит без видимой причины, и в обозримом будущем этот показатель вряд ли снизится, поэтому лечебно-диагностические изыскания необходимо продолжать, но сейчас главная задача заключается не в них.

Внимание!

Даже при отсутствии условий для реанимации новорождённых 75% недоношенных можно спасти посильными недорогими методами:

- профилактика РДС;
- материнская забота и тепло (метод «кенгуру»);
- своевременная антибактериальная терапия;
- квалифицированная базовая неонатальная помощь.

Речь идёт совсем о другом: **главная проблема сейчас — организационная, и именно на её решение необходимо бросить все силы**, для того чтобы суметь оказать адекватную помощь недоношенному ребёнку, матери которого не удалось эффективно пролонгировать беременность, там, где была настоящая угроза преждевременных родов, завершившаяся преждевременными родами.

Решение этой задачи заключается в регионализации и маршрутизации. Здесь уже сыграли свою роль перинатальные центры. Они созданы именно для преждевременных родов, для маловесных детей, для преэклампсии, а не для лечения, скажем, гипертонической болезни. Этого в лицензированной деятельности перинатального центра нет.



Приказ №572н, который требует больных женщин госпитализировать и родоразрешать в учреждениях по профилю заболевания, всё ещё до конца не реализован, но перспективен для исполнения.

Уже сегодня за неполных два года получены потрясающие результаты в перинатальных центрах, куда из учреждений I и II уровней доставили беременных с начатой профилактикой РДС, токолизом β -адреномиметиками, реже — атозибаном («Трактоцилом»), **первую дозу которого начинали вводить ещё на I уровне**, чтобы спокойнее транспортировать роженицу (вторые две дозы ей введут в перинатальном центре). На многих территориях 80% преждевременных родов, а в ряде «компактных» регионов, например в Курской области, даже больше происходит именно в перинатальных центрах.

Поэтому именно в хорошо работающих учреждениях перинатальная смертность может быть выше, чем в территории. Но в территории она устойчиво снижается. Это главный признак хорошо работающего перинатального центра: родоразрешение происходит там, где с момента рождения или абдоминального родоразрешения неонатологи, реаниматологи-неонатологи способны справиться с этими детьми, включая младенцев с экстремально низкой массой тела. Отладка этой модели и распространение её на всю территорию Российской Федерации — вот то основное, чем сейчас следует заниматься организаторам здравоохранения в первую очередь.

Резюмируя, ещё раз повторю — исход преждевременных родов зависит от правильности решения двух важных организационных задач: во-первых, **роды должны происходить в стационаре соответствующего уровня** (с квалифицированным персоналом и современной аппаратурой для интенсивной терапии новорождённых), во-вторых, **необходимо выполнить профилактику РДС.**

Диагностическая и лечебная тактика досрочных родов последний раз была пересмотрена в июне 2016 года **на XXV Конгрессе EAGO**, состоявшемся 18 июня в Маастрихте (Нидерланды). Рабочая группа «Преждевременные роды» под председательством **Жана Карло ди Ренцо** (Gian Carlo Di Renzo) и **Луиса Каберо Роура** (Luis Cabero Roura), состоящая из ведущих мировых специалистов, распределила разделы разрабатываемого Европейского протокола по терапии и диагностике преждевременных родов, я был назначен **координатором-куратором** раздела «Токолиз».

Основные положения Руководства по ведению пациенток с самопроизвольными преждевременными родами будут изложены в этой главе.

Диагностика преждевременных родов

Как уже сказано выше, ориентироваться только на субъективные болевые ощущения или чувство дискомфорта нельзя — это приводит к массовой гипердиагностике. Напротив, считая, что «раз женщину ничего не беспокоит, то с шейкой всё в порядке», можно с удивлением обнаружить плодный пузырь, пролабирующий во влагалище. **Каждый врач сталкивался с этой ситуацией — ни одной схватки нет, а шейка укорачивается**, достигает сглаживания и раскрытия на несколько сантиметров. Без единой схватки! Такова шейка матки.

Разрубить этот «гордиев узел» помогла цервикология — молодая наука (учение о шейке матке), быстро развивающаяся в последние 5–7 лет, но уже давшая ощутимые плоды. Цервикология показала, что всё дело в гистологическом строении шейки матки: 70% объёма представлено соедини-

тельной тканью, артерии практически отсутствуют, в отличие от мощного мышечного аппарата тела матки, где те же 70% представлены гладкой мускулатурой (рис. 6-16).

Поэтому **бесполезно надеяться**, что β -адреномиметики или атозибан (не говоря уже о сульфате магния) смогут обеспечить плотность и сохранность шейки матки. Это обеспечивается на уровне биохимического межклеточного взаимодействия.

Оказалось, что есть группа белков, которые запускают эти структурные изменения шейки матки — **разрыхление, укорочение, сглаживание, раскрытие**, и обнаружены гены, которые кодируют синтез этих белков. И когда мы узнаем свойства этих белков и научимся нивелировать их патохимические иницирующие влияния на изменение шейки матки, может быть, мы сумеем уменьшить число преждевременных родов. Картина пока не очень радостная, не очень перспективная. Неизвестно, когда всё это произойдёт, поэтому ВОЗ и не собирается в ближайшие годы уменьшить число преждевременных родов. Но **измерять длину шейки матки мы в состоянии, поэтому новый протокол требует во всех европейских странах осуществлять скрининговое определение длины шейки матки с помощью трансвагинального ультразвукового исследования для всех беременных па-**



Рис. 6-16. Контраверсии структур и функции (макро- и микроанатомия матки).

пациенток вне зависимости от акушерского анамнеза на 19–23-й неделе гестации. Пограничное значение длины шейки матки — менее 25 мм (нижний 10-й перцентиль у женщин низкого риска на 14–30-й неделе гестации), но ещё раз повторимся — длины **сомкнутой** части.

В качестве вспомогательных методов диагностики можно применять биохимические тесты, и среди имеющихся лучше всего изучен тест, основанный на выявлении в цервикальной слизи фетального фибронектина. Однако **ценность этого теста**, как и определение только фосфорилированного белка-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста, и длины шейки матки, может быть ограничена лишь отрицательным прогностическим значением, учитывая его **низкое положительное прогностическое значение**.

Новый протокол рекомендует использовать у пациенток с длиной шейки матки от 15 до 25 мм тест на биомаркеры, сочетающий самые высокие отрицательные и положительные прогностические значения, который может быть проведён сразу после влагалищного исследования. Согласно имеющейся на сегодняшний день литературе, по-видимому, это тест, основанный на определении ПАМГ-1.

Профилактика преждевременных родов и коррекция ИЦН

Беременным с укорочением шейки матки по данным УЗИ (25 мм и менее) **вне зависимости от акушерского анамнеза при отсутствии сократительной активности матки** следует назначать терапию вагинальным прогестероном для профилактики преждевременных родов и неонатальных осложнений.

Рекомендуемая протоколом схема — вагинальный микронизированный прогестерон ежедневно в любой из двух форм: мягкие вагинальные капсулы 200 мг («Утрожестан») или вагинальный гель 90 мг. Беременным с преждевременными родами или поздним абортom во II триместре в анамнезе (а такие пациентки, как правило, известны и состоят на учёте в территориальной женской консультации) следует назначать микронизированный прогестерон («Утрожестан») даже до установления факта беременности, просто при задержке менструации, и 17 α -гидроксипрогестерона капроат в виде ежедневных инъекций с начала II триместра. Однако следует признать, что эти схемы эффективны только при одноплодной беременности, при многоплодии их применение дискутабельно.

Женщинам с предшествующими самопроизвольными преждевременными родами, одноплодной беременностью и длиной шейки матки по данным цервикометрии **менее 25 мм до 24 нед** следует предлагать на-

ложение кругового или П-образного шва на шейку матки для профилактики преждевременных родов. Накладывать швы на шейку матки можно в дневном стационаре при учреждении III уровня под регионарной анестезией. Необходимость токолиза после наложения швов определяют индивидуально, в зависимости от реакции маточной мускулатуры на процедуру.

Мой коллега, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии школы медицины «Маунт Синай» (Mount Sinai), директор Госпитального центра Квинса (Нью-Йорк), проф. **Александр Фукс** прекрасно показал, что он, занимаясь пролабирующими плодными пузырями при недоношенной беременности, погружает пузырь катетером Фолея и накладывает циркулярный шов. Но когда он стал применять микронизированный прогестерон, то срок, который и так был не очень большой (не месяцы, но 2–3 нед), увеличился. Не на много, но на 5–7 дней.

Такие попытки научного поиска, которые мы сейчас предпринимаем, необходимо продолжать для того, чтобы **хоть каким-то образом попытаться нивелировать настоящее начало преждевременных родов** либо мнимое, но в любом случае увеличить срок нахождения ребёнка в матке до того предела, который будет разумным. Однако необходимое дополнение — на основании имеющихся данных не следует накладывать швы на шейку матки при многоплодной беременности, а также не убедившись в отсутствии инфекции и воспаления.

Что касается использования акушерских пессариев в качестве альтернативы швов, то, по имеющимся на сегодняшний день данным, они потенциально могут быть ценными для профилактики преждевременных родов у пациенток высокого риска, особенно у нерожавших женщин, и могут быть полезны у беременных женщин с короткой шейкой матки, вынашивающих двойню, вне зависимости от их акушерского анамнеза.

Однако в отношении пользы шеечных пессариев у женщин с короткой шейкой матки сведения противоречивы как при одноплодной, так и при многоплодной беременности. Именно поэтому для прояснения всех вопросов необходимы дальнейшие рандомизированные контролируемые исследования хорошего качества.

В плановом порядке снимают швы или извлекают пессарий при достижении 37 нед беременности (можно в амбулаторных условиях). Досрочное снятие швов или удаление пессария может потребоваться в следующих ситуациях:

- необходимость экстренного родоразрешения;
- несвоевременное излитие околоплодных вод;
- развитие родовой деятельности;
- признаки хориоамнионита.

Противопоказания для наложения швов или введения пессария

Если преждевременно развилась родовая деятельность, то проводят острый токолиз. Цели острого токолиза: основная — **отсрочить родоразрешение для профилактики РДС** глюкокортикоидами и/или организации перевода на родоразрешение в учреждение соответствующего уровня; вторичная — отсрочить родоразрешение, чтобы позволить плоду максимально вырасти в надежде на снижение перинатальной смертности и заболеваемости. Какими препаратами мы на сегодняшний день владеем? Зарегистрированы в Российской Федерации только две группы: β -адреномиметики (гексопреналин) и блокаторы рецепторов к окситоцину (атозибан), гораздо шире используются незарегистрированные.

Зарегистрированные препараты:

- атозибан («Трактоцил»);
- β -адреномиметики.

Незарегистрированные препараты:

- ингибиторы синтеза простагландинов;
- блокаторы кальциевых каналов;
- доноры оксида азота;
- сульфат магния.

Токолиз проводят до достижения вышеуказанных целей, затем целесообразность внутривенного введения препаратов **решается индивидуально**. Как правило, он либо изначально неэффективен и родовая деятельность не поддается, но полезная функция интранатального токолиза — снижение контрактильности и внутриутробная реанимация — продолжается, либо за следующие 2–3 сут угроза преждевременных родов будет полностью купирована. Назначение «половинок», «четвертинок» таблетированных форм β -адреномиметиков («Гинипрал»), как уже дважды отмечалось, — абсурд, уже отклонённый федеральными протоколами. **Во время и после токолиза следует оценивать состояние плода — пребывание его в утробе матери снижает перинатальную смертность только при условии адекватного восполнения его потребностей**. Если ребёнок не получает нормального питания, находится в стрессовом состоянии, то его лучше извлечь на божий свет — опять же в том учреждении, где ему будет оказана максимальная помощь, — чем продолжать истощать его компенсаторные возможности.

Противопоказания к токолизу

Абсолютные противопоказания:

- гибель плода;
- аномалия плода, несовместимая с внеутробной жизнью;
- дистресс плода;

- тяжёлая задержка внутриутробного роста;
- хориоамнионит;
- тяжёлая нестабильная преэклампсия или эклампсия;
- прогрессирующая отслойка плаценты;
- противопоказания к токолизу со стороны матери.

Относительные противопоказания:

- срок беременности более 34 нед;
- зрелость лёгких плода;
- умеренная метроррагия;
- задержка внутриутробного роста, не влияющая на жизнеспособность.

Магнезиальная терапия не рассматривается как токолиз, её главное положительное свойство — улучшение неврологических исходов у недоношенных детей, и только с этих позиций следует обсуждать её назначение. Канадский институт исследования здоровья (Canadian institutes of health research, CIHR) считает необходимым проводить внутривенную инфузию магнезии при «неминуемых преждевременных родах». Под «неминуемыми преждевременными родами» понимают **высокую вероятность развития активной родовой деятельности при раскрытии шейки матки 4 см и более** или плановое преждевременное родоразрешение по показаниям со стороны матери или плода. Доказана польза введения сульфата магния в период с 26 до 32 нед (в зарубежных руководствах пишут 31/6). В течение первых 30 мин проводят инфузию со скоростью 4 г/ч, затем — поддерживающая дозировка 1 г/ч до момента рождения, в идеале её начинают за 4–6 ч до родов. Если нет опасности преждевременных родов в ближайшие 24 ч, инфузию сернокислой магнезии не проводят. **Одновременно проводить магнезиальную терапию и токолиз нельзя.** Эффективность повторных курсов магнезиальной терапии доказательств пока не имеет.

Применение микронизированного прогестерона пока имеет противоречивые доказательные данные. С одной стороны, доказано ингибирующее влияние прогестерона на биохимический каскад, ведущий к релаксации шейки матки, с другой — на Конференции по контраверсиям в акушерстве, гинекологии и вопросам бесплодия (Controversies in obstetrics, gynecology & infertility, COGI), состоявшейся в декабре 2014 года в Париже, был озвучен доклад, что применение прогестерона обосновано только теоретически и не имеет объективного подтверждения. Но большинство исследований показывает его эффективность, поэтому новый **Европейский протокол по преждевременным родам** рекомендует в случае выявления укорочения шейки матки (25 мм и менее) **вне зависимости от акушерского анамнеза** вагинальный прогестерон для профилактики преждевременных родов в дозировке 200 мг («Утрожестан») или 90 мг, если используется вагинальный гель. Но эта схема не работает при многоплодной беременности.

Профилактика респираторного дистресс-синдрома

Профилактика РДС глюкокортикоидами — обязательный компонент лечения угрозы прерывания (уровень доказательности 1А), она существует с 1972 года и доказала свою эффективность. **Профилактика необходима всем беременным при выраженной угрозе преждевременных родов**, разрыве плодных оболочек на сроке гестации от 24 до 34 нед или при подготовке к досрочному родоразрешению в этот период по медицинским показаниям. По последним сообщениям, глюкокортикоиды положительно действуют при пороговом сроке жизнеспособности — в 22–24 нед.

С этой целью **беременным с выраженной угрозой преждевременных родов** (укорочение шейки матки, контракильная активность матки, преждевременный разрыв плодных оболочек, «неизбежность преждевременных родов») вводят бетаметазон или дексаметазон при отсутствии противопоказаний сразу после поступления в родильный стационар, одновременно начиная «острый» токолиз, **затем решается вопрос о переводе беременной в учреждение более высокого уровня**. Именно в таком порядке, а не наоборот. Назначают один антенатальный курс глюкокортикоидов в одном из следующих вариантов:

- бетаметазон: 1 амп. 12 мг (6 мг фосфата + 6 мг ацетата) в/м каждые 24 ч; всего 2 дозы (24 мг); продолжительность — 1 сут;
- дексаметазон: 6 мг в/м каждые 12 ч; всего 4 дозы (24 мг); продолжительность — 1 сут.

При введении бетаметазона врачи должны знать, что он **вызывает временное уменьшение двигательной активности плода** и незначительное изменение сердечного ритма. Эффективность повторного курса гормонов пока не нашла доказательной базы, но вопрос дискутируется. Необходимость и относительная безопасность профилактики РДС глюкокортикостероидами **подтверждена исследованием отдалённых воздействий у родившихся недоношенными**, но после проведённой профилактики у этих детей отсутствуют нарушения в 6-летнем возрасте (возможно некоторое нарушение зрительной памяти), нормальное поведение и двигательная функция в 7–10 лет, нормальное физическое и психологическое развитие в возрасте 12 и 20 лет, нормальное развитие сердечно-сосудистой системы и психологическое развитие в возрасте 30 лет (за исключением повышенной инсулинорезистентности).

Особенности техники операции кесарева сечения при преждевременных родах

Недоношенность сама по себе не служит **обоснованным показанием для кесарева сечения**, за исключением случаев, когда имеются другие показа-

ния: задержка внутриутробного развития, тазовое предлежание и двойня с любым предлежанием, кроме затылочного. Если ребёнок не достиг жизнеспособного срока, кесарево сечение не рекомендовано.

Кесарево сечение выполняют под спинальной или эпидуральной анестезией доступом по Пфанненштилю в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом по Дерфлеру (менее травматично для тканей матки). **Извлечение в целом плодном пузыре (см. ниже) менее травматично для недоношенного и маловесного ребёнка** (рис. 6-17). Промежуток времени между извлечением и помещением новорождённого в кювез минимизируют при активном участии неонатолога. При «очень ранних преждевременных родах» лучше выполнять истмико-корпоральное кесарево сечение.

На статистике по нескольким регионам России было доказано, что при преждевременном завершении беременности и тазовом предлежании плода оптимальный метод родоразрешения — кесарево сечение (**особенно в 30–34 нед**; вероятно, с этого времени влияние одного из «китов» здоровья — срока гестации — ослабевает, а значение **тактики родоразрешения возрастает**).

Если угроза преждевременных родов наступает на фоне задержки роста плода, то не следует любой ценой пролонгировать беременность до доношенных сроков, поскольку при запоздалом лечении (начатом лишь в III триместре) тяжесть хронической плацентарной недостаточности только усугубляется. Для преждевременного родоразрешения в этой ситуации также предпочтительнее кесарево сечение. **Сроки родоразрешения беременных с задержкой роста плода** зависят от тяжести основного заболевания матери и степени компенсации плацентарной недостаточности.

Особенностью кесарева сечения при преждевременных родах должно стать извлечение плода в плодном пузыре. Это технически не сложная, хотя



Рис. 6-17. Находясь внутри пакета с водой, яйцо остаётся невредимым при падении: то же самое происходит с плодом.

и не всегда получающаяся операция позволяет снизить травматизацию ребёнка, неизбежную при соприкосновении с самыми умелыми и нежными руками хирурга-акушера (рис. 6-18).

Первичную реанимацию, стабилизацию состояния и терапию дыхательных нарушений у новорождённых проводят **в соответствии с методическими рекомендациями** Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины «Принципы ведения новорождённых с респираторным дистресс-синдромом» (Володин Н.Н., 2016). Ранняя диагностика, своевременные профилактика и лечение, преемственность между амбулаторным и стационарным звеньями родовспоможения, **строгий отбор показаний для госпитализации** в круглосуточный или дневной стационар, дифференцированный подход к выбору тактики родоразрешения беременных с хронической плацентарной недостаточностью позволяют снизить уровень перинатальной смертности недоношенных новорождённых в 1,5 раза.

Важно, но до конца не изучено! На Всемирном конгрессе COGI* (2010) и в Маастрихте (2016) прозвучала мысль о «поздних» преждевременных родах — 36–37 нед (по некоторым данным — 35). Оказалось, что исход родов в эти сроки достоверно хуже, чем в 33–34 нед. Связывают это с тем, что **мозговые структуры, ещё незрелые в 33 нед, успевают к 35–36-й неделе стать более совершенными**, а поэтому... более чувствительными к гипоксии.

На кафедрах физиологии студентам в XX веке демонстрировали опыт с лабораторными животными разного возраста, «поднимаемыми на высоту». Когда откачивают воздух из эксикатора, в результате гипоксии («горной болезни») взрослая особь погибает, а новорождённая — нет. Помните почему? Именно по причине незрелости и меньшей чувствительности тканей к дефициту кислорода. Теория «поздних преждевременных родов» кажется справедливой, особенно если вспомнить народные представления о недоношенных детях: «7-месячные выживают, а 8-месячные умирают». Судя по всему, в этом наблюдении есть рациональное зерно, отражающее ситуацию до создания системы родовспоможения, а главное — неонатальной службы.

Возможная акушерская тактика при преждевременных родах и многоплодной беременности

Как минимум один ребёнок из каждой второй двойни и как минимум девять детей из каждых 10 троен рождаются раньше времени. При этом методики, действительно позволяющие снизить частоту преждевременных родов и перинатальную смертность при одноплодной беременности (препараты проге-

* Всемирный конгресс COGI — World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility; Всемирный конгресс по контраверсиям в акушерстве, гинекологии и преодолению бесплодия.



Рис. 6-18. Этапы извлечения плода в плодном пузыре при кесаревом сечении.

стерона и профилактика РДС глюкокортикоидами), имеют гораздо меньшую эффективность при многоплодии. Финансовый анализ говорит о том, что наиболее дорогостоящими становятся многоплодные роды на 27-й неделе гестации — стоимость одного эпизода составляет €169 571, в основном за счёт расходов на выхаживание детей в отделении интенсивной терапии и лечение заболеваний дыхательной системы.

После рождения первого плода возникает парадоксальная ситуация — женщина становится родильницей, но одновременно остаётся беременной. В сложившейся акушерской практике действовали определённые стереотипы — выполняли амниотомию, вводили утеротоники, чтобы сразу завершить эту беременность. Но уже появляются данные, что не всегда рождение одного плода должно обязательно прекратить беременность для остальных*.

Историческая справка

Обязательное, практически единомоментное рождение всех детей при многоплодной беременности стало прямым следствием развития акушерской модели XX века. Если обратиться к классикам, то становится очевидным, что специалисты прошлых столетий отмечали как норму несколько иную временную последовательность событий: между родами первого и последующего плодов иногда проходили часы, недели и даже месяцы.

В медицинских сообщениях XIX века описаны многоплодные роды с перерывом в недели и даже месяцы: в 1853 году в третьем номере немецкого журнала «Хирургия и акушерство» было опубликовано сообщение врача «Хофера из Бибераха» (Hofer in Biberach), который описал роды тройней, продолжающиеся около 9 дней, когда каждые 3 дня рождалось по незрелому младенцу. Изданный в Лионе (1826) «Отчёт о процедурах» приводит сообщение Левре (Levret) о беременности двойней, в середине которой произошёл выкидыш мёртвой девочкой, а в конце — роды живым здоровым мальчиком. В изданных в 1824 году в Филадельфии «Медицинских записях» описан случай рождения мёртвого мальчика (с самопроизвольным выделением его последа) на 7-м месяце и рождением спустя 59 дней живого здорового ребёнка. Карл Браун (Carl Braun Ritter von Fernwald) в «Руководстве по акушерству» (1860) прямо указывал: «...Не должно разрывать второго пузыря даже спустя несколько часов по рождении первого младенца, потому что при незрелости второй плод может на несколько недель остаться в матке до совершенного созревания».

* Подробно об этом рассказано в статье «Целесообразность расширения протокола “Преждевременные роды” по тактике ведения досрочного родоразрешения при многоплодной беременности» в журнале «StatusPraesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак» (2015. №2 [25]).

Отто Шпигельберг (Otto Spiegelberg) в учебнике акушерства (1884) развивал ту же идею: «...Если другой плод, совершенно целый, лежит в матке, и эта последняя опять приходит в состояние покоя, то ввиду значимых нам случаев дальнейшего развития второго плода после рождения первого и рождения его после значительного промежутка уместно будет воздерживаться от всяких мер по ускорению родов, пока состояние матери не требует их настоятельным образом. Сказанное выше о родах двойнями относится в существенных чертах к рождению и ведению родов тройнями и четвернями».

Но через 15–20 лет стали преобладать другие подходы: «...следует массировать матку и возбуждать её к сокращению после рождения первого плода» (Эрнст Бумм [Ernst Bumm], 1907). В 1922 году Н.И. Побединский уже констатирует: «...Промежуток времени между рождением первого и второго близнеца обыкновенно равняется нескольким минутам, но может пройти и несколько дней. Большей частью рождение второго близнеца ускоряют искусственно».

Существующие в России и в мире наработки позволяют отсрочить рождение второго плода при недоношенной беременности. По данным Биргит Арабин (B. Arabin) и Джим ван Эйк (J. van Eysck), в случае начала родов до 25 нед гестации выживаемость первых плодов составляла 0%, а вторых — 50%. Существуют данные и по России: описаны три случая пролонгирования беременности для второго плода из двойни после рождения первого в сроках 20, 22, 25 нед. Все первые плоды погибли интранатально; промежутки до рождения второго плода составили 23, 15 и 84 сут. Все вторые дети выжили и были выписаны из стационара.

Конечно, риск пролонгирования беременности должен быть очень тщательно взвешен; об этом писали и все упомянутые выше классики акушерства XIX века: «...сохранять, если нет веской причины со стороны здоровья и состояния матери». Сегодня в арсенале акушеров представлены инструментальные и лабораторные методы, позволяющие определить риск пролонгирования беременности в этой ситуации. А добиваемся мы в этом случае созревания второго ребёнка **в лучшем природном инкубаторе** — матке — на тех сроках беременности, когда пролонгирование имеет решающее значение для прогноза его здоровья и жизни.

Эта тактика предлагает в сроке беременности от 20 до 34 нед после рождения первого плода и наложения скобки на пуповину при интактных плодных оболочках второго плода и удовлетворительном состоянии матери — нормальных показателях ЧСС и АД, температуре тела не выше 37,5 °С, количестве лейкоцитов в крови не более $20 \times 10^9/\text{л}$ — соблюдать «час тишины». Влагалищное исследование в это время не проводят, прекращают введение всех

препаратов с сохранением периферического венозного доступа (с токолитической целью возможно внутривенное струйное применение 2 мкг гексопреналина сульфата в разведении на 10 мл физиологического раствора).

Конечно, эта техника требует пребывания в стационаре III уровня, согласия матери и отсутствия противопоказаний. В случае удовлетворительного состояния плода/плодов и нормального функционирования плацентарного комплекса, что устанавливают по результатам УЗИ, беременную переводят в палату. В дальнейшем проводят токолитическую и антибактериальную терапию. **Если рождение первого плода произошло без профилактики РДС, то её начинают сразу после родов для второго плода.** В дальнейшем возможно рассмотреть вопрос о наложении швов на шейку матки.

Противопоказания для пролонгирования беременности после рождения первого плода:

- хориоамнионит;
- прогрессирующая отслойка плаценты сохраняющихся в матке плодов;
- кровотечение;
- заболевания или состояния матери, не позволяющие пролонгировать беременность;
- нарушения состояния плода/плодов, требующие родоразрешения;
- неблагоприятный прогноз для плода/плодов (например, ВПР).

НЕАДЕКВАТНЫЕ СРОКИ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Нет более точного критерия истины, чем практика. На нынешнем этапе развития родовспоможения только данные доказательной медицины пригодны для решения вопроса об обоснованности метода родоразрешения в той или иной акушерской ситуации.

Как известно, роды — генетически детерминированный, веками отлаженный физиологический процесс, завершающий беременность, и от правильности ведения родов во многом зависит перинатальный исход (состояние матери и новорождённого).

Зачастую наши знания о том, что представляет опасность для беременной и плода, базируются на ошибочных положениях, и мы начинаем активные действия, имеющие **далеко идущие последствия**. Следуя по укоренившейся привычке однажды проторённой акушерской тропой, мы оказываемся в порочном круге: неадекватная стратегия родоразрешения → мертворождение или больной ребёнок → больной подросток → больные родители.

Смена поколений (каждые 20–25 лет) приводит к вступлению в репродуктивный период **биологически ослабленных родителей**. В связи с этим растёт заболеваемость новорождённых. Так, необдуманно поступив в нашей судьбоносной работе, мы не только расписываемся в собственной врачебной несостоятельности, но и вредим здоровью последующих поколений.

Как показывает практика, выбор времени и метода родоразрешения зачастую затрудняет не только начинающих специалистов, но и опытных врачей. Свойственная современному акушерству **высокая технологичность родов**, изобилие новейшего оборудования и лекарственных препаратов различного действия приводят к постепенной утрате представлений о ценности естественного течения родов. Ужасно, что это важнейшее для человека событие превращается в медикаментозно управляемый процесс.

Итак, стратегия родоразрешения для перинатального исхода исключительно важна, но всегда следует помнить: лучше всего — и безопаснее — этот процесс регулирует **сама природа**. К сожалению, полностью застраховаться от экстремальных ситуаций в родах (преждевременный разрыв плодных оболочек с развитием амнионита, преждевременная отслойка плаценты, выпадение петли пуповины и др.) нельзя. Но это аргумент для повышения доступности необходимой экстренной помощи и разработки методов прогнозирования этих факторов, а не повод для бессмысленного вмешательства в процесс родов.

Родовая травма* — **убедительная иллюстрация того, как выбор тактики ведения родов** влияет на перинатальные заболеваемость и смертность.

Особняком стоит понятие «акушерская травма». Таковая возникает вследствие оказания акушерских пособий при осложнённых родах.

Есть мнение, что группу заболеваний новорождённых, которые возникли ещё в период внутриутробного развития или вследствие гипоксического поражения органов и тканей во время родов, также следует считать родовой («биохимической») травмой.

Наиболее распространённые травмы: из 100% травмированных детей в неонатальном периоде выявляют кефалогематомы (38,1%), переломы ключицы (35–45,7%) и бедра (14,3%). Паралич лицевого нерва наблюдается у 0,6% травмированных детей, извлечённых с помощью выходных акушерских щипцов. Более тяжёлые травмы встречаются редко. Родовую травму спинного мозга и плечевого сплетения имеют 2,3% травмированных новорождённых, парезы и параличи Дюшенна–Эрба — 4,2% детей, парез диафрагмы — 3,1% (Кравченко Е.Н., Кривчик Г.В., 2006).

* Родовая травма — нарушения целостности и расстройства функций тканей и органов ребёнка, возникающие во время родов (МКБ-10, P12–P15).

Зарубежные авторы считают, что родовая травма приводит к ранней неонатальной смертности 0,8–19% детей, в России родовая травма — причина смерти 8,4% новорождённых.

Цифры

При самопроизвольных родах и головном предлежании кефалогематома обнаружена у 4,9% умерших детей, при тазовом предлежании — у 3,4% младенцев, а при наложении акушерских щипцов и вакуум-экстракции — у 31,7%.

У живых новорождённых кефалогематомы встречаются с частотой 0,5–1,8%, причём чаще у доношенных детей мужского пола. Различные кровоизлияния в позвоночный канал и спинной мозг выявлены при самопроизвольных родах и головном предлежании в 25,3% случаев, при тазовых предлежаниях — в 27,6% случаев и при родовспомогательных операциях — в 39% случаев.

В структуре заболеваемости новорождённых доля родовой травмы велика (41,9%). Ежегодно в России регистрируется до тысячи инвалидов с детства, причём **родовую травму и тяжёлое состояние 2–3% из них эксперты связывают с избыточными и непоказанными медицинскими вмешательствами в родах.**

Интересные данные были получены при опросе врачей. Вопрос звучал так: «С чем вы связываете возникновение родовых травм и послеродовых осложнений?» Взаимосвязь избыточного медицинского вмешательства с нарушением физиологического течения родов признали только 23% респондентов, лидировали варианты «неадекватное поведение женщины в родах» (29%) и «несвоевременная диагностика осложнений беременности и родов» (28%).

Как показывает практика, 35–63% перинатальных повреждений предотвратимы при ограничении акушерской агрессии, отказе от необоснованных вмешательств в ходе беременности и родов. Без витальных показаний не надо вмешиваться в основной процесс жизнеобеспечения человечества! Без достаточных оснований «назначать» дату родов нельзя!

Когда эти постулаты пытаются довести до врачей во время съездов, конференций, возражений из зала не слышно. Но, вернувшись в своё учреждение, уже на следующий же день врач, увидев в своей палате новую поступившую женщину с доношенной беременностью, продолжает участвовать в отлаженном механизме, **из которого она вырваться уже не сможет.** Здесь действует уже упомянутый нами, сформулированный 40 лет назад постулат «только госпитализировав женщину в стационар, врач женской



консультации может считать свою задачу выполненной». Наложённый на сегодняшние экономические реалии, в которых существуют стационары, этот постулат приводит к **чудовищному результату**: выписать не можем, долго держать невыгодно — значит, рожать! Вместо того чтобы выписать женщину домой дожидаться начала родов, её обрекают на родоразрешение «по решению консилиума». К «исполнению приговора» её готовят, назначив 5–10 препаратов (вот она, пресловутая полипрагмазия!). Некоторые из этих средств просто вредны, например **эстрогены** (не влияют на готовность к родам, как полагали до открытия «кальциевого канала», но **подавляют синтез пролактина** и обуславливают гипогалактию).

Этот тип медицинского насилия не поддаётся выявлению, а стало быть, управляем в перспективе. Но есть и скрытый от глаз общественности, в том числе от медицинской, **целый пласт акушерской агрессии**, реального вклада которой в перинатальную заболеваемость не знает никто. И дело не в том, что трудно вычислить последствия того или иного агрессивного воздействия до и в начале родов (амниотомии и родостимуляции без показаний) и в периоде изгнания (так называемое «пособие» по Кристеллеру), а в том, что истинного числа этих вмешательств мы не знаем: их в большинстве случаев не фиксируют. И это сокрытие говорит о многом. Получается, врач знает (предполагает), что его действия негативно влияют на исход родов, что в случае честного разбора возможных последствий неизбежны санкции в его адрес. Почему же это его не останавливает?



Причины этой подпольной деятельности различные: низкие моральные качества (меркантильный интерес), отсутствие гражданской позиции («...я делаю как все, но ведь не я один такой»), низкий профессионализм (бездумное подчинение «старейшинам»), а иногда это полная административно-организационная анархия в учреждении, когда сами руководители показывают пример безнаказанности подобных действий. А поскольку единых стандартов и законодательной базы для работы акушера-гинеколога в России нет, пациентка часто остаётся один на один с подобным врачом.

И весь этот ужас — на фоне прогрессирующей депопуляции и уменьшения доли детей в структуре населения. Самое тяжёлое впечатление производят **так называемые «аппаратные» дети**, родившиеся в тяжёлом состоянии, нуждающиеся в реанимационных мероприятиях, в том числе в ИВЛ. Среди причин настолько неблагоприятных перинатальных исходов чаще всего встречается именно акушерская агрессия, а вовсе не длительное страдание плода.

Между тем специалисты ВОЗ считают, что какие-либо вмешательства в процесс деторождения не обязательны. Они мотивируют это тем, что **80% родов** вопреки современной врачебной трактовке **не патологические**. Да, необходимо внимательно наблюдать и быть готовым вмешаться, но исключительно при осложнениях в родах.

Требуется разработка стандартизованных подходов, позволяющих рационально вести роды как физиологические, так и осложнённые. И самое главное — необходимо повысить квалификацию врачей и акушеров. Врачу нельзя закостеневать. Важно **уметь анализировать** потребность в том или ином медицинском вмешательстве, уметь признаваться в заблуждениях и агрессивности некоторых акушерских подходов, оценивать соответствие назначений конкретной акушерской ситуации. Ещё важнее, как говорит акад. РАН Г.М. Савельева, «имея 40–50-летний стаж, **уметь отказаться** от неумных действий и внедрять доказанные новые!» Отсутствие такой идеологии может оказаться причиной перинатальных потерь.

Говоря о неадекватных сроках родоразрешения, чаще всего мы имеем в виду излишнюю поспешность в родоразрешении пациенток с недоношенной беременностью, особенно в случае преждевременного разрыва оболочек родового излития околоплодных вод.

Безусловно, не в силах акушера-гинеколога обеспечить рождение здорового ребёнка в 100% родов, особенно при не зависящих от него факторах — инфицировании плода, выраженной гипоксии и глубоком недонашивании. Тем не менее, **выбрав наиболее щадящий способ** родоразрешения, мы можем избежать дополнительного травмирования плода. На сегодняшний день в арсенале акушеров есть методы антенатальной оценки статуса плода как объекта родов, и если в роды вступает заведомо ослабленный, гипотрофичный или недоношенный ребёнок, чьи резервные возможности ограничены, то это лишний повод для раздумий врача о возможности и необходимости бережного родоразрешения (в зависимости от акушерской ситуации — кесарево сечение или программированные роды).

ПРОГРАММИРОВАННЫЕ РОДЫ: ЗА И ПРОТИВ, ИЛИ НЕ СПОТКНУТЬСЯ НА ФИНИШЕ

В мире нет единой точки зрения на программированные роды. Противники полагают, что, пытаясь закончить беременность прежде, чем начнутся спонтанные роды, мы сами провоцируем развитие осложнений; сторонники, напротив, парируют эти доводы аргументами о предотвращении осложне-

ний. Дистанцировавшись от обеих крайностей, приходится признать: у кого именно мы будем получать с помощью дополнительных методов исследования информацию о том, что дальнейшее пребывание плода в утробе матери **несёт в себе риск его гибели** или же состояние материнского организма начинает страдать, невзирая на проводимое лечение, и в этих случаях беременность необходимо завершить. К тому же нельзя не учитывать, что численность персонала, а соответственно, доступность ряда процедур варьируется в медицинском учреждении в зависимости от времени суток, что приходится учитывать при планировании родоразрешения беременной с высоким перинатальным риском. Увеличение числа таких беременных в популяции, соответственно, приводит к росту доли программированных родов.

Терминология

- Программированные роды — искусственно вызванные роды по показаниям со стороны матери и/или плода.
- Они могут быть преждевременными, своевременными и запоздалыми.
- «Программированные роды» в России идентичны «индуцированным родам» за рубежом.
- «Программированные (элективные) роды» за рубежом — завершение беременности при сроке 39 нед и более при подготовленной шейке матки в произвольно выбранное время, оптимальное для матери, плода или акушерского учреждения.

До настоящего времени нет чёткого определения понятия «программированные роды». Некоторые исследователи считают, что «программированными» можно называть только роды, которые вызывают с целью предупреждения перенашивания беременности, когда плод и родовые пути достигли полной зрелости, а **спонтанная родовая деятельность не начинается**, но медицинских показаний к немедленному родоразрешению нет. Искусственное же родовозбуждение при беременности высокого перинатального риска или наличие медицинских показаний они предлагают классифицировать как «индуцированные роды» (при этом гестационный срок не регламентируется). Также в ходу термины «элективные роды», «роды по расписанию». По сути, **программированные роды представляют собой плановое родоразрешение беременной через естественные родовые пути.**

Основные причины учащения программированных родов связывают с внедрением новых технологий в диагностике плацентарной недостаточности, возможностью мониторингового наблюдения за состоянием плода, по-

явлением новых лекарственных препаратов, якобы ускоряющих подготовку организма беременной к родам, а также с доступностью препаратов для родовозбуждения и стимуляции родовой деятельности.



Сторонники: «Программированные роды — своевременное родоразрешение в дневное время с учётом “зрелости” шейки матки, мониторингом состоянием плода и сократительной деятельности матки при оптимальных условиях организации работы родильного блока, проводимое при наличии медицинских показаний (высокая степень перинатального и акушерского риска) или в качестве профилактики перенашивания беременности».

Проблема 41-й недели другого решения не имеет!

Активное управление родовым актом, по мнению некоторых авторов, не только уменьшает продолжительность родов (в среднем 2–6 ч у первородящих), но и позволяет контролировать родовую деятельность, благодаря чему случаев слабости и дискоординации родовой деятельности становится меньше. **Снижается частота кесарева сечения при программированных родах у женщин с высоким перинатальным риском (перенашивание беременности, длительно текущий гестоз, мало- и многоводие и др.).**



Противники: «Программированные роды — фактор риска развития аномалий родовой деятельности, так как “навязанный” характер родовозбуждения приводит к нарушениям сократительности матки и увеличению частоты гипотонических маточных кровотечений после родов». Родам для удобства персонала — нет!

Однако мы убедились, что достичь результатов возможно лишь при биологической готовности родовых путей беременной, возможности мониторингового контроля сократительной деятельности матки, при необходимости — на фоне управляемого и дифференцированного введения утеротоников (Вученович Ю.Д., 2006).

Учитывая разноречивость и неоднородность данных литературы, Американская ассоциация акушеров-гинекологов рекомендует прибегать к программированным родам только в том случае, если риск родоразрешения для матери и плода ниже, чем дальнейшее пролонгирование беременности.

Помимо неоконченного спора о пользе и вреде программированных родов, существует ещё комплекс нерешённых проблем — показания к ним до

сих пор представляют собой список переменных величин, постоянно оспаривающихся и обновляющихся. Усугубляет неразбериху часто используемая подмена понятий: **перенашиванием** называют срок беременности в 40 нед и 1 день, маловодием — незначительное снижение индекса амниотической жидкости, характерное для конца беременности, и т.д.

В настоящее время показаниями для программированных родов считают:

- длительно текущий или тяжёлый гестоз (преэклампсию);
- перенашивание или тенденцию к перенашиванию беременности;
- хроническую гипоксию плода;
- плацентарную недостаточность;
- экстрагенитальные заболевания матери, требующие прекращения беременности.

В некоторых протоколах встречаются такие показания, как многоводие, маловодие и макросомия, хотя последняя фигурировала в методическом письме Минздравсоцразвития России №1813-ВС от 13 марта 2008 года «Кесарево сечение в современном акушерстве» как показание к абдоминальному родоразрешению в случае массы более 4500 г при первых родах. В последних рекомендациях (письмо Минздрава России от 6 мая 2014 года №15-4/10/2-3190) **это показание к кесареву исчезло**, так как «определение размеров плода клинически и по ультразвуковым данным не может точно выявить плодово-газовую диспропорцию». Маловодие и многоводие как показания к программированным родам варьируются в каждом учреждении по-своему, независимо от индекса амниотической жидкости, поэтому провести достоверный анализ пользы или вреда программированных родов в этих случаях по имеющимся публикациям невозможно.

Следующие **спорные вопросы**: на каком сроке лучше всего родоразрешать женщину? как прогнозировать дату родов при точно известном сроке беременности? как оптимально родоразрешать при перенашивании? Мы до сих пор не имеем точных ответов на эти важные вопросы.

В нашей стране перенашивание и запоздалые роды принято диагностировать лишь по подсчитанному сроку беременности. Термин «продолжительная беременность» (срок беременности более 42 нед, а по результатам инструментальных исследований **признаков перенашивания нет**) использовался только в России до 1995 года; в МКБ-10 такая нозологическая единица отсутствует: код O.48 — «Переношенная беременность» — не содержит подрубрик. Такое же отношение к срокам переношенной беременности у ВОЗ: понятие «продолжительная беременность» ВОЗ исключает из использования как «не основанное на весомых доказательствах».

Но ещё раз повторимся — диагноз «переношенная беременность» правомочен только с 42 полных недель беременности или 294 дней. Все инсинуа-

Основные условия программированных родов:

- соответствие уровня акушерского стационара имеющимся у женщины осложнениям беременности;
- подсчёт суммы баллов пренатальных факторов риска;
- наличие показаний;
- отсутствие противопоказаний;
- выработка индивидуального плана ведения родов;
- «зрелая» шейка матки;
- плановая амниотомия;
- партография;
- мониторинг состояния плода и родовой деятельности;
- адекватное обезболивание;
- постоянная оценка интранатального прироста факторов риска;
- своевременное изменение тактики родоразрешения;
- оценка эффективности проведённых программированных родов.

ции на эту тему в 40 или 41 нед оставим на совести авторов, но к науке они отношения не имеют.

В мире существует одна **общая проблема** под названием «41+». Плюс должен быть ограничен 6 днями. После — истинное перенашивание. Главное — правильное определение срока беременности. Какую опасность представляет истинное перенашивание?

Так, по данным М. Wang (2014), при истинном перенашивании достоверно увеличивается частота гипоксии и асфиксии плода, возрастает опасность аспирации меконием, повышается перинатальная смертность. Причём, как показывают другие исследования, достаточно информативное комплексное антенатальное наблюдение (УЗИ, КТГ, доплеровское исследование и прочее) **не может полностью исключить риск** внезапной дородовой гибели плода в этом сроке, даже на фоне полного благополучия (0,5–1 случай на 1000 беременностей).

Аналогичная тенденция прослеживается и с неонатальной заболеваемостью: родоразрешение в сроки 43 нед и более коррелирует с наивысшими цифрами: 164,5%. Вот, к примеру, цифры для сравнения: в 41 нед — 10,8% (Вученович Ю.Д., 2007). Частота гипоксически-ишемических поражений ЦНС также возрастает по мере перенашивания беременности: в 40–41 нед — 2,9%, после 42 нед — 12,5%.

Небезопасность перенашивания подтверждается результатами ультразвуковой фето- и плацентометрии.

- При переносимой беременности практически не растут бипариетальный размер головки плода, переднезадний размер груди, боковой размер груди, переднезадний размер живота, зато увеличивается боковой размер живота.
- В 42 нед гестации у каждой пятой, а в 43 нед — у каждой третьей беременной выявляют крупный плод (макросомию). Частота родовой травмы при крупном плоде составляет 8,5%, при нормотрофичном плоде — 5,6%.
- Риск аспирации мекониальных вод в случае запоздалых родов возрастает в 4 раза.
- Выявляется гипотрофия плода с частотой 9,9%, III степень зрелости плаценты с множеством петрификатов, что предсказуемо с позиций диагностики наибольшей частоты различных форм плацентарной недостаточности в сроки свыше 41,5 нед.

Допплерометрическое исследование кровотока в магистральных артериях плода показало, что **по мере перенашивания беременности** снижается перфузия в аорте плода, нарастает спазм ренальных артерий, происходит централизация кровообращения, усиливается кровоснабжение головного мозга плода. После 41,5 нед беременности достоверно снижается балльная оценка биофизического профиля: усугубляются нарушения двигательной активности, сердечной и дыхательной деятельности, снижается мышечный тонус плода.

Опасность **акушерского бездействия** при перенашивании подтверждается и тем, что при родоразрешении в 43 нед новорождённые получили самую низкую оценку по Апгар, причём достоверного улучшения на 5-й минуте отмечено не было ($6,02 \pm 0,23$ балла на 1-й минуте и $6,71 \pm 0,32$ — на 5-й минуте). У этих детей чаще всего возникали кефалогематомы и аспирационный синдром (в совокупности — 19,4%).

Исследователи сходятся во мнении, что программированные роды — наилучший метод родоразрешения при перенашивании. В какой срок лучше всего прибегнуть к этому методу?

В уже упомянутом обзоре М. Wang (2014) приводятся данные, что индукция родов в 41 нед **немного снижает частоту** кесаревых сечений и не влияет на процент послеродовых осложнений — кровотечений и воспалительных заболеваний, хотя ранее публиковались обзоры, утверждавшие обратное (Caughey A., 2007). Также противоречивы данные об аспирационном синдроме у новорождённых: от наибольшей частоты при экстренном абдоминальном родоразрешении (17%) (Baskett T.F. et al., 2006) до достоверного преобладания при спонтанных родах (Вученович Ю.Д., 2007).

В перспективе внести ясность в столь противоречивые сведения поможет стартовавшее 1 сентября 2015 года в четырёх университетских клиниках и одной окружной больнице Швеции (годовой оборот 65 тыс. родов) многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование под названием SWEPIIS (SWEDish Post-term Induction Study). Цель исследования: сравнительный анализ индукции родов в 41 нед у здоровых женщин с низким риском при одноплодной беременности и **выжидательной тактике** с индукцией родов у аналогичных беременных в 42 нед. Срок окончания исследования — 31 августа 2018 года, будем ждать результатов.

Не менее спорным оказался вопрос о том, в котором часу оптимально начинать родовозбуждение. По мнению Е.Т. Михайленко и М.Я. Чернеги (1988), наилучшее время для родовозбуждения — 19.00–3.00, 13.00–18.00 (по законам фотопериодичности сроков начала и окончания родовой деятельности). Авторы доказывают, что эффективность индукции родовой деятельности, начатой в это время, выше в 9 раз, чем при стимуляции в утренние часы. Это объясняется деятельностью эпифиза и **циркадным ритмом** синтеза мелатонина, влияющего на индукцию родов и сократительную деятельность матки.

Но как же происходит на самом деле? Перечисленные выше часы никогда не выполняются, поскольку «программировать» роды начинают в угоду режиму лечебного учреждения с утра. Неудивительно, что многие исследователи отрицательно относятся к самой идее программированных родов, считая их «родами для удобства персонала». А. Lerchl (2005) в своей статье «Где воскресные дети?» приводит результаты анализа частоты рождения детей в выходные дни за период с 1988 по 2003 год в Германии, сравнивая полученные данные с аналогичным показателем за 1900–1950 годы. Оказывается, с 1988 по 2003 год **интенсивность родов** в рабочие дни была достоверно выше, чем в воскресенье (на 17,8%). Что касается частоты программированных родов в будние дни, то автор отмечает, что в пятницу число родов было на 8,1% больше, чем в остальные рабочие дни.

Нами показано (Златовратская Т.В., 2008), что философия современного родовспоможения (спешка, ускорение родов) **небезразлична для ребёнка**. Больше всего неблагоприятных родов, когда новорождённым потребовались реанимационные мероприятия, произошло в будние дни с 8.00 до 15.00, а не на ночных дежурствах.

Наиболее благоприятными (меньше всего родилось детей, нуждавшихся в ИВЛ) были ночные и предутренние часы (4.00–7.00), неблагоприятными — 8.00–10.00 (сдача и принятие дежурства), а также 22.00–23.00, когда дежурная бригада оценивает «перспективы на ночь» и решает, к кому (не всегда обобщенно) применить активную тактику (рис. 6-19). Очевидно, что попытка

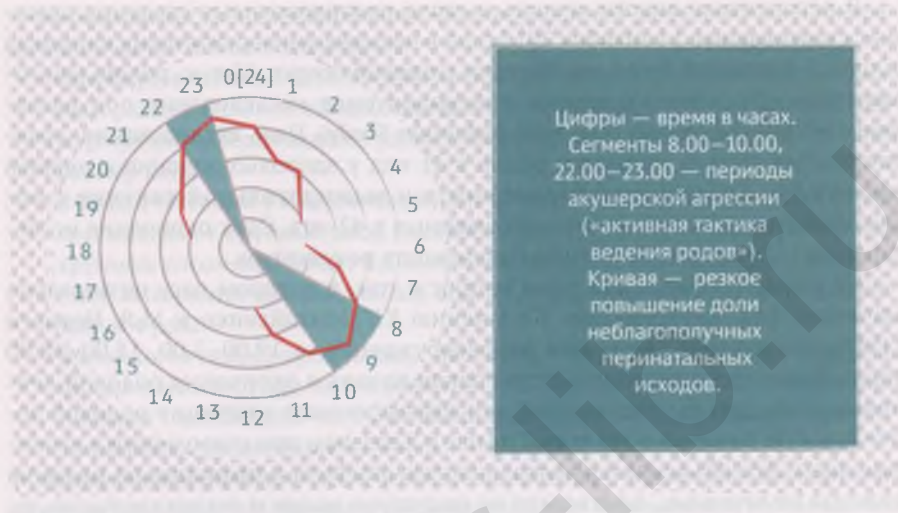


Рис. 6-19. «Опасные» часы в работе родильных домов.

оптимизировать **сроки начала** и продолжительность родов часто противостоит естественна и ущемляет интересы ещё не рождённого ребёнка.

Конечно, здесь речь не идёт о программированных родах при истинном перенашивании, как раз напротив, в этом случае выжидательная тактика опасна. **Родовозбуждение при зрелых родовых путях предпочтительно — развитие родовой деятельности после амниотомии без медикаментозного родовозбуждения происходит у большинства беременных при перенашивании со зрелой шейкой матки (77,8%)**. Дозированное применение утеротоников потребовалось только 27,8% беременных; продолжительность родовозбуждения при этом составила в среднем 2 ч 48 мин (Вученович Ю.Д., 2007). Обидно, что обезболивание при самопроизвольных родах проводят в 2 раза реже, чем при программированных (46,6 и 90,1% соответственно), регионарная анестезия улучшает гемодинамические показатели матери, ликвидирует дискоординацию маточной мускулатуры, улучшает плацентарный кровоток, уменьшает восприятие боли и эмоциональное напряжение.

Следующий дискуссионный вопрос — целесообразность амниоскопии при перенашивании беременности. При амниоскопии мы видим только нижний полюс пузыря и передние воды, поэтому результаты этого исследования так часто расходятся с оценкой околоплодных вод при амниотомии. Некоторые исследователи, например Мишель Оден, ещё 10 лет назад относили метод

к «историческим», но предлагают использовать эту методику при невозможности качественной КТГ и УЗИ.

Физиологическое снижение объёма околоплодных вод. По результатам наших исследований, маловодие при перенашивании беременности не повышает вероятность перинатальных потерь при программированных родах, поэтому мы согласны с тем, что считать маловодие противопоказанием к программированным родам нельзя (Verrotti S. et al., 2004).

Итак, пациенток с перенашиванием лучше всего вести по протоколу программированных родов, и **метод родоразрешения** следует соотносить со степенью перинатального риска. В соответствии со стратегией перинатального риска плановое абдоминальное родоразрешение в нашем исследовании произошло у 101 женщины с высокой степенью (80,8%), а экстренное — у 24 (19,2%).

Все преимущества программированных родов **бледнеют и исчезают**, как только от протокола хоть чуть-чуть отступают и начинаются импровизации — манипуляции, ускоряющие роды, и т.д. Первое необоснованное действие — неадекватный выбор срока программированных родов, когда перенашиванием считают 39 или 40 нед беременности.

Пути преодоления неэффективных действий

Одна из главных сложностей — точность определения срока родов. **«Золотым стандартом» в определении гестационного срока признано раннее УЗИ.** Результаты рутинного обследования в I и II триместрах позволяют снизить частоту регистрируемого перенашивания. Чем раньше сделано первое УЗИ, тем точнее можно определить срок беременности. По данным УЗИ в III триместре пытаться определять срок родов не следует; эта информация нужна для выяснения, соответствуют ли размеры плода уже известному или предполагаемому сроку беременности.

Беременность называют переносенной (postterm pregnancy), если её длительность составляет **40 нед от зачатия и более**; это соответствует 42 нед и более по гестационному (менструальному, акушерскому) сроку. Соответственно, роды при такой беременности называют запоздалыми (postterm labor, delivery). Ребёнок, родившийся при такой беременности, довольно часто (но не всегда!) имеет признаки «перезрелости» (postmaturity; postmature fetus, infant). Хотя эти два понятия часто путают, «переносенность» и «перезрелость» — не синонимы. Возможны запоздалые роды плодом без признаков перезрелости и, наоборот, своевременные роды (term delivery) перезрелым плодом. Таким образом, **«переносенность» есть понятие календарное, а «перезрелость» — термин, применяемый для оценки физического статуса плода и новорождённого.**

При перенашивании или необходимости завершения беременности по медицинским показаниям при высоком перинатальном риске и у многорожавших — по клинической ситуации с учётом степени риска проводят программированные роды. Из **положительных моментов** программированных родов — возможность мониторингования состояния плода и сократительной деятельности матки, а присутствие всего персонала родильного блока и вспомогательных служб позволяет принимать более взвешенные, коллегиальные решения. Всё это — преимущества для роженицы при высокой степени перинатального риска (Бондаренко К.В., 2007).

«Программирование» включает дородовую подготовку, плановое родовозбуждение и управляемое ведение родов. Выбирая тактику родоразрешения для женщин с тенденцией к перенашиванию **при совокупности относительных показаний**, следует ориентироваться на степень перинатального риска (рис. 6-20): 25 баллов и выше — обсуждается абдоминальное родоразрешение, плановое либо запланированное; до 24 баллов — программированные роды.

Оптимальный момент для родоразрешения при тенденции к перенашиванию — 1-2-3 дня до конца 41-й недели беременности. По достижении 42 полных недель — при истинном перенашивании — прямо пропорционально увеличивается неонатальная заболеваемость: родоразрешённых в 41 нед — 10,8%, в 42 нед — 32,5% и в 43 нед — 164,5% соответственно.

Перед началом индукции родов следует оценить:

- показания или противопоказания к индукции родов;
- срок беременности;
- «зрелость» шейки матки (оценка по шкале Бишопа);
- размеры таза и плода, предлежание;
- целостность плодных оболочек;
- состояние плода (перед индукцией показан мониторинг частоты сердцебиений плода);
- документальное подтверждение согласия пациентки на предстоящее вмешательство (должны быть перечислены показания для индукции и имеющиеся факторы риска).

По достижении срока 41 нед, но при **незрелой шейке** и низкой или средней степени перинатального риска не следует ограничиваться пассивным ожиданием спонтанной родовой деятельности или созревания шейки матки. Кроме постоянного антенатального наблюдения за состоянием плода (УЗИ, КТГ, доплерография и т.п.), необходима преиндукционная подготовка шейки матки с прицелом на дальнейшее родовозбуждение.

Для повышения точности диагностики маловодия от метода амниоскопии следует отказаться либо амниоскопические данные необходимо сопо-

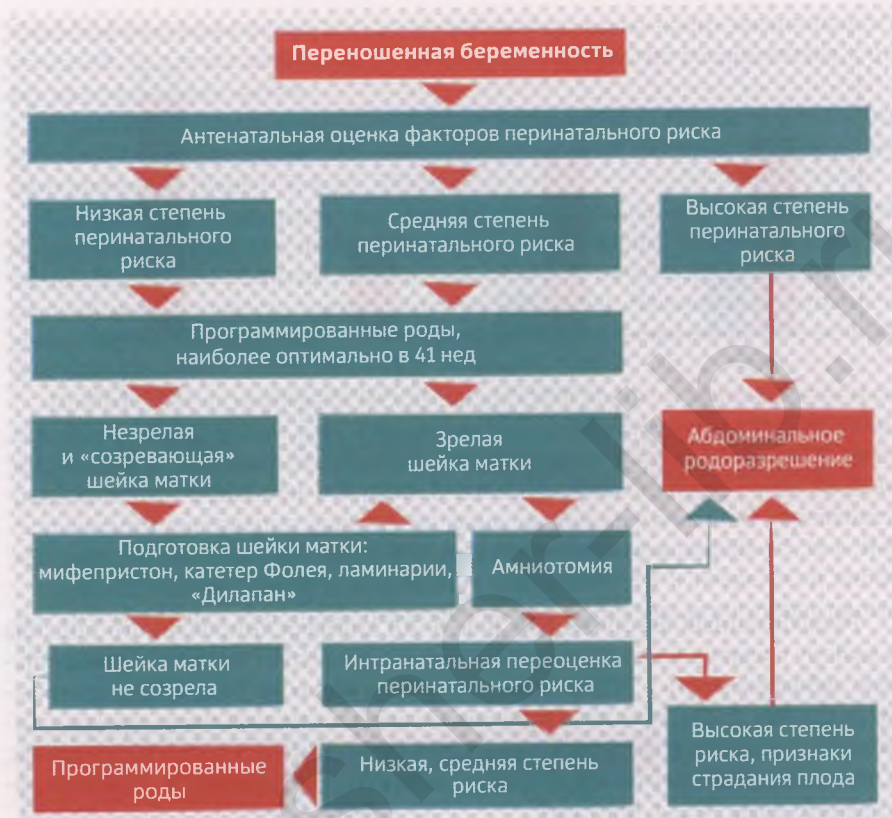


Рис. 6-20. Алгоритм ведения беременных с перенашиванием.

ставлять с эхографическими показателями. В любом случае количество вод следует оценивать эхографически.

Внимания заслуживают: отсутствие роста бипариетального размера, лобно-затылочного диаметра головки плода; саггитального размера живота на фоне увеличения его поперечного размера, ухудшения биофизического профиля плода (суб- и декомпенсированные фазы плацентарной недостаточности); централизация плодового кровообращения; появление поздних децелераций и вариабельности сердечного ритма.

Несмотря на **явную сомнительность доказательной базы** каждого из них в отдельности и в совокупности, все эти оценки должны стать основанием для обсуждения планового абдоминального родоразрешения (рис. 6-21).

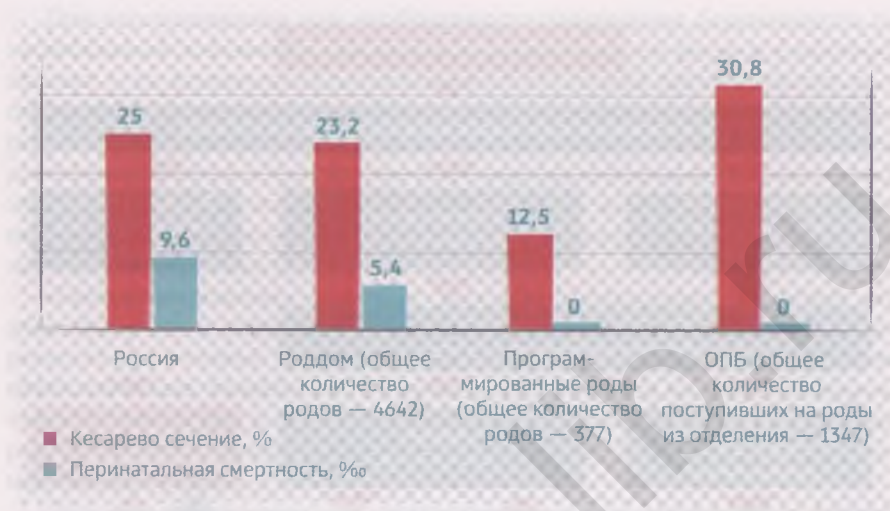


Рис. 6-21. Отчётные данные клинических баз (2014–2015).

Разработанный алгоритм (см. рис. 6-20) дифференцированного подхода к выбору времени и метода родоразрешения позволяет снизить перинатальную заболеваемость с 77,6‰ при спонтанных родах до 16,8‰ при программированных родах, при этом процент кесаревых сечений после программированных родов почти в 3 раза ниже, чем в отделении патологии беременных, а перинатальная смертность после них **вовсе отсутствовала** (на примере родильного дома №25 г. Москвы).

При перенашивании роженицам с мекониально окрашенными околоплодными водами может быть проведена амниоинфузия тёплым изотоническим раствором в течение 2–3 ч под постоянным кардиотокографическим контролем (доказательной базы нет). В случае **появления поздних** децелераций и снижения вариабельности сердечного ритма показано экстренное кесарево сечение. Степень риска, в том числе интранатального, превышающая 25 баллов, также считается основанием для обсуждения планового абдоминального родоразрешения.

Программированные роды при незрелой шейке матки

Состояние шейки матки к моменту индукции родов во многом определяет последующий ход событий. Программированные роды при незрелой шейке матки часто связаны с длительным пребыванием в акушерском стационаре.

Попытки индукции родов при незрелой шейке матки часто заканчиваются неудачей. Незрелая шейка матки не способна адекватно раскрываться в ответ на сокращения матки.

В различных рандомизированных исследованиях о влиянии индукции родов на частоту кесарева сечения состоянию шейки матки не уделено должного внимания (Баев О.Р. и др., 2012).

В наших расчётах незрелость шейки матки повышает вероятность аномалий родов (особенно дискоординации) значительно больше, чем многоводие, дородовое излитие околоплодных вод и патологический прелиминарный период, вместе взятые (Котайш Г.А., 2003). Недооценив готовность шейки матки к родам, мы не вправе рассчитывать на благополучное течение родового акта.

При анализе взаимосвязи между характером родовой деятельности и состоянием шейки матки накануне родов мы обнаружили, что **при незрелой шейке риск завершения программированных родов операцией кесарева сечения повышен в 3 раза**. В послеродовом периоде у этих женщин осложнений достоверно больше. На фоне зрелой шейки матки вероятность абдоминального родоразрешения снижается в 5 раз (рис. 6-22).

При установленном перенашивании беременности и незрелости шейки матки в 40–41 нед при индукции родов весьма вероятны ятрогенные аномалии родовой деятельности.



Рис. 6-22. Риск аномалий родовой деятельности. Несомненно, зрелость шейки матки — главный критерий готовности женщины к родам.

Даже опытные специалисты отмечают, что оценка зрелости шейки матки — достаточно субъективное дело. Это связано и с тем, что существуют различные оценочные балльные системы. Наиболее известна среди них методика Г.Г. Хечинашвили (1974), однако она **неудобна** ввиду своей громоздкости и сложности.

По мнению Н. Roman et al. (2004), оценка состояния шейки матки по шкале Бишопа — наиболее информативный и чувствительный показатель готовности организма беременной к индукции родов. M.R. Elghorori et al. (2006) проводили **сравнительную оценку информативности** таких показателей, как «степень зрелости шейки матки по шкале Е.Н. Bishop» и «длина шейки матки по данным трансвагинального УЗИ», для прогнозирования срока родов. Ультразвуковое определение длины шейки матки более информативно у повторнорожавших, чем у первородящих (85,1 против 35%). E. Strobel et al. (2006) у первородящих женщин с перенесенной беременностью предлагают использовать оба метода — и определять длину шейки матки при УЗИ, и оценивать степень зрелости по Е.Н. Bishop.

Пути преодоления неправильной подготовки к родам

Биологическая зрелость родовых путей

Зрелая шейка матки — важнейший критерий успешности предстоящего родовозбуждения. Именно поэтому анализ готовности мягких родовых путей к родам должен быть возведён в ранг диагностического минимума. Вспомним о механизмах созревания шейки матки.

Историческая справка

Для предсказания начала родов у повторнородящих женщин в 1964 году Bishop описал шкалу, основанную на характеристике состояния шейки матки. Эта шкала широко используется во всём мире, она проста, удобна для практического применения. При оценке состояния шейки матки по шкале Бишопа разными акушерами отмечается высокий «уровень согласия» (Faltin-Traub E.F. et al., 2004; Management of Labor and Delivery, 1996).

Весь период гестации шейка матки плотная, она «запирает» выход из полости матки. Это обеспечивает вынашивание беременности вплоть до родов. Ближе к концу беременности шейка укорачивается и размягчается, что и называют её созреванием. Механизмы этой структурной перестройки до

конца не известны. К моменту родов изменяются все составные компоненты шейки матки: и гладкомышечный комплекс (в верхней трети шейки матки мышечный компонент не превышает 20%, а в средней и нижней трети органа — 15 и 5% соответственно), и соединительнотканые элементы. Депонирование крови в сосудистом русле шейки матки (гладкомышечные клетки входят в структуру сосудов шейки) к концу родов настолько велико, что шейка превращается в подобие пещеристого тела. В незрелой шейке матки подобных изменений не происходит, и это исключает запуск механизма, конвертирующего энергию схватки в работу по раскрытию маточного зева, поэтому и развиваются аномалии родовой деятельности.

Созревание соединительнотканного компонента шейки матки — наиболее важный этап, сопровождающийся высвобождением воды и значительным увеличением податливости органа к растяжению. Использование простагландиновых гелей для ускорения созревания шейки матки основано именно на разрушении коллагена под действием фермента коллагеназы и простагландина E_2 . При естественном течении событий эти вещества синтезируются за 10–14 дней до родов. Но применение простагландинов небезопасно даже при малейших нарушениях состояния плода, а поскольку в приложенной инструкции прямо сказано, что **побочным эффектом применения геля может стать гипоксия плода**, то в случае рождения ребёнка в асфиксии у врача могут быть серьёзные юридические проблемы.

Значительно влияние релаксина. Благодаря этому веществу созревание шейки матки происходит путём снижения коллагенообразования без выраженной сократительной активности матки. Однако этот механизм изучен не полностью.

Алгоритм подготовки шейки матки к родам может быть нарушен вследствие травматичности предыдущих родов или после гинекологических манипуляций.

Шкала Бишопа учитывает пять различных параметров: консистенцию шейки матки, её длину, проходимость цервикального канала и расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза (табл. 6-5). Каждый из этих признаков оценивают по балльной системе. При значении 0–5 баллов шейку матки расценивают как незрелую, от 6 до 10 баллов — как недостаточно зрелую, свыше 10 баллов — как зрелую. Термин «созревающая шейка матки» следует заменить более удачным «**недостаточно зрелая**». Психологически это более целесообразно, так как негативная оценка настораживает, а термин «созревающая» успокаивает, вселяя далеко не всегда оправданный оптимизм.

Не побоюсь повторить: для программированных родов зрелость шейки матки исключительно важна. Подготовленные родовые пути — основной благоприятный прогностический фактор в отношении исхода родов.

Таблица 6-5. Оценка зрелости шейки матки по шкале Бишопа

Признак	Баллы		
	1	2	3
Положение шейки матки по отношению к крестцу	Близко к крестцу	Срединное	В проводной линии
Длина шейки матки	2 см и более	1 см	Сглажена
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая
Открытие наружного зева	Закрыт	1–2 см	3 см
Расположение предлежащей части	Над входом	Между верхним и нижним краем лона	На нижнем краю лона и ниже

Ускорение созревания шейки матки перед индукцией родов

Заблаговременная и необоснованная госпитализация в отделение патологии беременных оборачивается ситуацией, когда в программированные роды вступает женщина, получавшая много ненужных лекарственных препаратов, причём с отдалёнными последствиями использования этих средств ещё только предстоит столкнуться. Продолжая **тему стационарной полипрагмазии**, следует упомянуть о таком распространённом и опасном врачебном заблуждении, как подготовка шейки матки к родам на эстрогено-глюкозо-кальциевом фоне и (внимание!) использование... спазмолитиков (дротаверин, бускопан, папаверин). Абсурдность заключается в абсолютной непричастности спазмолитиков к сократительной активности гладкой мускулатуры матки. Назначение эстрогенов для подготовки родовых путей — тоже частый элемент акушерской агрессии.

Знание физиологии созревания шейки позволит избежать неоправданного применения синтетических аналогов эстрогенов. Традиция этого неправомочного назначения **уходит корнями** в давние ошибочные представления о роли гормонов в инициации сократительной деятельности матки. Согласно современным представлениям, для начала маточных сокращений значимо не количество эстрогенов в крови, а рецепторный статус органа-мишени накануне родов. Без соответствующих изменений (значительное увеличение числа рецепторов) повышение концентрации гормонов будет безразличным.



Неизвестно, почему архаичное назначение эстрогенов кое-где происходит до сих пор. Ещё 30 лет назад было установлено, что механизм созревания родовых путей и начала сократительной деятельности матки сопряжён лишь с открытием кальциевых каналов в цитоплазматической мембране утеромиоцитов. Для этого **важнейшего акта** необходимы в первую очередь простагландины и серотонин.

Историческая справка

Назначением касторового масла и встречной «горячей» очистительной клизмы, иногда с хиномом, врачи прошлых столетий лучше лечили слабость родовой деятельности, чем это делаем мы в XXI веке! Доказательство? Пожалуйста: «не поддающаяся лечению слабость родовой деятельности» сейчас стабильно занимает второе место среди показаний к экстренному кесареву сечению. Наши предшественники этого не делали. Ещё в начале 70-х годов XX века частота оперативных родоразрешений в целом не превышала 1–1,5% (сравните с 20–25% сегодня!).

Остаётся только восхищаться наблюдательностью предков: ничего не зная о **тонких механизмах родов**, они успешно лечили слабость родовой деятельности, назначая слабительные (касторовое масло). Выброс серотонина и других биологически активных веществ под влиянием касторового масла, высокое содержание в нём арахидоновой кислоты при усилении перистальтики толстой кишки «открывает» путь ионам кальция внутрь утеромиоцита, что прекрасно стимулирует сократительную деятельность матки.

Печальным последствием необдуманного назначения синэстрола или эстрадиола, не имеющего никакого отношения к описанным выше биологическим процессам, неизбежно становятся блокада выработки пролактина и гипогалактия. И это вполне обоснованный повод для исковых заявлений, что можно наблюдать в последнее время. Пациентки, бывает, лучше иного врача информированы о возможности **индуцированной эстрогенами гипогалактии**.

Стоит ли врачу ухудшать здоровье пациентки и её ребёнка, а себя подвергать опасности судебного преследования из-за причинения вреда здоровью? Сомневающимся советую почаще читать на тематических интернет-форумах, что пишут беременные друг другу, как быстро узнают о возможных пагубных последствиях медицинских вмешательств.

Эффективность подготовки шейки матки к родам с помощью витаминов, препаратов аденозинтрифосфата, механической стимуляции соска не доказана, а потому и о безопасности этих методик для здоровья матери и плода сказать ничего нельзя.

Методы подготовки шейки матки и индукции родов. Что эффективно?

Механизм созревания женского организма для предстоящих родов до сих пор остаётся загадкой современного акушерства. Ушли в прошлое теории об эстрогенной и простагландиновой насыщенности организма к родам (приводящие к жуткому назначению глюкозо-витаминно-гормонального фона для созревания шейки матки), на смену им приходят теория гемодинамической перестройки матки (видный ленинградский учёный, проф. Г.А. Савицкий и его сын А.Г. Савицкий, продолживший дело отца), новейшая теория о генетической детерминированности (hERG: human Ether a go-go Related Gene — ген, кодирующий протеин, известный как α -субъединица кальциевого ионного канала) как своевременной, так и преждевременной или дискоординированной родовой деятельности.

Единственный признак, по которому можно судить о вероятной готовности организма к родам, — **зрелость родовых путей**. Но он тоже не абсолютен, поэтому для вмешательства в естественный процесс необходимы веские причины. Что же эффективно, если показания к завершению беременности есть, а зрелости родовых путей нет, чем лучше всего пытаться исправить эту ситуацию? В России в настоящее время выбор невелик — механические методы, простагландиновый гель и антигестаген мифепристон. В мире **существуют различные юридические рамки** для применения тех или иных препаратов, используемых для ускорения созревания шейки матки, и это приводит к путанице в протоколах и методических рекомендациях. В разных странах к применению разрешены самые разнообразные предпочтения не только в лекарственных препаратах (динопростон, мифепристон), но и в их формах выпуска, дозировках, путях введения. Спокойствия на отечественном фармакологическом рынке не наблюдается: препараты проходят регистрацию, меняются показания и противопоказания, поэтому в этом разделе мы обсудим данные мировых исследований об эффективности тех или иных препаратов для подготовки шейки матки. А возможность их применения **ограничена** рамками действующих на момент применения инструкций и наличием лицензии.

При незрелости шейки матки для прединдукционной подготовки в мире наиболее часто используют:

- локальные аппликации (интрацервикально или в задний свод влагалища) простагландина E_2 ;
- интрацервикальное введение «Дилапана-С», ламинарий или катетера Фолея;
- простагландин E_1 ;
- агонист прогестероновых рецепторов мифепристон.

Несомненный интерес представляет цервикальный осмотический расширитель «Дилапан-С», который изготовлен из запатентованного гидрогеля

«Аквакрил» (Aquacryl), специально разработанного для применения в акушерстве и гинекологии. Именно этот инертный синтетический материал **обеспечивает полную предсказуемость и постоянство действия**, а также минимальный риск инфекции и аллергических реакций. Уникальные свойства гидрогеля обеспечивают одинаковое расширение всех стержней, также от них не отделяются частицы материала и красители в процессе набухания, как это часто бывает в случае ламинарии. Набухший стержень стабильно сохраняет свою форму, и это имеет важное клиническое значение, поскольку он способен оказывать большее давление на шейку матки и обеспечивает её адекватную и ожидаемую подготовку.

При использовании «Дилапана-С» отсутствуют противопоказания по сравнению с медикаментозными средствами подготовки к родам. Следует также отметить, что время для индукции родов с «Дилапаном-С» при монотерапии и также при сочетанном применении с мифепристоном или динопростоном значительно (в 4 раза) сокращается по сравнению с использованием только мифепристона, только динопростона или комбинации мифепристона и динопростона.

Существует методика сочетанной подготовки шейки матки с помощью интрацервикального введения механических расширителей и простагландина E₂, которая, по мнению M. Jozwiak et al. (2012), вдвое эффективнее; причём риск гиперстимуляции сократительной деятельности матки и ухудшения функционального состояния плода при использовании простагландинов почти нулевой. С этим сложно согласиться, так как дискуссия, развернувшаяся в мировой медицинской литературе по поводу методик применения простагландинов для подготовки к родам, далеко не закончена. Сегодня мнения авторитетных специалистов о приемлемости различных форм и дозировок простагландинов **противоречивы**. С целью индукции родов простагландины вводят сублингвально (трансбуккально), внутрь, парентерально, интравагинально и интрацервикально. R. Sohail (2006) предпочитает назначать простагландины внутрь, **мотивируя свой выбор тем**, что это уменьшает частоту оперативного родоразрешения по поводу дистресса плода (в сравнении с интрацервикальным введением препарата). Для профилактики разрыва матки E. Sinthamoney (2006) предлагает снизить стандартную дозировку простагландинового геля для интрацервикального родовозбуждения с 3 до 1,5 мг. Кроме того, F. Facchinetti (2005) рекомендует интравагинальное применение динопростона пролонгированного действия, поскольку при таком способе введения препарата меньше акушерских осложнений, требующих окситоциновой терапии и кесарева сечения, а также укорачивается срок госпитализации. Однако введение простагландина E₂ интравагинально больше инициирует начало родовой деятельности, а на созревание шейки матки влияет во вторую очередь.

По длительности **латентного периода действия** простагландиновых гелей (от момента введения препарата до начала родовой деятельности) никаких **рандомизированных исследований не проводилось**, а производители формулируют аннотации неоднозначно. Считается, что при интравагинальном введении простагландинового геля промежуток времени будет не менее 12 ч, а при интрацервикальном — 6 ч. Использование простагландинов нередко ограничено побочными эффектами этих препаратов, например гипертонусом матки и последующей гипоксией плода, и сложностью быстрой эвакуации геля при развитии такой ситуации. В связи с этим продолжается поиск новых методов искусственной стимуляции начала родов, имитирующих механизмы естественной активации.

Говоря о простагландине E_1 (запрещён для активации родов в РФ!), чаще всего имеют в виду мизопропрост («Сайтотек», «Миролют»). Этот мощный простагландин известен давно, он используется для лечения гипотонических кровотечений и входит в набор для медикаментозного аборта. За рубежом иногда используют сублингвальное или трансбуккальное введение простагландинов E_1 ; данный способ считается наиболее физиологичным, поскольку сублингвальный приём увеличивает пиковую концентрацию действующего вещества в крови, а вагинальный — способствует более медленному её снижению; соответственно, оба пути введения увеличивают результативность методики. Проведённые исследования доказали, что пероральный приём мизопростола менее действенен, чем вагинальный (ОР=3,0; 95% ДИ 1,44–6,24), а сублингвальное и трансбуккальное введение обладают одинаковым клиническим эффектом по сравнению с вагинальным. Однако увеличение начальной дозы препарата свыше 25 мкг повышает риск гипертонической дисфункции матки. Привлекательно то, что через 15–20 мин после приёма препарата родовая деятельность развивается практически в 100%.

Однако история применения препарата далеко не безупречна. В США широкому клиническому внедрению мизопростола предшествовали едва ли не хвалебные публикации без анализа возможных рисков. В отечественных работах конца 1990-х — начала 2000-х, когда в качестве противоязвенного препарата в РФ был зарегистрирован «Сайтотек», упоминались достоинства препарата: быстрое созревание шейки матки, дополнительных амниотомий и родовозбуждения почти никогда не требуется, встречались заявления, что 200 мкг (!) мизопростола внутрь не ухудшают состояние плода и новорождённого и не влияют на частоту экстренных кесаревых сечений.

Лишь недавно были опубликованы исследования, подтверждающие **высокий риск** при использовании этого препарата: возможны **нарушение состояния плода, гиперстимуляция с разрывом матки**. Применение «Сайтотека» в качестве утеротонического средства для стимуляции родо-

возбуждения так и не было одобрено ни FDA (Food and drug administration) в США, ни самой фирмой-производителем*. В 2010 году прошла информация о создании таблеток и свечей с 25 мкг мизопростола для индукции родовой деятельности (Египет), однако разработчики отказались регистрировать препарат в РФ из-за дороговизны этого бюрократического действия, не окупаемого продажами весьма дешёвого мизопростола.

Несмотря на это, в кулуарах многие врачи признаются, что активно эксплуатируют «привлекательные» свойства «Сайтотека», а именно возможность **завершения беременности в удобное время**, чаще днём.

Разрывы матки (уже не один случай закончился судом) после применения «Сайтотека» должны стать стоп-сигналом для многих активных, но не очень квалифицированных врачей. Пример из судебной практики — цитата из искового заявления (см. главу 7, раздел «Разрыв матки...»), когда врач ввёл «запрещённое лекарство»** и роды закончились разрывом матки и селезёнки. Если медик чрезмерно полагается на свой опыт, он очень рискует. Даже то, что 10 раз вмешательство прошло хорошо, не гарантирует, что на 11-й всё будет так же. Полная аналогия с преступником, надеющимся, что «его-то уж точно не поймают, раньше же не ловили». Увы! В нынешнем виде мизопростол опасен! И в современных зарегистрированных в России лекарственных формах ему категорически не место среди ante- и интранатальных утеротоников.

Столь же спорен вопрос о парентеральном введении утеротоников. Именно при незрелой шейке матки трудно бывает определиться, что предпочтительнее использовать — окситоцин или простагландины (в РФ для внутривенного введения при живом плоде запрещены). И далеко не все врачи помнят, что основное количество **рецепторов к окситоцину синтезируется** в миометрии только **в конце I периода родов**. Этот факт подчёркивает выгоды использования простагландинов (они способны усиливать сократительную активность матки в конце беременности, от наличия рецепторов к окситоцину не зависят), но в целом мы убедились, что зарубежные коллеги также злоупотребляют элементами акушерской агрессии при индукции родов или лечении слабости родовой деятельности.

Принципиально новым препаратом для подготовки шейки матки к родам стал синтетический антигестаген (мифепристон). Уже проведены рандомизированные плацебо-контролируемые исследования, доказывающие безопасность и эффективность применения мифепристона для подготовки шейки матки и индукции родов при доношенной беременности.

* Есть сообщения о том, что компания-производитель мизопростола сама инвестирует в разработки лекарственной формы препарата для лечения аномалий родовой деятельности. Надеемся, что разработка увенчается успехом и станет прорывом в обеспечении маточной контрактильности.

** Это был именно «Сайтотек»; о запрете на применение этого препарата «умный» врач сам рассказал пациентке.

Полагают, что приём мифепристона внутрь может стать альтернативой местному введению при бактериальном вагинозе, хронической внутриматочной инфекции, а также в тех случаях, когда гиперстимуляция простагландинами нежелательна (плацентарная недостаточность и гипотрофия плода). Недостатком мифепристона можно считать необходимость дополнительного использования простагландинов, если родовая деятельность на фоне монотерапии не начинается.

В 2008 году мы обследовали беременных из группы высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности. Выяснилось, что количество нарушений сократительной деятельности матки (а также доля абдоминальных родоразрешений по этому поводу) при использовании мифепристона минимально. Если же аномалии родовой деятельности всё же возникали, эти осложнения **поддавались медикаментозной коррекции** и не требовали родоразрешения оперативным путём. Прочие достоинства мифепристона: послеродовые нарушения инволюции матки встречаются редко (независимо от особенностей течения родов и способа родоразрешения), препарат не угнетает лактацию и менструальную функцию женщин.

В результате 76% детей родились в удовлетворительном состоянии, а 24% нуждались в лечении (состояние было **обусловлено особенностями течения** беременности у матери). Основными причинами перевода детей на II этап выхаживания оказались внутриутробное инфицирование (50%) и ВПР (25%). У 94% родильниц инволюция матки происходила физиологически. Все родильницы выписывались домой на 4–11-е сутки после родов.

Интересную инфограмму привёл в своих работах проф. И.Ф. Фаткуллин (2010): в таблице 6-7 показано, что именно мифепристон имеет минимум побочных действий, не считая некоторого учащения излития вод досрочно.

Таблица 6-7. Эффективность различных способов подготовки шейки матки к родам, % (Фаткуллин И.Ф., 2010)

Показания	Мифепристон n=48	Динопростон n=25	Ламинарии n=30
Кесарево сечение	16,7	24	43,3
Преждевременное излитие околоплодных вод	18,8	12	10
Аномалии родовой деятельности	22,9	44	60
Гипоксия плода	10,4	16	26,6

Пути преодоления высокой частоты осложнений

Как уже говорилось выше, без биологической зрелости родовых путей программированные роды теряют смысл и превращаются в агрессивное мероприятие с **высоким риском акушерских осложнений**. При отсутствии этой зрелости проводят подготовку шейки матки механическими и гормональными методами. Но следует чётко уяснить, что подготовка шейки матки тоже относится к медицинским вмешательствам, — к ней должны быть строгие показания, и её недопустимо проводить «на всякий случай».

Для подготовки шейки матки используют механические и медикаментозные методы. К механическим относятся физические способы, прежде всего катетер Фолея или его модификация как один из видов метрейриза. Метрейриз не запрещали, но он не был распространён: изготовленные из «красной» резины метрейринтеры рвались, жидкость проливалась — то, чего нет в современных изделиях из прочного материала, стерильных, одноразовых.

В числе других, но наиболее перспективных механических методов — осмотический расширитель «Дилапан-С», применение которого эффективно и безопасно даже в случае стимуляции родов при нераскрывшейся шейке матки у женщин с кесаревым сечением в анамнезе. Использование расширителя в качестве подготовки шейки матки к искусственному прерыванию беременности не только позволяет уменьшить механический травматизм, связанный с процессом расширения шейки матки, но и надёжно профилактирует послеоперационные осложнения.

Из медикаментозных в Российской Федерации зарегистрированы аналоги простагландина E₂ (гели для интрацервикального введения) и антигестаген мифепристон. Применявшиеся ранее мизопростол (чаще подпольно) и динопрост (официально) в настоящее время как препараты для индукции родов при живом плоде не зарегистрированы, хотя упоминаются в протоколе лечения послеродовых акушерских кровотечений. Однако ещё раз оговоримся: для подготовки шейки матки или индукции родов их применение **лежит за пределами правового поля со всеми вытекающими отсюда последствиями**. Прецедентов привлечения к судебной ответственности горе-экспериментаторов, вводящих в задний свод влагалища «восьмушки», «четвертинки» для родов «по дежурству», предостаточно. Также вне правового поля остался динопрост («Энзапрост-Ф»), который то исчезал из перечня зарегистрированных препаратов в РФ, то вновь в нём появлялся, но уже с существенными оговорками («только для интраамниального введения», «только для индукции родов при мёртвом плоде»), и в итоге пропал из всех современных протоколов индукции родов, действующих на территории нашей страны.

С практических позиций следует чётко различать мероприятия, направленные на созревание шейки матки, и методы непосредственной индукции маточных сокращений (схваток).

Практическое применение методов и препаратов для подготовки шейки матки

«Дилапан-С»

Механизм действия расширителя состоит в дегидрации шейки матки. Жёсткий гелевый стержень вводят в цервикальный канал, где он постепенно разбухает и увеличивается в объёме за счёт поглощения жидкости из тканевых структур. **Механическое радиальное давление приводит к краткосрочному размягчению ткани шейки матки и расширению цервикального канала.**

К тому же давление на ткани шейки матки активирует внутреннюю секрецию простагландинов, стимулирующих вызревание шейки матки, в результате чего реорганизуется коллаген и происходят структурная перестройка ткани и механическое расширение.

Перед введением гидрофильного расширителя влагалище обрабатывают раствором антисептика, например повидон-йодом («Бетадин»). Время минимального эффекта — 2 ч, максимального — 4–6 ч, то есть дилатация при использовании «Дилапана-С» наступает **гораздо быстрее**, чем при применении расширителей из ламинарии. Так, доля вагинальных родов через 24 ч после введения возрастает до 51%, через 36 ч — до 74%. Однако важно учитывать, что 12 ч для использования «Дилапана-С» будет достаточно для **более эффективного** вагинального родоразрешения, поэтому не следует оставлять расширитель *in situ* дольше этого времени.

В числе других **важных преимуществ** расширителя «Дилапан-С» — его доказанная безопасность. Применение синтетического материала исключает риск передачи бактериальных спор из натуральных продуктов. Так, инфекционные осложнения наблюдали у шести (1,7%) женщин, при этом ни один из случаев материнской инфекции не был признан обусловленным применением осмотического расширителя. Около 12% женщин родили вагинально без дополнительной фармакологической индукции, при этом во время созревания шейки матки не было отмечено нарушений со стороны плода по КТГ и гиперстимуляции матки (сокращения матки зафиксированы только у 13% женщин). Количество женщин, у которых были отмечены осложнения, очень низкое. Только 3% пациенток ощущали дискомфорт при использовании расширителя.

Катетер Фолея (современный метрейринтер)

Применение катетера Фолея — ещё одна полноценная альтернатива использованию простагландинов для подготовки шейки матки, особенно в тех случаях, когда они противопоказаны, например при рубце на матке. Катетер Фолея, по сути, уменьшенный в объёме с 200 до 30–80 мл метрейринтер Трубницкого (до метрейринтера существовало множество аналогов — резиновая трубка с пузырьём Тарнье, «скрипкообразный» кольпейринтер Barnes и др.), который по законам гидравлики «массирует» внутренний зев за счёт периодического тонуса матки, который, в свою очередь, вызывается механическим раздражением самого внутреннего зева. Получается **физиологическая замкнутая** система, итогом работы которой будет укорочение и сглаживание шейки матки, достаточное для экспульсии катетера Фолея, — свидетельство созревания.

В стерильных условиях катетер Фолея вводят интрацервикально и раздувают резервуар, закачивая шприцем 30–60 мл стерильного раствора. Катетер оставляют до его самостоятельного выпадения или на 12 ч. Некоторые авторы предлагают крепить свободный конец катетера клейкой лентой к внутренней поверхности бедра. В рандомизированном исследовании 2015 года сравнили скорость и эффективность созревания шейки матки в зависимости от объёма катетера (диапазон 30–80 мл) и не нашли никаких преимуществ того или иного объёма.

Противопоказания к применению катетера Фолея:

- низкое расположение плаценты;
- дородовое кровотечение;
- разрыв плодных оболочек;
- цервицит.

В некоторых странах катетер Фолея применяют в амбулаторных условиях, проводя 30-минутную запись КТГ после его установки. Беременную информируют, что она должна направиться в стационар при появлении кровянистых выделений, излитии вод или экспульсии катетера Фолея. Если ничего из указанного не произошло, то женщина приходит через 20–24 ч после постановки катетера, его удаляют вручную, оценивают зрелость шейки матки и **при достижении зрелости проводят амниотомию**. Преимущества этой техники только в меньших экономических затратах и снижении времени пребывания в стационаре. По остальным показателям эта программа не имела преимуществ по сравнению с амбулаторным эндоцервикальным применением простагландинов.

Простагландиновый гель

Простагландины, использующиеся для созревания шейки матки и для индукции маточных сокращений, выпускаются для интравагинального (пессарий) или **интрацервикального** применения (гель). В Российской Федерации наи-

большее распространение получили гели, содержащие 0,5 мг динопростона. Условия применения простагландинов:

- отсутствие противопоказаний для родов через естественные родовые пути;
- незрелая или недостаточно зрелая шейка матки;
- целый плодный пузырь;
- нормоценоз влагалища.

Гель вводят в цервикальный канал в положении беременной на спине. Манипуляцию приурочивают к послеобеденному времени или выполняют вечером **накануне дня планируемого родовозбуждения**.

Под контролем зеркал наконечник шприца вводят в цервикальный канал только до внутреннего зева. В цервикальный канал вводят всё содержимое шприца. Для предотвращения вытекания геля из цервикального канала пациентку оставляют полежать 30 мин.

При необходимости процедуру введения геля можно повторить 3 раза с интервалами не менее 6 ч. Обязательны оценка состояния шейки матки каждые 3 ч, наблюдение за пульсом, АД и частотой дыхания.

Критерии эффективности применения препарата: достижение достаточной степени зрелости шейки матки в течение 12 ч, начало родовой деятельности в течение 24 ч от момента введения.

Противопоказания к применению динопростона:

- рубец на матке после кесарева сечения или после других операций на матке;
- предлежание плаценты;
- многоплодная беременность;
- признаки нарушений в состоянии плода*;
- узкий таз;
- подтекание околоплодных вод;
- аллергия на простагландины;
- бронхиальная астма;
- повышенное внутриглазное давление.

Мифепристон

Формирование биологической готовности шейки матки к родам происходит при конкурентном взаимодействии прогестерона с антигестагеном, экспрессии гена проколлагеназы, высвобождении коллагеназы и некоторых желатиназ в эндометрии. По данным нескольких исследований, эффективность ми-

* Об этом часто забывают, назначая гель для родовозбуждения по причине начальных признаков гипоксии плода. Итог — риск судебного преследования.

фепристана одинакова при интактной матке или рубце, живом или мёртвом плоде. По отношению сочетания эффективность/побочные эффекты мифепристон оптимален. Мифепристон назначают в дозе 200 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки (утром) внутрь в течение 2 дней. Если через 48–72 ч после последнего приёма препарата регулярная родовая деятельность не началась, повторно оценивают состояние шейки матки, при необходимости назначают простагландины. Препарат **мифепристон следует применять строго в акушерском стационаре** под контролем медицинского персонала.

Противопоказания для преиндукционной подготовки.

- Анатомически узкий таз.
- Неправильные положения плода (поперечное, косое).
- Головка плода, расположенная высоко над входом в малый таз.
- Разгибательные предлежания головки (лицевое, лобное) при преждевременном излитии вод.
- Тазовое предлежание.
- Аномалии расположения плаценты (предлежание плаценты, низкое расположение).
- Предлежание сосудов пуповины.
- Многоплодная беременность.
- Пять родов и более в анамнезе.
- Крупный плод (масса 4500 г и более и отсутствие признаков диабетической фетопатии).
- Рубец на матке.
- Опухоли матки, препятствующие рождению плода.
- Патология шейки матки (конизация шейки матки в анамнезе, выраженная рубцовая деформация, злокачественные новообразования).
- Острая и хроническая почечная и печёночная недостаточность и другие соматические заболевания матери в стадии декомпенсации.
- Хориоамнионит (в зависимости от применяемого метода индукции).
- Преэклампсия тяжёлой степени, при которой необходимо родоразрешение путём операции кесарева сечения.
- Суб- и декомпенсированная плацентарная недостаточность, в том числе умеренная и тяжёлая гипоксия плода по данным КТГ, централизация плодового кровообращения по данным доплерометрии, гемодинамические нарушения II степени.
- Пороки развития плода, при которых рекомендовано абдоминальное родоразрешение.
- Отягощённый перинатальный анамнез (перинатальные потери).
- Другие состояния, определяющие невозможность родов через естественные родовые пути.

- Острые воспалительные заболевания половых органов (нельзя применять вагинальные формы лекарств).
- Кровянистые выделения неясного генеза из половых путей во время беременности.

АМНИОТОМИЯ БЕЗ ПОКАЗАНИЙ

Амниотомия — преднамеренное разрушение амниотических оболочек до или во время родов, направленное на вызывание или усиление сократительной активности матки и, соответственно, на уменьшение продолжительности родов. Если проанализировать структуру показаний к амниотомии в большинстве российских родильных домов, то становится ясно, что **обоснованность этого вмешательства весьма сомнительна** — нет единого перечня показаний, а предваряет заключительную фразу «...показано произвести амниотомию» обычно стандартный набор штампов. Но эти штампы зачастую бессмысленны: «учитывая нарастание гестоза» (без протеинурии и при нормальном АД), «учитывая тенденцию к перенашиванию» (в 40 нед), «учитывая тенденцию к крупному плоду» (с массой 3600 г); они противоречат элементарной логике, превращая эту операцию в один из самых распространённых актов акушерской агрессии.



Если проанализировать структуру показаний к амниотомии в большинстве российских родильных домов, то становится ясно, что обоснованность этого вмешательства весьма сомнительна.

Как показывает практика, с амниотомией сталкивается каждая вторая пациентка. При анализе историй родов удручает, что среди показаний к данной манипуляции наиболее часто фигурирует «созревающая шейка матки» (не термин, а палочка-выручалочка). Но это физиологическое состояние, и оно по логике не может быть «показанием к операции», скорее «условием для выполнения операции». Хотя юридически не служит ни тем, ни другим, кроме как описанием шейки матки. Выискивать показания врачам приходится вследствие ранее упоминавшегося необоснованно долгого пребывания женщины в отделении патологии беременных (слишком ранняя дородовая госпитализация!), повышенного койко-дня и борьбы за эффективность оборота койки. Вместо того чтобы обследовать женщину, а ещё лучше обследовать в амбулаторных условиях, и отпустить домой дожидаться спонтанного начала родовой деятельности, госпитализированную продолжают «лечить» неизвестно

от чего со **столь же условной эффективностью**. Потом пациентка, как уже говорилось, врачам наскучивает: «долго лежит, надо пересчитать сроки» или, как это называется в некоторых клиниках, «показываем заведующему всех длительно пребывающих». Уж заведующий сможет решить задачу и обеспечить оборот койки, но, к сожалению, категорически не за счёт выписки. В результате подыскивания благовидного предлога пресловутая «созревающая» шейка матки становится показанием к амниотомии, хотя на деле это прямое противопоказание — **шейка «созревающая»! Но не «зрелая»!**

Иногда неоправданная врачебная активность начинается «под давлением диагноза»: нетяжёлая презклампсия (гестоз), сомнительное перенашивание (начиная с 40 нед), мнимая плацентарная недостаточность при массе плода 3 кг и более и т.п. Придуманный диагноз, придуманные показания и оправдания, в этой порочной цепи настоящие — только осложнения и пострадавшие дети.

Точно такая же глупость, но несущая гораздо большую опасность, — подпольная деятельность, когда пузырь вскрывается тайком, превращаясь в «дородовое излитие околоплодных вод», и единственная причина этой манипуляции — желание врача (если это удобно врачу, например, на своём дежурстве, перед закрытием родильного дома на мойку и т.д.). В этом случае состояние родовых путей и срок беременности могут вообще не иметь значения при принятии решения, а фальсификация записей в истории родов создаёт иллюзию безнаказанности в отношении юридических последствий и подаёт крайне дурной пример окружающим. По своей сути подпольные амниотомии в идеале должны быть переведены из поля медицинской науки в поле административного или уголовного (в зависимости от исхода подобной деятельности) законодательства.



Одну из самых распространённых практик следует признать настоящей подпольной деятельностью: плодный пузырь вскрывают тайком, регистрируя в истории родов как «дородовое излитие околоплодных вод», и единственная причина этой манипуляции — желание врача.

В чём же причина широкого распространения этой, безусловно, небезопасной операции, да ещё и бесстрашия для подпольного её выполнения? Дело в том, что амниотомия заслуженно имеет статус самостоятельного эффективного метода родовозбуждения, приводящего к появлению схваток в течение 4 ч у 50–75% пациенток, и сама по себе требует минимума финансовых затрат (Beckmann M., 2016). Но на этом её **положительные момен-**



Рис. 6-23. Последствия необоснованной амниотомии, самой частой формы акушерской агрессии.

ты заканчиваются и начинаются проблемы, ведь сам факт наличия схваток ещё не гарантия успешного завершения родов. Артифициальная потеря амниотической жидкости при неподготовленных родовых путях приводит к аномалиям родовой деятельности у 40,8% рожениц, а по данным пилотного исследования, в одном из регионов показатель достигал 71% (!).

Чаще всего диагностировалась первичная и вторичная слабость родовой деятельности — 26,7%. Дискоординация родовой деятельности осложнила течение родов 5,8%, бурная родоая деятельность — 8,3% рожениц. У 32 женщин (26,7%) аномалии родовой деятельности развились при высокой степени риска, впрочем, во всех случаях происходил значительный интранатальный прирост.

При «недостаточно зрелой шейке матки» **амниотомия повышает риск развития осложнений в родах в 16 раз и частоту операции кесарева сечения в 6 раз** (рис. 6-23). Именно поэтому на всех лекциях, семинарах, вебинарах етс. я советую врачам: «Подумайте! Вам это нужно?» И хотя ещё никто не сказал «Да!», число амниотомий при незрелых родовых путях снижается медленно.

Все эти данные лишний раз подтверждают, что амниотомия без явных показаний, особенно при незрелой шейке матки, — проявление акушерской агрессии, создающее патогенетическую базу для развития аномалий родовой деятельности (Подтетенев А.Д., 2003; Радзинский В.Е., 2004). Яркое проявление «симптома крокодила»: ну не срок ещё, отпусти домой или дай себе слово 3 дня не подходить к ожидающей срока родов женщине. «Руки чешутся? Чешите в другом месте!» (В.С. Черномырдин).

В одном из лучших российских перинатальных центров (Белгород)* руководитель называет «крокодилами» тех врачей, что необоснованно удерживают женщин в отделении патологии беременных. Непрошенный **патернализм** по отношению к беременной расценивается как «крокодиловы слёзы», а не как настоящая забота о здоровье матери и плода. За любые проявления акушерской агрессии здесь карают. Пример, достойный подражания.

Совершив **одно необдуманное действие**, врач становится заложником той самой агрессивной тактики, которую мы выше охарактеризовали как «феномен крокодила». Акушеру-гинекологу в этой ситуации уже некуда деваться. А крокодилу природой не дано пятиться. Не в этом ли причина агрессивного характера крокодилов?

Даже при успешном развитии регулярной родовой деятельности остаются недостатки индукции родовой деятельности путём амниотомии — зависимость от фактора времени (лимитированность безводного промежутка), а следовательно, увеличение потребности в окситоцине.

Многие исследователи охладевают к амниотомии, убедившись, что вероятность успешного родовозбуждения при этом вмешательстве напрямую зависит от **готовности организма к родам**, и даже «зрелая» шейка матки имеет не абсолютную гарантию успеха. Методы индукции родовой деятельности, не требующие нарушения целостности плодного пузыря, например приём антагонистов прогестерона (мифепристон), могут быть более безопасны и физиологичны.

В метаанализе, включившем 14 исследований с участием 4893 женщин (Romano A., 2008), было подтверждено увеличение риска кесарева сечения при необоснованной амниотомии по сравнению с группой, где удалось сохранить целостность плодных оболочек. Этих данных достаточно, чтобы **искоренять рутинную амниотомию как метод сокращения продолжительности родового акта**. Распространённость данного вмешательства связана с недооценкой высокого риска неблагоприятных исходов для матери и ребёнка.

По свидетельству экспертов, каждое четвёртое кесарево сечение происходит вследствие акушерской агрессии. Оперативное родоразрешение становится неизбежным финалом цепочки необдуманных вмешательств: амниотомия → родовозбуждение → родостимуляция → аномалии родовой деятельности → кесарево сечение → «аппаратный» ребёнок. Здесь хотелось бы привести слова одного американского профессора: «Интересные у вас врачи в России: “Но-шпой” сохраняют беременность и в то же время ускоряют роды!»

* В 2016 году на «Сочинских контраверсиях» он занял первое место из 20 перинатальных центров России, участвующих в смотре.

Аналогия этому саркастическому высказыванию следующая. Не так давно в арсенал акушеров-гинекологов широко вошёл метод баллонной тампонады матки при гипотонии в послеродовом периоде, основанный на том, что матка **восстанавливает свой тонус**, реагируя на инородный «объём», и, по идее, чем он больше, тем сильнее реакция. Амниотомия же уменьшает объём внутриматочного содержимого. Да, роды идут быстрее, но в то же время увеличивается вероятность нарушений. Другими словами, одни и те же физиологические механизмы трактуются по-разному, чаще в угоду врачу и ситуации.

Неоправданно высокая частота кесаревых сечений — лишь одно слабое современное системы родовспоможения, где помощь в родах заменена на агрессивные вмешательства акушеров в физиологические процессы.

Пути преодоления необоснованной амниотомии

Пора понять, что **амниотомия далеко не безобидная процедура**, и случай её бездумного и беспорядочного применения может стать первым и главным шагом в порочной цепи событий с трагедией в финале. Если бы каждый раз, беря в руки «пулёвку», врач осознавал, что его следующая манипуляция может поделить жизнь его и пациентки на «до» и «после», бездумных амниотомий было бы на порядок меньше. Конечно, **риск гибели женщины и ребёнка** намного меньше, чем риск кесарева сечения по причине аномалий родовой деятельности, но даже он должен учитываться, и производить вскрытие плодного пузыря можно только тогда, когда дальнейшее пролонгирование беременности или существование целого плодного пузыря в родах этот риск превысит.

Только в таких случаях и при наличии условий («зрелая» шейка матки) можно рассчитывать на амниотомию как на достаточно эффективный, безопасный и экономичный метод индукции родовой деятельности. Должен правильно сработать **механизм запуска родовой деятельности**, связанный с каскадным выбросом модуляторов контрактильности (простагландинов) при активации лизосомального аппарата при разрыве плодных оболочек.

Показания к амниотомии.

- С целью родовозбуждения (преэклампсия, экстрагенитальные заболевания, перенашивание беременности, антенатальная гибель плода).
- Многоводие, маловодие, плоский плодный пузырь (плотно прилегающие к головке плода оболочки тормозят развитие родовой деятельности).
- Кровотечение в родах при низком расположении плаценты (амниотомия прекращает или уменьшает начавшуюся отслойку плаценты, а опу-

скающаяся в малый таз головка плода прижимает плаценту к стенке матки, останавливая или уменьшая кровотечение).

- Чрезмерная плотность плодных оболочек при открытии маточного зева более 7 см.
- Многоплодная беременность (после рождения первого плода).

Техника амниотомии

Процедуру проводят в асептических условиях под контролем частоты сердечных сокращений плода. Перед вскрытием плодных оболочек акушер пальцами тщательно обследует их, чтобы исключить предлежание петель пуповины или сосудов.

Для вскрытия плодного пузыря используют затуплённую браншу пулевых щипцов или специальный пластмассовый амниотом. Инструмент зажимают между указательным и средним пальцами во избежание травмы мягких родовых путей. **Амниотомию производят строго вне схватки и эксцентрично**, пальцами разводят плодовые оболочки и, не извлекая руку, медленно выпускают околоплодные воды. После вскрытия плодовых оболочек и обильного истечения околоплодных вод руку можно вывести из влагалища, головка плода при этом прижата ко входу в малый таз, оболочки разведены.

При визуальном наблюдении полученных околоплодных вод возможно оценить состояние плода по их характеру. Мекониальная окраска околоплодных вод или их полное отсутствие настораживают и требуют постоянного кардиографического динамического наблюдения, а в ряде случаев и пересмотра плана родов в сторону кесарева сечения*.

При многоводии **околоплодные воды выводят медленно**. Быстрое излитие околоплодных вод может привести к выпадению пуповины, преждевременной отслойке плаценты, патологическому вставлению головки плода. Во избежание подобных ситуаций можно прибегнуть к помощи ассистента, фиксирующего головку плода **в максимально низком положении**.


Показания к амниотомии, время манипуляции, а также описание характера полученных околоплодных вод и частоты сердечных сокращений плода должны быть зафиксированы в истории родов.

Осложнения амниотомии. Правильный учёт показаний и тщательное соблюдение техники операции — основа профилактики осложнений у матери и плода. Наиболее распространённое осложнение амниотомии — восходящее инфицирование. Оптимальный **временной интервал** от вскрытия плодно-

* Не стоит ориентироваться на светлые околоплодные воды как на абсолютную гарантию компенсированного состояния плода в родах. Нам приходилось разбирать случаи интранатальной гибели плодов при светлых водах. На вскрытии обнаруживалась диагностическая находка — атрезия ануса, и эти воды оставались светлыми.

го пузыря до родоразрешения — 12 ч, но допустимо увеличение безводного периода до 24 ч, иногда более. После амниотомии возможно урежение сердечных сокращений плода в виде ранних децелераций в течение 15–20 мин после разрыва оболочек. Крайне редкие, но чрезвычайно опасные для плода осложнения амниотомии — разрыв сосуда и выпадение петель пуповины, поэтому обязательно проводить кардиотокографическое наблюдение после манипуляции как минимум в течение 20–30 мин. Проявляются эти осложнения острой гипоксией плода, и в этих случаях необходимо экстренное абдоминальное родоразрешение.

Иногда вскрытие плодного пузыря приводит к сильным и болезненным маточным сокращениям и потребности в раннем обезболивании родов (в начале латентной фазы I периода родов). Борьба с подпольными амниотомиями, выяснение обстоятельств каждого дородового излития вод (женщины всегда сообщают правду) позволяют в короткий срок избавиться от этого полупреступного деяния.

 Только обоснованные и выполненные под строгим административным контролем (бояться не надо — интересы матери и плода важнее!) амниотомии в клиниках нашей кафедры, как показала Т.В. Златовратская (2008), снижают количество кесаревых сечений на 10%. Этот успех немедленно сказался и на частоте акушерских кровопотерь: гипотонических кровотечений стало в 3,5 раза меньше, доля преждевременных отслоек нормально и низко расположенной плаценты сократилась в 2,3 раза. Ответственный подход к амниотомии снизил частоту программированных родов (амниотомия с целью родовозбуждения) в 2 раза.

Амниотомия при незрелой шейке матки значительно повышает вероятность оперативных родов. Прежде чем взять в руки самый интернациональный* акушерский инструмент, одну из бранш пулевых щипцов, и проткнуть плодный пузырь при незрелой шейке матки, **каждый врач, даже самый лучший, должен подумать: «А нужно ли в 16 раз повышать риск осложнений и в 6 раз — вероятность кесарева сечения у этой практически здоровой женщины?»**

Надеюсь, что честный, профессиональный ответ на этот вопрос позволит избежать многих неприятностей.

* Несколько десятков лет в разных странах Европы, Азии и Северной Америки я интересовался инструментами для амниотомии, и везде мне показывали именно сломанную «пулёвку». Теперь появились пластмассовые «копья», но в работе они мне не понравились.

Литература к главе 6

- Ahonen J., Nuutila M. HELLP syndrome — severe complication during pregnancy // *Duodecim*. — 2012. — Vol. 128. — №6. — P. 569–577. [PMID: 22506319]
- Arabin B., van Eyck J. Delayed-interval delivery in twin and triplet pregnancies: 17 years of experience in 1 perinatal center // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2009. — Vol. 200. — №2. — P. 154. [PMID: 19110229]
- Azria E., Tsatsaris V., Goffinet F. et al. Magnesium sulfate in obstetrics: Current data // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. — 2004. — Vol. 33. — №6 (1). — P. 510–517. [PMID: 15567967]
- Baiden F., Hodgson A., Adjuik M. et al. Trend and causes of neonatal mortality in the Kassena-Nankana district of northern Ghana, 1995–2002 // *Trop. Med. Int. Health.* — 2006. — Vol. 11. — №4. — P. 532–539. [PMID: 16553937]
- Baskett T.F., Allen V.M., O'Connell C.M. et al. Predictors of respiratory depression at birth in the term infant // *BJOG*. — 2006. — Vol. 113. — №7. — P. 769–774. [PMID: 16827759]
- Beckmann M., Merollini K., Kumar S. et al. Induction of labor using prostaglandin vaginal gel: Cost analysis comparing early amniotomy with repeat prostaglandin gel // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2016. — Vol. 199. — P. 96–101. [PMID: 26914400]
- Boulvain M., Kelly A., Lohse C. et al. Mechanical methods for induction of labor // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2001. — Vol. 4. — Art. №CD001233. [PMID: 11687101]
- Braun C.R. *Lehrbuch der Geburtshilfe*. — Wien: Wilhelm Braumüller, 1857. — 1014 p.
- Caughey A., Scotland N.E., Washington A.E. et al. Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2007. — Vol. 196. — №2. — P. 155. [PMID: 17306661]
- Chamberlain G., Zander L. ABC of labor care: Induction // *BMJ*. — 1999. — Vol. 318. — №7189. — P. 995–998. [PMID: 10195975]
- Chambers D.G., Willcourt R.J., Laver A.R. et al. Comparison of Dilapan-S and laminaria for cervical priming before surgical pregnancy termination at 17–22 weeks' gestation // *Int. J. Womens Health*. — 2011. — Vol. 3. — P. 347–352. [PMID: 22114527]
- Chen F.C., Bergann A., Krosse J. et al. Isosorbide mononitrate vaginal gel versus misoprostol vaginal gel versus Dilapan-S for cervical ripening before first trimester curettage // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2008. — Vol. 138. — №2. — P. 176–179. [PMID: 17980952]
- Costa M.L. Preeclampsia: reflections on how to counsel about preventing recurrence // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* — 2015. — Vol. 37. — №10. — P. 887–893. [PMID: 26606702]
- Crowther C.A., Hiller J.E., Doyle L.W. et al. Effect of magnesium sulfate given for neuroprotection before preterm birth: A randomized controlled trial // *JAMA*. — 2003. — Vol. 290. — №20. — P. 2669–2676. [PMID: 14645308]
- Darney B.G., Snowden J.M., Cheng Y.W. et al. Elective induction of labor at term compared with expectant management: Maternal and neonatal outcomes // *Obstet. Gynecol.* — 2013. — Vol. 122. — №4. — P. 761–769. [PMID: 24084532]
- Dodd J., Crowther C.A. Vaginal birth after Caesarean section: A survey of practice in Australia and New Zealand // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* — 2003. — Vol. 43. — №3. — P. 226–231. [PMID: 14712990]
- Dodd J.M., Flenady V.J., Cincotta R. et al. Progesterone for the prevention of preterm birth: A systematic review // *Obstet. Gynecol.* — 2008. — Vol. 112. — №1. — P. 127–134. [PMID: 18591318]
- Dodic M., Peers A., Coghlan J.P. et al. Altered cardiovascular haemodynamics and baroreceptor-heart rate reflex in adult sheep after prenatal exposure to dexamethasone // *Clin. Sci. (Lond)*. — 1999. — Vol. 97. — №1. — P. 103–109. [PMID: 10369801]
- Duley L., Henderson-Smart D.J., Meher S. et al. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2007. — Vol. 2. — Art. №CD004659. [PMID: 17443552]
- Elden H., Hagberg H., Wessberg A. et al. Study protocol of SWEPIS a Swedish multicentre register based randomised controlled trial to compare induction of labor at 41 completed gestational weeks versus expectant management and induction at 42 completed gestational weeks // *BMC Pregnancy Childbirth*. — 2016. — Vol. 16. — P. 49. [PMID: 26951777]
- Edwards M.S. Mifepristone: cervical ripening and induction of labor // *Clin. Obstet. Gynecol.* — 1996. — Vol. 39. — №2. — P. 469–473. [PMID: 8734011]
- Elghorori M.R., Hassan I., Dartey W. et al. Comparison between subjective and objective assessments of the cervix before induction of labor // *J. Obstet. Gynaecol.* — 2006. — Vol. 26. — №6. — P. 521–526. [PMID: 17000497]
- Elliot C.L., Brennard J.E., Calder A.A. The effects of mifepristone on cervical ripening and labor induction in primigravidae // *Obstet. Gynecol.* — 1998. — Vol. 92. — №5. — P. 804–809. [PMID: 9794673]
- Faltin-Traub E.F., Boulvain M., Faltin D.L. et al. Reliability of the Bishop score before labor induction at term // *Reprod. Biol.* — 2004. — Vol. 112. — №2. — P. 178–181. [PMID: 14746954]
- Feng Y., Xu J., Zhou Q. et al. Alpha-1 antitrypsin prevents the development of preeclampsia through suppression of oxidative stress // *Front Physiol.* — 2016. — Vol. 7. — P. 176. [PMID: 27303303]
- Fok W.Y., Chan L.Y., Tsui M.H. et al. When to induce labor for post-term? A study of induction at 41 weeks versus 42 weeks // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2006. — Vol. 125. — №2. — P. 206–210. [PMID: 16139416]
- Fraser W.D., Turcot L., Krauss I. et al. Withdrawn: Amniotomy for shortening spontaneous labor // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2007. — Vol. 3. — Art. № CD000015. [PMID: 17636574]
- Fujiwara T., Maeta H., Chida S. et al. Artificial surfactant therapy in hyaline-membrane disease // *Lancet*. — 1980. — Vol. 1. — №8159. — P. 55–59. [PMID: 6101413]
- Ghesquière L., Clouqueur E., Garabedian C. et al. Can we prevent preeclampsia? // *Presse. Med.* — 2016. — Vol. 45. — №4 (1). — P. 403–413. [PMID: 27013262]
- Giacalone P.L., Daurès J.P., Faure J.M. et al. The effects of mifepristone on uterine sensitivity to oxytocin and on fetal heart rate patterns // *J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2001. — Vol. 97. — №1. — P. 30–34. [PMID: 11435005]
- Gu N., Ru T., Wang Z. et al. Foley catheter for induction of labor at term: An open-label, randomized controlled trial // *PLoS One*. — 2015. — Vol. 10. — №8. — P. e0136856. [PMID: 26322635]
- Gulmezoglu A.M., Crowther C.A., Middleton P. Induction of labor for improving birth outcomes for women at or beyond term // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — Vol. 4. — Art. № CD004945. [PMID: 17054226]

- Hamersley S.L., Coleman S.K., Bergauer N.K. et al. Delayed-interval delivery in twin pregnancies // *J. Reprod. Med.* — 2002. — Vol. 47. — №2. — P. 125–130. [PMID: 11883351]
- Henry A., Madan A., Reid R. et al. Outpatient Foley catheter versus intracervical prostaglandin E2 gel for induction of labor: A randomised trial // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2013. — Vol. 13. — P. 25. [PMID: 23356673]
- Hofmeyr G.J., Mlokoti Z., Nikodem V.C. et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders is not associated with changes in platelet count, urate, and urinary protein: A randomized control trial // *Hypertens. Pregnancy.* — 2008. — Vol. 27. — №3. — P. 299–204. [PMID: 18696358]
- Hu B., Yang J., Huang Q. et al. Cyclosporin A significantly improves preeclampsia signs and suppresses inflammation in a rat model // *Cytokine.* — 2016. — Vol. 81. — P. 77–81. [PMID: 26954342]
- Karumanchi S.A. Angiogenic factors in preeclampsia: from diagnosis to therapy // *Hypertension.* — 2016. — Vol. 67. — №6. — P. 1072–1079. [PMID: 27067718]
- Kaveh M., Ghajrzadeh M., Davari Tanha F. et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in multiple pregnancies: A comparison between assisted reproductive techniques and spontaneous conception // *Int. J. Fertil. Steril.* — 2015. — Vol. 8. — №4. — P. 367–372. [PMID: 25780517]
- Krul I.M., Groeneveld E., Spaan M. et al. Increased breast cancer risk in in vitro fertilisation treated women with a multiple pregnancy: A new hypothesis based on historical in vitro fertilization treatment data // *Eur. J. Cancer.* — 2015. — Vol. 51. — №1. — P. 112–120. [PMID: 25466508]
- Lerchl A. Where are the Sunday babies? Observations on a marked decline in weekend births in Germany // *Naturwissenschaften.* — 2005. — Vol. 92. — №12. — P. 592–594. [PMID: 16205906]
- Li N., Wang Y., Zhou H. Effects of routine early amniotomy on labor and health status of foetus and neonate: A meta analysis // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* — 2006. — Vol. 41. — №1. — P. 16–19. [PMID: 16635321]
- Lieberman E., O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2002. — Vol. 186. — №5. — P. S31–S68. [PMID: 12011872]
- Luthy D.A., Malmgren J.A., Zingheim R.W. Cesarean delivery after elective induction in nulliparous women: the physician effect // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 191. — №5. — P. 1511–1515. [PMID: 15547518]
- Lytus R., Lohr P.A., Taylor J., Morrioni C. Outcomes with same-day cervical preparation with Dilapan-S osmotic dilators and vaginal misoprostol before dilatation and evacuation at 18 to 21+6 weeks' gestation // *Contraception.* — 2013. — Vol. 87. — №1. — P. 71–75. [PMID: 22898362]
- Macer J.A., Macer C.L., Chan L.S. Elective induction versus spontaneous labor: A retrospective study of complications and outcome // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1992. — Vol. 166. — №6(1). — P. 1690–1696. [PMID: 1615976]
- Management of labor and delivery / Ed R.K. Creasy. — USA: Blackwell Science, 1996. — 593 p.
- Marx J., Hockberger R., Walls R. Rosen's emergency medicine: Concepts and clinical practice. — 7th ed. — Mosby Elsevier Inc, 2010. — 2604 p.
- Martin J.A., Hamilton B.E., Osterman M.J. et al. Births: Final data for 2013 // *Natl. Vital. Stat. Rep.* — 2015. — Vol. 64. — №1. — P. 1–65. [PMID: 25603115]
- Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. et al. Births: final data for 2002 // *Natl. Vital. Stat. Rep.* — 2003. — Vol. 52. — №10. — P. 1–113. [PMID: 14717305]
- Miller R.D. et al. Miller's Anesthesia. — 7th ed. — Elsevier health science, 2009 — 3084 p.
- Neilson J.P. Mifepristone for induction of labor // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2000. — Vol. 4. — Art. №CD002865. [PMID: 11034779]
- Padilla-Iserte P., Vila-Vives J.M., Ferri B. et al. Delayed interval delivery of the second twin: Obstetric management, neonatal outcomes, and 2-year follow-up // *J. Obstet. Gynaecol. India.* — 2014. — Vol. 64. — №5. — P. 344–348. [PMID: 25368458]
- Poon L.C., Parsons J. Audit of the effectiveness of cervical preparation with Dilapan prior to late second-trimester (20–24 weeks) surgical termination of pregnancy // *BJOG.* — 2007. — Vol. 114. — №4. — P. 485–488. [PMID: 17309543]
- Raboni S., Kaibura C.T., Fieni S. Amniocentesis: is it actual? // *Acta. Biomed.* — 2004. — Vol. 75. — №1. — P. 59–61. [PMID: 15301293]
- Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. — Geneva: WHO, 2011. — 38 p.
- Roman H., Verspyck E., Vercoustre L. et al. Does ultrasound examination when the cervix is unfavorable improve the prediction of failed labor induction? // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 23. — №4. — P. 357–362. [PMID: 15065185]
- Romano A.M. Research summaries for normal birth // *J. Perinat. Educ.* — 2008. — Vol. 17. — №1. — P. 48–52. [PMID: 19119335]
- Romero R., Nicolaidis K., Conde-Agudelo A. et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: A systematic review and metaanalysis of individual patient data // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2012. — Vol. 206. — №2. — P. 124. [PMID: 22284156]
- Rozenberg P. Magnesium sulphate prophylaxis in preeclampsia // *Gynecol. Obstet. Fertil.* — 2006. — Vol. 34. — №1. — P. 54–59. [PMID: 16406662]
- Sahu M. et al. Prolonged latency period of 70 days in diamniotic and dichorionic twin pregnancy complicated by early second trimester rupture of membrane in one sac and its outcome // *Int. J. Sci. Rep.* — 2015. — Vol. 1. — №8. — P. 317–320.
- Samuel M.I., Parsons J.H. Hygroscopic dilator (Dilapan-S) and misoprostol combination for the early first-trimester termination of pregnancy: a pilot study // *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care.* — 2009. — Vol. 35. — №1. — P. 45–47. [PMID: 19126319]
- Seyb S.T., Berka R.J., Socol M.L. et al. Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women // *Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 94. — №4. — P. 600–607. [PMID: 10511367]
- Sibai B.M. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia // *Obstet. Gynecol.* — 2005. — Vol. 105. — №2. — P. 402–410. [PMID: 15684172]
- Sibai B.M. et al. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2011. — Vol. 205. — №3. — P. 191–198. [PMID: 22071049]
- Simon J., Gray A., Duley L. et al. Cost-effectiveness of prophylactic magnesium sulphate for 9996 women with preeclampsia from 33 countries: economic evaluation of the Magpie Trial // *BJOG.* — 2006. — Vol. 113. — №2. — P. 144–151. [PMID: 16411990]
- Stenlund P.M., Ekman G., Aedo A.R. et al. Induction of labor with mifepristone: A randomized, double-blind study versus placebo //

- Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 1999. — Vol. 78. — №9. — P. 793–798. [PMID: 10535345]
- Stephansson O., Dickman P.W., Johansson A.L. et al. Time of birth and risk of intrapartum and early neonatal death // *Epidemiology.* — 2003. — Vol. 14. — №2. — P. 218–222. [PMID: 12606889]
- Strobel E., Sladkevicius P., Rovas L. et al. Bishop score and ultrasound assessment of the cervix for prediction of time to onset of labor and time to delivery in prolonged pregnancy // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2006. — Vol. 28. — №3. — P. 298–305. [PMID: 16817173]
- Sotiriadis A., Papaioannidou S., Makrydimas G. Perinatal outcome in women treated with progesterone for the prevention of preterm birth: A meta-analysis // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2012. — Vol. 40. — №3. — P. 257–266. [PMID: 22611023]
- Szczepaniak-Chicheł L., Tykarski A. Treatment of arterial hypertension in pregnancy in relation to current guidelines of the Polish society of arterial hypertension from 2011 // *Ginekol. Pol.* — 2012. — Vol. 83. — №10. — P. 778–783. [PMID: 23383565]
- Treger M., Hallak M., Silberstein T. et al. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks? // *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* — 2002. — Vol. 11. — №1. — P. 50–53. [PMID: 12380609]
- Tong W.C., Tribe R.M., Smith R. et al. Computational modeling reveals key contributions of KCNQ and HERG currents to the malleability of uterine action potentials underpinning labor // *PLoS. One.* — 2014. — Vol. 9. — №12. — P. e114034. [PMID: 25474527]
- Tukur J. The use of magnesium sulphate for the treatment of severe pre-eclampsia and eclampsia // *Ann. Afr. Med.* — 2009. — Vol. 8. — №2. — P. 76–80. [PMID: 19805935]
- Uzan J., Carbonnel M., Piconne O. et al. Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management // *Vasc. Health. Risk. Manag.* — 2011. — Vol. 7. — P. 467–474. [PMID: 21822394]
- Van Baaren G.J., Peelen M.J., Schuit E. et al. Preterm birth in singleton and multiple pregnancies: evaluation of costs and perinatal outcomes // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2015. — Vol. 186. — P. 34–41. [PMID: 25597886]
- Verrotti C., Bedocchi L., Piantelli G. et al. Amniotic fluid index versus largest vertical pocket in the prediction of perinatal outcome in post-term pregnancies // *Acta. Biomed.* — 2004. — Vol. 75. — №1. — P. 67–70. [PMID: 15301295]
- Vincent J.L., Abraham E., Kochanek P. et al. *Textbook of critical care.* — 6th ed. — Saunders, 2011. — 1744 p.
- Wang M., Fontaine P. Common questions about late-term and postterm pregnancy // *Am. Fam. Physician.* — 2014. — Vol. 90. — №3. — P. 160–165. [PMID: 25077721]
- Wing D.A., Paul R.H. Vaginal birth after cesarean section: selection and management // *Clin. Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 42. — №4. — P. 836–848. [PMID: 10572697]
- Werner E.F., Hauspurg A.K., Rouse D.J. A cost-benefit analysis of low-dose aspirin prophylaxis for the prevention of preeclampsia in the United States // *Obstet. Gynecol.* — 2015. — Vol. 126. — №6. — P. 1242–1250. [PMID: 26551178]
- Woudstra D.M., Chandra S., Hofmeyr G.J. et al. Corticosteroids for HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) syndrome in pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2010. — Vol. 8. — Art. N°CD008148. [PMID: 20824872]
- Xu H., Gonzalez J.M., Ofori E. et al. Preventing cervical ripening: the primary mechanism by which progestational agents prevent preterm birth? // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2008. — Vol. 198. — №3. — P. 314. [PMID: 18313454]
- Абрамченко В.В., Капленко О.В. Аднергетические средства в акушерской практике. — СПб.: Петрополис, 2000. — 272 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, Г.М. Савельевой, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1203 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1218 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — Краткое изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1080 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 1200 с.
- Акушерство от десяти учителей / Под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. — 17-е изд. — М.: МИА, 2004. — 464 с.
- Акушерство: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1040 с.
- Акушерство: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 773 с.
- Акушерство: Руководство к практическим занятиям / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 728 с.
- Акушерство: Учебник для акушерок / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 904 с.
- Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.
- Атаева А.Т. Дневной стационар для беременных. — Ашгабат: Медбугат, 1990. — 158 с.
- Баев О.Р., Румянцева В.П., Кан Н.Е. и др. Клинический протокол: подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение // *Акушерство и гинекология.* — 2012. — Т. 4. — №2. — С. 14–23.
- Бондаренко К.В. Программированные роды — основной путь снижения перинатальной заболеваемости и смертности при их высоком риске: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 24 с.
- Браун К. Руководство к акушерству. — СПб.: Типогр. мед. наук доктора М. Хана, 1860. — 1192 с.
- Бумм Э. Руководство к изучению акушерства. — СПб.: Практическая медицина, 1907. — 782 с.
- Вученович Ю.Д. Программированные роды при переносной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 26 с.
- Власюк В.В., Иванов Д.О. Клинические рекомендации по диагностике и лечению родовой травмы. — 2016. — 28 с.
- Ведение новорожденных с респираторным дистресс-синдромом: Клинические рекомендации / Под ред. Н.Н. Володиной. — 2016. — 38 с.

- Ветров В.В., Воинов В.А., Иванов Д.О. Неосложнённая преэклампсия. — СПб.: Информ-Навигатор, 2012. — 168 с.
- Гагаев Ч.Г. Патология пулювины / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 196 с.
- Гагаев Ч.Г., Рябкина Т.С., Добрецова Т.А. КИТ-мониторинг: от субъективного к достоверному // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №1 (24). — С. 103–111.
- Галина Т.В., Златовратская Т.В., Гондаренко А.С. Существует ли эффективная терапия гестоза? // Лечащий врач. — 2013. — №4. — С. 61.
- Галина Т.В. Преэклампсия: резервы улучшения исходов для матери и плода: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2011. — 27 с.
- Гармашова Н.Л., Константинова Н.Н. Введение в перинатальную медицину. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.
- Гармашова Н.Л., Константинова Н.Н. Патофизиологические основы охраны внутриутробного развития человека. — Л.: Медицина, 1985. — 160 с.
- Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н. Мифепристон в подготовке и индукции родов // Акушерство и гинекология. — 2008. — №3. — С. 50–53.
- Гипертензивные состояния при беременности: Клинический протокол диагностики и лечения. — Минздрав Республики Казахстан, 2014. — 11 с.
- Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: Федеральные клинические рекомендации. — М.: Минздрав России, 2013. — 85 с.
- Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: Здоровье, 1983. — 204 с.
- Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместрах беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 18 с.
- Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт-2013. Мифепристон-200 — выбор, основанный на доказательствах // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2011. — Т. 4. — №1. — С. 79–85.
- Доброхотова Ю.Э., Кузнецов П.А., Шукина А.В. и др. Преждевременные роды. Целесообразность расширения протокола по тактике ведения досрочного родоразрешения при многоплодной беременности // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №2 (25). — С. 119–122.
- Зарипова Л.Р., Галина Т.В., Голикова Т.П. и др. Прогнозирование и ранняя диагностика преэклампсии // Вестник РУДН. — 2012. — №6. — С. 15–22. — (Медицина).
- Зароченцева Н.В. Шейка матки у беременных: картина в норме и при заболеваниях // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 46–52.
- Златовратская Т.В. Резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в родильном отделении многопрофильной больницы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2008. — 49 с.
- Иванов И.И., Черипко М.В., Косолапова Н.В. и др. Преэклампсия беременных: Особенности патогенеза, тактики ведения // Таврический медико-биологический вестник. — 2012. — Т. 15. — №2. — Ч. 2 (58). — С. 273–286.
- Ипастова И.Д., Руднева О.Д., Чупурова И.Н. Возможные риски необоснованных прогестероновых назначений во время гестации // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 67–73.
- Кесарево сечение в современном акушерстве: Методическое письмо Минздравсоцразвития России, 13 марта 2013 г. №1813-ВС.
- Кесарево сечение. Показания, методы обезбоживания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода: Клинические рекомендации (протокол лечения): Письмо Минздрава РФ, 6 мая 2014 г. №15-4/10/2-3190.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.
- Клинические рекомендации «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия»: Письмо Министерства здравоохранения РФ, 23.09.2013 г. №15-4/10/2-7138 — 42 с.
- Кнышева И.Г., Джобова Э.М., Доброхотова Ю.Э. Роль дефицита магния в патогенезе гестоза // Российский вестник акушер-гинеколога. — 2013. — №2. — С. 30–35.
- Колесниченко О.А. Реабилитация репродуктивной функции после миомэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2010. — 24 с.
- Костин И.Н., Мессия Н.В., Замотина И.В. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности во II триместре беременности: обзор литературы // Хирург. — 2014. — №6. — С. 84–90.
- Кулаков В.И. Развитие перинатального акушерства: проблемы и решения // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». — М.: МИК, 2002. — С. 6–8.
- Куликов А.В., Беломестнов С.Р., Левит А.Л. Базовый протокол оказания медицинской помощи при преэклампсии и её осложнениях (эклампсия, HELLP-синдром). — Екатеринбург, 2013. — 26 с.
- Куликов А.В., Шифман Е.М., Беломестнов С.Р. и др. Интенсивная терапия тяжелой преэклампсии и её осложнений: эклампсии, HELLP-синдрома: Проект клинических рекомендаций. — Екатеринбург, 2013. — 34 с.
- Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 8-е изд. — М.: МИА, 2008. — 436 с.
- Махаров И.О., Боровкова Е.И. Возможности применения сульфата магния в качестве нейропротектора при развитии преждевременных родов // Акушерство. Гинекология. Репродукция. — 2013. — Т. 7. — №1. — С. 41–44.
- Махаров О.В., Козлов П.В., Оленев А.С. и др. Опыт пролонгирования беременности бихориальной двойней после рождения первого плода // Проблемы репродукции. — 2013. — №6. — С. 72–74.
- Махаров И.О., Шешукова Н.А., Овсянникова Т.В. Особенности прегравидарной подготовки у женщин с инфекционным генезом невынашивания беременности // Акушерство. Гинекология. Репродукция. — 2011. — Т. 5. — №1. — С. 5–7.
- Махаров И.О., Юдина Е.В., Боровкова Е.И. Задержка роста плода. Врачебная тактика: Учебное пособие. — 3-е изд. — М.: МЕД-пресс-информ, 2016. — 13 с.
- Макленцова С.М., Курочкина И.О., Катаева О.А. Роль прогестерон-индуцированного блокирующего фактора и цитокинов

- в патогенезе преждевременных родов // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №6 (17). — С. 57–61.
- Михайленко Е.Т., Чернега М.Я. Индукция родов и их регуляция. — Киев: Здоровье, 1989. — 188 с.
- Нагорная В.Ф. Гестозы // Здоровье Украины. — 2013. — С. 32–33.
- Неотложная помощь при преэклампсии и её осложнениях (эклампсия, HELLP-синдром): Клинические рекомендации (протоколы лечения). — 2014. — 25 с.
- О внесении изменения в инструктивно-методические указания по организации работы женской консультации (приложение №1 к приказу Минздрава СССР №430 от 22 апреля 1981 года): Приказ Минздрава, 9 декабря 1999 г. №438.
- Петров-Маслаков М.А., Сотникова Л.Г. Поздний токсикоз беременных. — Л.: Медицина, 1971. — 216 с.
- Побединский Н.И. Акушерство: Краткий учебник. — П.: 22-я Гос. тип., 1922. — 102 с.
- Подготовка шейки матки к программированному родам: Медицинская технология. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2010. — 16 с.
- Подтетнев А.Д. Прогнозирование, профилактика и лечение слабости и дискоординации родовой деятельности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2003. — 44 с.
- Полегаев А.Б., Вабищевич И.К., Морозов С.Т. Способ скринингового обследования женщин детородного возраста с помощью тест-системы ELI-R для прогноза развития эмбриона и плода и рождения здорового либо аномального ребенка: Патент РФ на изобретение, 27 марта 1998 г. №2107913.
- Преждевременный разрыв плодных оболочек: Информационное письмо / Под ред. В.Е. Радзинского, И.М. Ординца. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2011. — 20 с.
- Преждевременные роды: Клинические рекомендации (протокол лечения). — М.: Минздрав России, 2014. — 35 с.
- Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16-го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18–21 марта 2015 года): Информационное письмо. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 4 с.
- Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 183–184.
- Радзинский В.Е. Контрверсии в акушерстве и гинекологии (по материалам одноименного конгресса, 22–25 марта 2007 г.) // Акушерство и гинекология. — 2008. — №5. — С. 70–71.
- Радзинский В.Е. и др. Прегравидарная подготовка: Клинический протокол. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.
- Радзинский В.Е., Добрецова Т.А. Пероральные пробиотики: клиническая эффективность доказана. Пероральные пробиотики в коррекции вагинальных дисбиозов: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 16 с.
- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Девятова Е.А. и др. Зависимость перинатальных исходов от акушерской тактики при преждевременных родах и задержке роста плода // Вестник РУДН. — 2007. — №5. — С. 1–11.
- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Кирбасова Н.П. и др. Преждевременные роды: есть ли перспективы? // Акушерство и гинекология. — 2015. — №2. — С. 99–103.
- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Кирбасова Н.П. Сократительную активность матки можно регулировать. Вопросы акушерского мироздания: Информационное письмо. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 24 с.
- Радзинский В.Е., Гордеев А.Н. Актуальные вопросы современного акушерства (по материалам XVIII Российского конгресса FIGO, 2006 г.) // Акушерство и гинекология. — 2007. — №6. — С. 83–85.
- Радзинский В.Е., Златовратская Т.В., Голикова Т.П. и др. «Аппаратные дети». Кто они? // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». — М.: МИК, 2006. — С. 592–593.
- Радзинский В.Е., Князев С.А. Преждевременные роды. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №3 (26). — С. 11–20.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Преждевременные роды // Акушерство и гинекология. — 2009. — №4. — С. 16–18.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Златовратская Т.В. Недоношенные дети, подвергшиеся реанимации: Анализ акушерской тактики // Акушерство и гинекология. — 2008. — №6. — С. 39–43.
- Радзинский В.Е., Манухин И.Б. О распространённых заблуждениях, касающихся применения гестагенов в клинической практике акушера-гинеколога // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 115–120.
- Радзинский В.Е., Манухин И.Б., Труш М.В. Оптимизация показаний к назначению эктогенного прогестерона: обзор доказательных данных и современных научных представлений // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 62–66.
- Радзинский В.Е., Милованов А.П. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. — М.: МИА, 2004. — 391 с.
- Радзинский В.Е., Ординца И.М. Плацентарная недостаточность при гестозе // Акушерство и гинекология. — 1999. — №1. — С. 11–16.
- Радзинский В.Е., Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. — М.: РУДН, 2001. — 276 с.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Соловьёва А.В. Санация перед родами и гинекологическими операциями: нужна? Не нужна? Вредна? Диагностика и коррекция нарушений влажного биоценоза в программах подготовки к родоразрешению и гинекологическим операциям: Клиническая лекция. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2011. — 20 с.
- Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. — ВО3, 2014. — 48 с.
- Репина М.А., Оболенский С.В., Линде В.А. К вопросу об эндотенной интоксикации при гестозе и её лечении гомеопатическими препаратами // Гомеопатия и фитотерапия. — 1996. — №1. — С. 12–15.
- Репродуктивное здоровье: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011. — 727 с.
- Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12–13 марта 2013 года) / Под ред. Т.С. Рязнкиной, Х.Ю. Симоновской,

- С.А. Маклецов. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.
- Российский статистический ежегодник. 2015: Статистический сборник — М.: Росстат, 2015. — 728 с.
- Рунге М. Учебник акушерства / Пер. с нем. изд. — 2-е русск. изд. — СПб.: Практическая медицина, 1897. — 508 с.
- Рябцев К.М. Гипербарическая оксигенация в комплексе профилактики и лечения ранней плацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 26 с.
- Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. и др. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза: Методические указания № 99/80. — М., 1999.
- Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Родовая схватка человека: Клинико-биомеханические аспекты. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. — 240 с.
- Серов В.Н., Добронеецкая Д.В., Уразаев Р.А. Системная эндотоксемия в патогенезе ОПГ-гестоза // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1995. — Т. 1. — №2. — С. 12–16.
- Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: Методические пособия и клинические протоколы. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 228 с.
- Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. — М.: Триада-Х, 2000. — 304 с.
- Старцева Н.М. Резервы снижения перинатальной заболеваемости и смертности детей с задержкой развития плода при недоношенной беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006. — 62 с.
- Тамаркин М.Б., Завадина Е.В., Костин И.Н. и др. Эффективность лечебно-профилактических санационных мероприятий для улучшения исходов преждевременных родов // Вестник РУДН. — 2012. — №6. — С. 37–42. — (Медицина).
- Фаткуллин И.Ф., Гафиатуллина Ф.И., Хайруллина Г.Р. и др. Подготовка шейки матки к родам у женщин с перенесенной беременностью // Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. 91. — №3. — С. 390–392.
- Фаткуллин И.Ф., Мунавирова А.А. Диагностика преждевременного разрыва плодных оболочек — устаревшее и актуальное // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 103–109.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адаман, Н.В. Артымук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.
- Цуркан С.В. Клинико-организационное обоснование ранней профилактики перинатальной патологии как компонента улучшения общественного здоровья: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2011. — 48 с.
- Хечинашвили Г.Г. Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам. — Л.: Медицина, 1974. — 192 с.
- Читиашвили Л.Н. Нарушения плацентарного гомеостаза во втором триместре беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 17 с.
- Чотчаева А.И., Тулупова М.С., Хамошина М.Б. и др. Факторы, влияющие на течение гестационного периода у женщин с угрозой прерывания беременности во втором триместре // Доктор.Ру. — 2012. — №1 (69). — С. 48–51.
- Чудинов Ю.В. Адренергическая иннервация матки в разные периоды репродуктивной деятельности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1987. — 22 с.
- Шабалов Н.П. Неонатология. — М., 2004. — Т. I. — 608 с.; Т. II. — 640 с.
- Шалина Р.И., Выхристюк Ю.В., Кривоножко С.В. Перинатальные исходы у недоношенных новорожденных с экстремально низкой и низкой массой тела при рождении // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. — 2004. — Т. 3. — №4. — С. 57–63.
- Шифман Е.М., Куликов А.В., Беломестнов С.Р. Клинические рекомендации по интенсивной терапии и анестезии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 107–115.
- Шпигельберг О. Учебник акушерства для врачей и учащихся. — СПб.: Типография Б.Г. Ямпольского, 1885. — 948 с.
- Шпигельберг О. Учебник акушерства для врачей и учащихся. — СПб.: Типография Б.Г. Ямпольского, 1879. — 909 с.
- Яковлева Т.В. Причины и динамика перинатальной смертности в Российской Федерации // Здравоохранение РФ. — 2005. — №4. — С. 26–29.



ГЛАВА 7

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ В РОДБЛОКЕ

akusher-lib.ru

В родблоке проблема акушерской агрессии возникает особенно часто:

- необоснованные родовозбуждения и родостимуляции (введение окситоцина в 45–60% родов, амниотомии без реальных показаний, «подпольная» индукция и/или стимуляция родовой деятельности, в том числе опасным мизопростолом);
- рассечение промежности при высоко стоящей головке;
- стремление к малым разрезам на промежности, вследствие чего 67% разрезов продолжают в разрывы;
- неквалифицированная защита промежности акушеркой;
- «пособие» по Кристеллеру;
- 25% ненужных кесаревых сечений — и 15% женщин, которым при высоком перинатальном риске операция проведена не была;
- преобладание экстренных кесаревых сечений над плановыми и запланированными;
- неадекватное лечение акушерских кровотечений (экстирпация матки вместо баллонной тампонады, гемостатических швов и перевязки сосудов).

НЕОБОСНОВАННЫЕ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ И РОДОСТИМУЛЯЦИИ

Изменились показания к индукции родов. Раньше необходимость родостимуляции обосновывали жизнью и здоровьем женщины, а сейчас чаще — перинатальными интересами. Однако **снизить перинатальную заболеваемость и смертность можно лишь при обоснованном вмешательстве** у пациенток с осложнённой беременностью, когда индукция родов призвана сохранить здоровье ребёнка. Бездумное употребление акушерских индукционных методик приводит к прямо противоположным результатам, о чём и свидетельствуют статистические показатели.

Что в протоколе программированных родов должно следовать за подготовкой шейки матки? Чётких рекомендаций по способу родовозбуждения нет. Полагая, что программированные роды следует вести активнее, чем спонтанные, **в конце XX века** С.П. Попов и соавт. (1997) рекомендовали для профилактики аномалий родовой деятельности сразу после амниотомии начинать всем женщинам инфузию окситоцина. Тогда полагали, что комбинация амниотомии и введения окситоцина более эффективна, чем каждый из методов в отдельности. Однако вскоре выводы Кокрейновского обзора (2000) показали, что статистически подтверждённые исследования эффективности

этой манипуляции отсутствуют. Существуют данные о возрастании потребности в применении окситоцина после амниотомии в сравнении с использованием простагландинов (ОШ=2,85; 95% ДИ 1,82–4,46). **Единого мнения относительно назначения и доз утеротонических средств нет**; лишь немногие исследователи высказываются в пользу дифференцированного подхода к назначению утеротоников (только если нет схваток или они слабые, что подтверждено токограммой).

В XXI веке большинство акушеров (и мы в их числе) считают неправильными одновременные амниотомию и инфузию окситоцина, поскольку **этот метод чрезмерно агрессивен и нарушает маточно-плацентарный кровоток**. Введение окситоцина можно начинать, если родовой деятельности нет в течение 2–3 ч после амниотомии либо при слабости родовой деятельности. Противники сочетанного родовозбуждения считают, что при постоянном кардиотокографическом контроле после амниотомии можно или вовсе избежать ненужной инфузии окситоцина, или уменьшить необходимую дозу. В противном случае, без кардиотокографии, частота быстрых и стремительных родов превышает 40%, **одновременно растёт число новорождённых в состоянии асфиксии**.

Сколько длятся нормальные роды

Чтобы объяснить, почему акушеры-гинекологи так часто оказываются перед выбором «стимулировать или нет», нужно сначала ответить на другой вопрос: сколько в среднем должны продолжаться роды? Этот вроде бы имеющий какие-то константы, но в то же время вечный вопрос стратегически важен, и **неверные ответы на него влекут за собой неправильные действия врача**.

Продолжительность родов у перво- и повторнородящих к началу XX века составляла в среднем 20 и 13 ч соответственно, а к концу XX века — 13 и 7 ч (рис. 7-1).

При анализе временных параметров родов прошлого видно, что **в среднем каждое десятилетие продолжительность родов у первородящих уменьшалась почти на 1 ч, у повторнородящих — на 40 мин**. Что же менялось за это время? Генетически детерминированный, веками отлаженный физиологический процесс родов? Вряд ли. Антропометрические показатели женского организма, в частности родовых путей? Нет. Закономерный процесс развития научной мысли? Несомненно!

Все открытия и изобретения в обязательном порядке деловито прикладывают к клинической практике акушерства и гинекологии. Мы, врачи, «оброс-

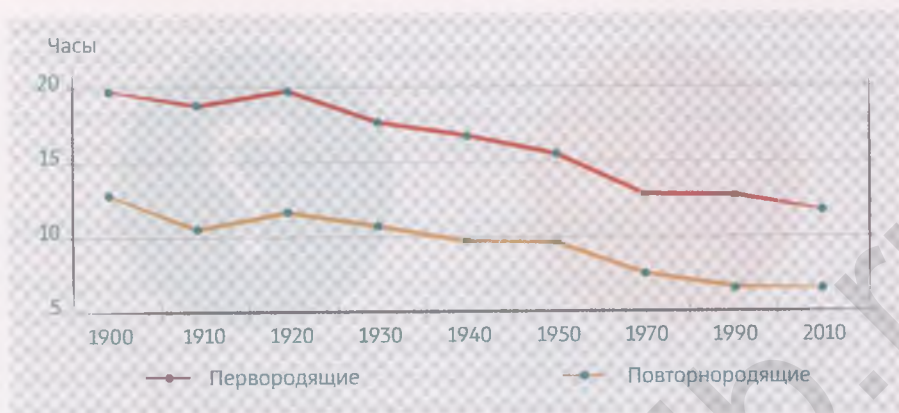


Рис. 7-1. Динамика средней продолжительности родов до начала XXI века, часы.

ли» множеством разнообразных, не всегда научно обоснованных методов, способов, приёмов и тактик, за которыми теряем истинную сущность вещей. Разумеется, большинство достижений акушерской науки имеют благородную цель — снизить показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Однако **осмысление современного состояния акушерства показывает, что зачастую мы, манипулируя современными наработками, сами себя загоняем в тупик.**

Среднемировые значения длительности родов часто оказываются отправной точкой для принятия скоропалительных и неправильных решений относительно тактики ведения конкретной беременной. Частота использования утеротонических препаратов в мире достигает 60%, и это только учтённые данные! О частоте применения в родах запрещённых пособий («пособие» по Кристеллеру) не знает никто (рис. 7-2).

Критерием правильности течения родов стала «продолжительность», а не динамика родового процесса. Как только было решено, что для первых родов оптимален срок в 8–12 ч, иные, не укладывающиеся в эти рамки сроки стали расценивать как затяжное течение родов. «...А если так, то роды пора скоренько заканчивать!» — делают вывод врачи и прибегают к родостимуляции. Итог плачевен. **Чем меньшая длительность родов «в моде», тем хуже последствия:** возрастают частота аномалий родовой деятельности, материнский травматизм, перинатальная заболеваемость и смертность. Чтобы понять, каковы в действительности критерии продолжительности родов, следует проанализировать как российские, так и иностранные источники. В соответствии с обзорами сроки называются различные — от 7 до 18 ч.



Рис. 7-2. Насколько часто в родах используются утеротоники? А запрещённые пособия?

Наиболее распространённая акушерская ошибка именно в этом вопросе — определение точного времени начала родов: здесь мнения специалистов наиболее разноречивы. Если за родовые схватки приняты предвестники, то при частоте последних с интервалом в 6–10 мин продолжительность родов увеличивается до 18–24 ч, что, несомненно, отразится на тактике ведения столь «затяжных» родов: будет принято решение о родостимуляции там, где показана выжидательная тактика. **В такой ситуации предсказуемы ятрогенные вмешательства вкупе с ростом числа оперативных родоразрешений — и закономерные осложнения.**

Излишнюю врачебную активность провоцируют также трудности диагностики начала родов у первородящих, госпитализируемых с минимальным укорочением шейки матки, у женщин с дородовым излитием околоплодных вод и в случае преждевременных родов.

Ещё одна причина ненужных родостимуляций — неумение отличить прелиминарные схватки Брэкстона Хикса (John Braxton Hicks) и собственно родовые, гипо- и гипертонические маточные сокращения. Следствием таких ошибок становится нерациональное лечение «аномалий родовой деятельности».

Подобная общепринятая тактика проистекает из отсутствия чётких диагностических критериев аномалий родовой деятельности. Единой классификации и клинической характеристики нарушений сократительной деятельности матки в мире нет. Надо сказать, что во избежание необоснованного ускорения родов некоторые крупные иностранные учреждения

разработали собственные внутрибольничные стандарты, регистрирующие начало родов лишь в случае раскрытия маточного зева на 2–3 см. Однако тактика учёта лишь структурных изменений родовых путей далека от идеала. Получается, что женщина в латентном периоде родов роженицей ещё не считается — и не получит должного внимания.

Дискоординация родовой деятельности

Распространённость аномалий родовой деятельности осложняет 10–12% родов. Разброс связан с трудностями диагностики, особенно проблемна в этом смысле гипертоническая дисфункция матки, опасная дискоординацией родовой деятельности. Ретроспективный анализ данных кардиотокограмм показывает, что **дискоординированные маточные сокращения имеются у 8% рожениц, а диагноз такой ставят только 2%**.

По сведениям из иностранных источников, термин «dystocia» фигурирует в 8–30% родов, ошибочно указывая на общность этиопатогенеза аномалий родовой деятельности и заставляя усомниться в истинной частоте дискоординаций. **В России принято деление на слабую и дискоординированную родовую деятельность.** Это более обоснованно, но путаницы в диагностике вызывает не меньше.

Ятрогенный характер дискоординации родовой деятельности подтверждается тем, что **80% пациенток с этими осложнениями — практически здоровые первородящие.** Как было показано в разделе «Программированные роды при незрелой шейке матки» (глава 6), основной ятрогенией, приводящей к дискоординации родовой деятельности, оказывается именно незрелость шейки матки — фактор риска, который смертельно опаснее прочих в несколько раз! Частота гипертонических маточных сокращений при этом составляет более 97%. В такого рода ситуации при дискоординации родовой деятельности **утеротоническая терапия бессмысленна, поскольку противоречит физиологии самих родов.** Созревание, укорочение шейки матки происходят не под влиянием окситоцина, а опосредовано совсем иными, иммунохимическими механизмами! Наивная надежда на созревание, укорочение, раскрытие под влиянием утеротоников не имеет под собой ни научного, ни сугубо практического обоснования.

В латентной фазе I периода физиологических родов сначала нарастает ритм сокращений, затем их сила и в последнюю очередь — базисное давление. **Филогенетически выработалось, что ритм схваток постепенно становится достаточным для преодоления готового к открытию «шеечного замка».** В активную фазу, когда происходят первые поступательные

движения, направленные на установление головки во входе в малый таз, увеличивается сила схваток. Базисное же внутриматочное давление повышается только во II периоде родов, когда головка плода проходит узкую часть полости малого таза.

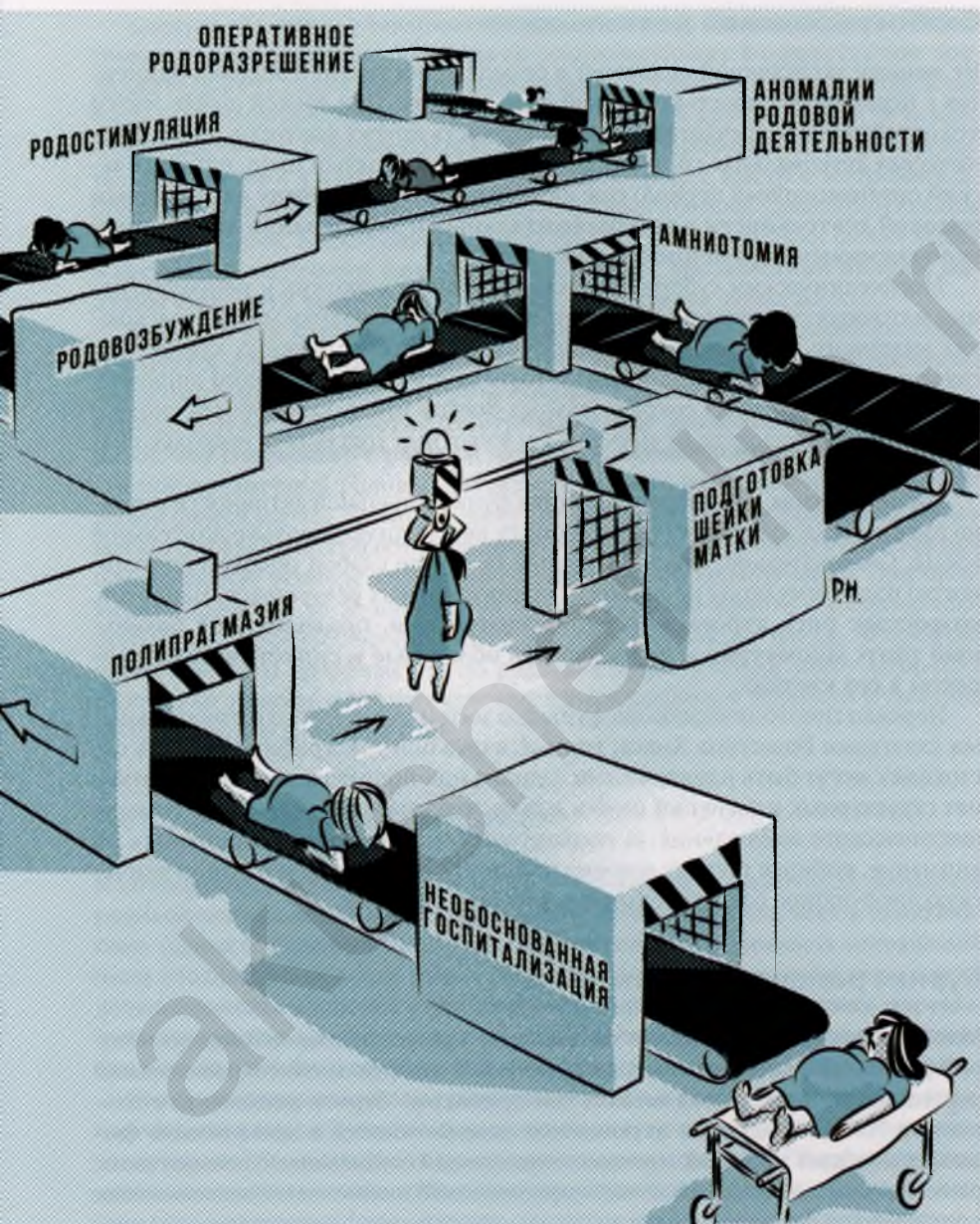
При дискоординации родовой деятельности матка, преодолевая повышенное сопротивление незрелой шейки, проходит перечисленные этапы за одну латентную фазу. **Максимум, которого можно достичь при такой непродуктивной работе**, — некоторое укорочение шейки матки, превратившейся в ригидный жом, пропускающий один палец акушера. Важно, что в этот период жалобы роженицы на болезненные схватки обычно не очень выражены, и дискоординацию родовой деятельности обнаруживают несвоевременно.

А вот далее энергетические резервы миометрия иссякают, вследствие чего ритм маточных сокращений сбивается: схватки болезненные, продолжительные, «двугорбые» (по данным токографии), матка между ними полностью не расслабляется.

В лучшем случае запоздалая диагностика и коррекция дискоординации происходят именно в этот период. Однако, **учитывая истощение функциональных ресурсов миометрия, эффективность терапевтических мероприятий невысока**. Гиперкатехоламинемия повышает внутриклеточную концентрацию ионов кальция, что нарушает работу сократительных белков, а на органном уровне наступает гипертонус миометрия. Это препятствует маточно-плацентарной перфузии газов, а возникающий дефицит кислорода усугубляет анаэробный гликолиз и ацидоз. Накапливаются недоокисленные метаболиты жирных кислот (сильных детергентов), блокируется фермент Ca^{2+} -АТФаза, выносящий ионы кальция через соответствующие каналы цитоплазматической мембраны в межклеточное пространство. Концентрация ионов кальция в цитоплазме нарастает, тонус миометрия всё интенсивнее — формируется замкнутый круг.

Несмотря на разнообразие клинической картины дискоординации родовой деятельности (частые и резко болезненные схватки, сокращение интервала между ними менее 2 мин, разная сила и продолжительность схваток), основной симптом всё же — базальный гипертонус миометрия. Из-за него нарушается маточно-плацентарный кровоток, возникают первые признаки гипоксии плода, снижается продуктивность схватки, меняется порог болевой чувствительности.

Таковы коренные отличия дискоординации от любых других аномалий родовой деятельности. Несвоевременное обнаружение этих осложнений провоцирует ошибочную родостимуляцию, а это чревато серьёзными осложнениями для матери и плода.



Слабость родовой деятельности

Не меньше затруднений возникает в определении тактики ведения пациенток с первичной слабостью родовой деятельности. При зрелой шейке матки это осложнение встречается редко. Значимость других факторов риска (хроническая артериальная гипертензия, ожирение, крупный плод, патологический прелиминарный период) ещё ниже. **Взаимосвязи между аномалиями родовой деятельности и экстрагенитальными заболеваниями, другими осложнениями беременности тоже нет.**

Морфологическим субстратом слабых, редких, коротких и непродуктивных маточных сокращений, замедления сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева оказывается дисфункция гладкомышечных клеток. Это связано с нарушением предродового созревания сократительного аппарата, незрелостью некоторых сократительных белков миоцита. Скорость синтеза этих веществ у человека не изучена, а у животных составляет несколько часов (3–6 ч).

Таким образом, для достижения пика функциональной активности исходно практически инертному утеромиоциту необходимо довольно длительное время. Следовательно, слишком ранняя (в случае слабой родовой деятельности) родостимуляция не принесёт положительных результатов. Напротив, **возрастает риск ятрогенной гиперстимуляции, повышающей базальный тонус миометрия и нарушающей обменные и синтетические процессы в его клетках.**

Нередко гипотоническую дисфункцию матки путают с подготовительными схватками Брэкстона Хикса; данные наружной токографии при этих состояниях могут быть идентичными. Однако при подготовительных схватках нет структурных изменений шейки матки, что можно определить в течение шестичасового наблюдения за пациенткой. Это необходимо принимать во внимание, выбирая тактику ведения рожениц с подозрением на гипотоническую дисфункцию сократительной деятельности матки.

Бурная родовая деятельность

Многочисленные клинические наблюдения и ретроспективный анализ историй родов, осложнённых гипердинамической дисфункцией сократительной деятельности матки, показывают, что чрезмерно бурная родовая деятельность в 70% — **следствие ятрогенных вмешательств в изначально физиологический родовой процесс:** подпольная (хулиганская) амниотомия, раннее вскрытие плодного пузыря при незрелой шейке матки или введение утеротоников без необходимости.

Следует объективно оценивать характер схваток, динамику открытия маточного зева и продвижения плода по родовому каналу. В одних случаях продолжительность родов соответствует средним показателям, и лишь отдельные фазы I и II периодов могут быть резко укорочены. В других случаях речь идёт о быстрых (4–6 ч у первородящих и 2–4 ч у повторнородящих) или стремительных (менее 4 ч и менее 2 ч соответственно) родах. Быстрое и стремительное течение родов может быть связано с гиперэргическим характером схваток (иными словами, эффективность такой схватки по деформации шейки матки и раскрытию маточного зева максимальна) или с **чрезвычайно низким модулем упругости тканей шейки матки** (сверхзрелая шейка матки).

Клиническая картина чрезмерно сильной родовой деятельности характеризуется следующими особенностями. Латентная фаза часто протекает малосимптомно. В активной фазе схватки обычно носят спастический характер, болезненные, частые. **Внутриматочное давление нарастает скачками, что сопряжено с ранним излитием околоплодных вод.** Маточный зев при чрезмерной родовой деятельности часто раскрывается за счёт разрывов шейки матки, возможен даже отрыв циркулярного фрагмента шейки матки. Нередко наблюдают преждевременную отслойку плаценты, в раннем послеродовом периоде возможно гипотоническое кровотечение. При чрезмерных схватках из-за нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения часто наступает гипоксия плода. Вследствие очень быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать различные травмы: кефалогематомы, кровоизлияния в головной и спинной мозг, переломы ключицы и др.

Методология родостимуляции

К сожалению, чётких представлений о клинических симптомах аномалий родовой деятельности и об их дифференциальной диагностике в практическом родовспоможении нет. Чтобы коррекция гипотонических сокращений была обоснованной, очень важен рациональный выбор способа, дозы и продолжительности введения утеротонических средств. **В статистике нарушений контрактильной функции матки есть тенденция к преувеличению, значит, актуальна и проблема бессмысленной инфузии утеротоников.**

Необоснованность многих родостимуляций — факт, подтверждаемый исключительно высокой частотой использования окситоцина (60%). И это только те случаи, что были документированы и вошли в статистику! Подобная тенденция закономерно настораживает, ведь общепризнано, что у большинства женщин роды протекают физиологично, не требуя медицинского вмешательства.

И даже когда необходимость использования окситоцина несомненна, остаются другие вопросы. За какой срок нужно вводить 5 ЕД окситоцина? Нужно ли титровать препарат — и как это делать? Какой путь введения предпочтителен? **Подсчёт капель, всё ещё бытующий в некоторых роддомах, в эпоху современных высоких технологий не назовёшь иначе как анахронизмом.** Отсутствие инфузомата для введения утеротонических средств — прямой путь к акушерской агрессии, недозированной инфузии окситоцина.

Одна из причин роста частоты перинатальных травм — слишком продолжительная родостимуляция. Зачастую её продолжают и **при явной неэффективности такого вмешательства**, и при установившейся активной родовой деятельности. «Ни шагу назад! Окситоцин не отключать!» Почему? Ослабнет родовая деятельность? Или повышается риск вторичной ятрогенной слабости родовой деятельности? Правильнее оставлять введение окситоцина на той скорости, при которой получили эффективные схватки (рис. 7-3, 7-4).

В медицинском сообществе почти не уделяют внимания тому, **насколько важно иметь регламент по срокам начала утеротонической терапии**, как именно должен выглядеть дифференцированный подход к назначению окситоцина. Такое небрежное отношение и лежит в основе бесконтрольного применения утеротоников.

Что касается вмешательства в естественный ход родов, показательны данные по Нидерландам: частота инфузий окситоцина при ведении родов врачами в 5 раз выше, чем при ведении родов акушерками. Врачебные стационары показали также большую частоту кесарева сечения — в 3 раза (рис. 7-5).

Некоторые авторы утверждают, что активная профилактика аномалий родовой деятельности с помощью окситоцина или динопроста (во избежание «затягивания» программированных родов) **позволяет снизить суммарную дозу утеротоников** по сравнению со спонтанными родами, осложнившимися слабостью родовой деятельности. Средняя эффективная доза окситоцина в программированных родах составила $10,36 \pm 0,6$ ЕД, для спонтанных же родов — $13,52 \pm 0,5$ ЕД. Перинатальные исходы при такой тактике ведения родов, по данным авторов, тоже улучшились (средняя оценка по шкале Апгар 8,2 и 7,2 балла для программированных и спонтанных родов соответственно).

А теперь сравним эту «теоретически обоснованную» акушерскую агрессию с нашими данными. Удручает, что, согласно историям родов, утеротоники для родовозбуждения и/или родостимуляции применяют у трети рожениц (30,8%). **Агрессивность подобных действий состоит в том, что эти средства «льют без счёту» именно тем женщинам, у которых и так высока**

ПАРТОГРАММА 1

Ф.И.О. _____ Возраст 22 № истории родов _____
 Поступила «15» февраля 2002 г. 03 ч. 30 мин. Беременность: 1 Роды: 1 Рост: 168 Вес: 86
 Окружность живота: 100 Высота дна матки: 35 ПИП 3300-3500 Балльная оценка пренатального риска: _____

Дата: 15 февраля 2003 года

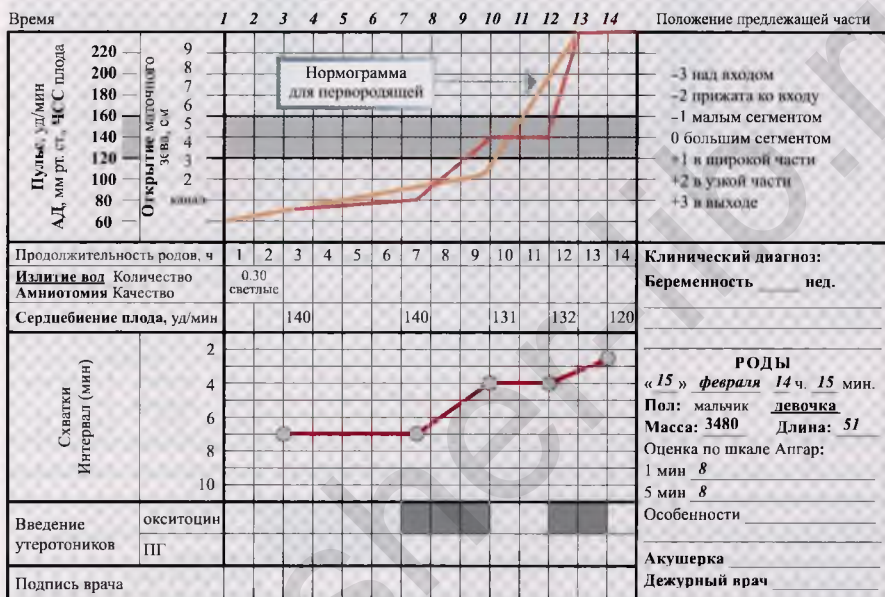


Рис. 7-3. Партограмма №1. Роженица Н., 22 года. Родостимуляция окситоцином по поводу первичной слабости родовой деятельности нормализовала динамику структурных изменений шейки матки. Прекращение утеротонической терапии снизило силу схваток, прекратились динамические изменения шейки матки. В связи с этим введение утеротоника было возобновлено. Ребёнок родился в удовлетворительном состоянии.

вероятность неблагоприятного исхода для плода (при высоком перинатальном риске или значительном темпе прироста баллов риска). Утеротоники этим пациенткам назначают чаще, чем при низком (в 2,1 раза) и среднем (в 1,2 раза) риске. У 43,2% женщин введение окситоцина или динопроста приходится на высокий риск или высокие темпы его прироста. Получается, чем хуже прогноз исхода беременности, тем чаще мы его усугубляем. Без комментариев!

ПАРТОГРАММА 2

Ф.И.О. _____ Возраст 20 № истории родов _____
 Поступила « 22 » декабря 2002 г. 16 ч. 00 мин. Беременность: II Роды: I Рост: 171 Вес: 72
 Окружность живота: 98 Высота дна матки: 36 ПМП 3400-3600 Балльная оценка пренатального риска: _____

Дата: 22-23 декабря 2002 года

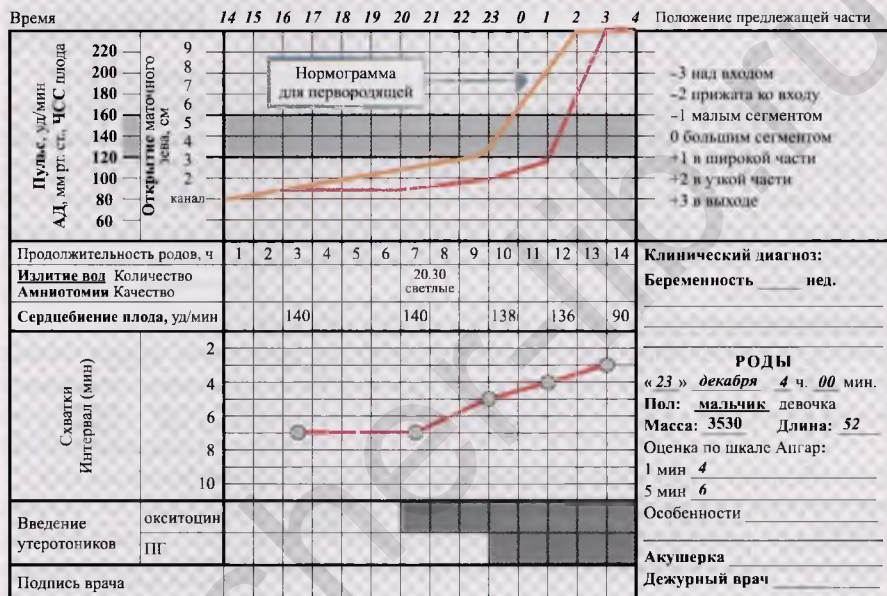


Рис. 7-4. Партограмма №2. Роженица К., 20 лет. По поводу слабости родовой деятельности была назначена длительная инфузия окситоцина (в общей сложности 8 ч), а в последующем добавлен динопрост («Энзапрост-Ф»). Отражено снижение прогресса родов. Неоправданно длительное введение утеротоников стало причиной рождения ребёнка в состоянии асфиксии (см. оценку по Апгар).

Не менее показательны данные собственных исследований (Златовратская Т.В., 2008), демонстрирующие, что причиной чрезвычайно высокой частоты аномалий родовой деятельности (40,8% общего количества рожениц) оказалась... **амниотомия, выполненная при неподготовленных родовых путях.**

Что касается использования простагландинов, то в российских стационарах для родовозбуждения и родостимуляции всё ещё применяют венгерский

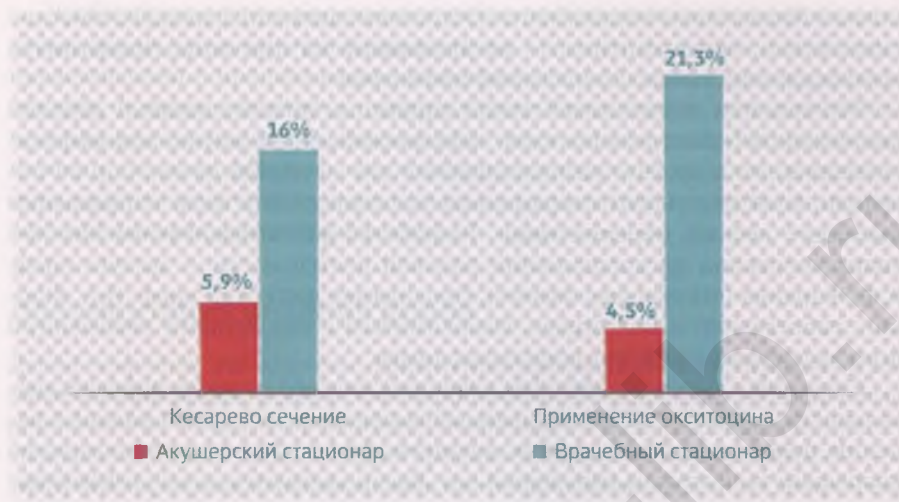


Рис. 7-5. Итоговая распространённость акушерских вмешательств в зависимости от учреждения (Нидерланды).

препарат динопрост («Энзапрост-Ф»). А ведь его внутривенное введение **показано только для прерывания беременности**. Неочевидна и безопасность применения данной группы препаратов, поскольку простагландины $F_{2\alpha}$ повышают системное АД, усиливают аденозиндифосфатзависимую агрегацию тромбоцитов, увеличивают риск бронхоспазма (большая тропность к бронхиальной ткани).

Проявлением акушерской агрессии следует считать и такие случаи, когда при аномалиях родовой деятельности врач не обеспечивает полноценное и своевременное лечение. Такое заключение основано на результатах уже упоминавшегося исследования Т.В. Златовратской (2008). Оказалось, что **лечение дискоординации родовой деятельности путём эпидуральной анестезии получают только 12,5% всех пациенток, которым такая помощь показана**. Ещё 12,5% рожениц с первичной слабостью родовой деятельности удаётся помочь амниотомией. И это при том, что первичную и вторичную слабость регистрировали в 26,7% родов. Дискоординация родовой деятельности осложнила течение родов у 5,8%, чрезмерно бурная родо-вая деятельность отмечена у 8,3% женщин. Лечение последней не было проведено ни в одном наблюдаемом случае.

Часто применяют лечение, не обоснованное патогенетически. Например, для коррекции патологического прелиминарного периода используют в ос-

новом бесполезные медикаменты (эстрогены, витамины, ненаркотические анальгетики, метилксантины) — **не влияющие на причины гипертонуса** и некоординированных сокращений миометрия.

Что касается немедикаментозной коррекции дискоординации родовой деятельности (электроанальгезия, электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия), то широкого распространения эти методики до сих пор не получили, хотя результаты современных исследований в этом направлении **выглядят весьма перспективно**. Разработка физиотерапевтических методов коррекции дискоординации родовой деятельности — заслуга проф. А.Ф. Жаркина (светлая ему память). Продолжает дело отца проф. Н.А. Жаркин, работающий в Волгограде. Ознакомиться с его трудами рекомендую всем акушерам российских родильных домов.

Ситуация с медикаментозным лечением дискоординации родовой деятельности, несмотря на так называемый высокотехнологичный подход к ведению родов, **оставляет желать лучшего**. До сих пор единого алгоритма коррекции этой группы нарушений нет. Врачи хватаются за малоэффективные и патогенетически не обоснованные способы: каждые 3 ч внутривенно или внутримышечно вводят спазмолитики, холинолитики, анальгетики, седативные препараты. Для сравнения: в США никакие спазмолитики с целью ускорения раскрытия шейки матки не назначают, считая, что эпидуральная анестезия даёт более чем достаточную миорелаксацию. **Не используют и внутривенные инфузии препаратов для профилактики гипоксии плода**, зато распространено применение увлажнённого кислорода для дыхания роженицы.

Историческая справка

Вспомним схему Штейна—Курдиновского (50–60-е годы XX века). Всё в ней было логично: эстрогены — для индукции накопления актомиозина, **касторовое масло внутрь и очистительная клизма** — для сокращения гладкой мускулатуры кишечника (выработка серотонина), хлористый кальций внутривенно, питуитрин дробно подкожно по 0,2 мл.

Позднее в качестве утеротоника стали использовать 5 ЕД окситоцина подкожно капельно на 350 мл 5% раствора глюкозы. Ещё позже препарат стали вводить внутривенно капельно со скоростью 10–15 капель в минуту с переходом на 20–25 капель. То есть 350 мл родостимулирующей смеси должно было «уйти» за 300 мин (5 ч). Разумеется, все участники были предупреждены о необходимости отключения капельницы при достижении эффективной сократительной деятельности матки. С появлением инфузوماتов ситуация преобразилась.

Чтобы не подвергать беременную риску, необоснованно вмешиваясь в течение родов (из-за неверной диагностики времени их начала, ошибочных представлений о продолжительности процесса и для врачебного удобства), **акушер должен следовать приоритетам безопасного для роженицы и плода родоразрешения.** Именно это станет залогом квалифицированной помощи. Ни одно действие, манипуляция, медикамент не должны проникнуть в работу акушера без императивных, документально оформленных показаний для этих конкретных родов!

Документация ведения родов

Давно замечено, что опытные, грамотные врачи ведут партограмму с самого начала родов, а менее квалифицированные заполняют её лишь после родов, и то не всегда. Второй подход неправилен и недальновиден. Документальному ведению родов следует придавать большое значение хотя бы потому, что акушерская специальность претендует на лидерство по количеству судебных исков от пациенток.

В качестве справки: в США за врачебную карьеру акушер-гинеколог подвергается судебному разбирательству в среднем 2,5 раза. Поэтому в некоторых штатах, например во Флориде и Нью-Йорке, страховые взносы врачей на случай неблагоприятных исходов и штрафа по суду достигают \$150 000 в год; в других штатах этот взнос составляет \$70 000–100 000 в год*. Такая ситуация обязывает акушеров-гинекологов тщательно вести роды и заполнять не один десяток бланков (назначения в родах, после влагалищных родов, после кесарева сечения, для мониторинга состояния, анестезиологических пособий и т.д. и т.п.).

Если в России постфактум оценить течение родов бывает практически невозможно, то в некоторых странах, к примеру в США, основные сведения о родах не только заносят в специальные компьютерные программы, но даже снимают на видео.

Аномалии родовой деятельности и состояние плода

Аномалии родовой деятельности заставляют отнести роды к группе высоко-го перинатального риска, поскольку при этом всегда в той или иной степени страдает плод.

* Понятен скепсис российских специалистов: «В США зарплата врача в разы и десятки раз выше! Разве можно сравнивать?» Всё так, но указанная сумма страховых взносов — примерно четверть годового дохода среднестатистического врача в Нью-Йорке, который составляет \$400 000.

Координированная сократительная деятельность матки обеспечивает устойчивость плода к родовому стрессу, оптимальную интенсивность метаболизма в плацентарной системе и поддерживает маточно-плацентарно-плодовый кровоток на должном уровне. Маточно-плацентарный и плодово-плацентарный кровоток зависит от фаз сокращения матки: **даже при физиологической родовой деятельности в маточных артериях кровотока замедляется на пике схватки, а в артериях пуповины — при нарастании силы сокращения матки.** При дискоординации сокращений маточно-плацентарно-плодовый кровоток страдает сильнее, чем при слабой родовой деятельности (схватки при дискоординации интенсивнее, их систола длится дольше, чем диастола, между схватками матка расслабляется не полностью).

Нарушение маточно-плацентарного кровотока возможно и при резком снижении АД на фоне эпидуральной анестезии или под воздействием утеротонических препаратов. Появление патологических дыхательных движений плода, снижение рН пуповинной крови новорождённого, угнетение синтеза сурфактанта, **повышение частоты родового травматизма плода также связывают с родостимуляцией окситоцином.**

Острую гипоксию плода регистрируют более чем в 50% родов, осложнённых аномалиями родовой деятельности. У каждого третьего новорождённого от матери с дискоординацией родовой деятельности наблюдают гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Окситоцин неблагоприятен для системы гемокоагуляции и состояния плода, он повышает базальный тонус матки, нарушая маточно-плацентарный кровоток и ухудшая его при дисфункции плаценты (Нагорная В.Ф., 2011). Изучение результатов агрессивной родостимуляции положило начало огласке проблемы «окситоциновых детей».

Так возникает дилемма. С одной стороны, утеротоники необходимы для нормализации сократительной деятельности матки и прогресса родов. С другой стороны, важно не допустить отрицательного воздействия этой лечебной меры на плод.

Препараты, инициирующие и усиливающие родовую деятельность, небезопасны, поскольку они заметно повышают тонус и сократимость матки, одновременно уменьшая приток крови к плаценте и плоду. Выраженная гипоксия плода в родах повреждает эндотелий его капилляров, нарушает ауторегуляцию тонуса сосудов головного мозга. Страдает мозговой кровоток, АД падает — в противовес росту венозного давления.

Таким образом, **при ведении родов, осложнённых аномалиями родовой деятельности, крайне важно не пропустить момент, когда риск асфиксии при родоразрешении через естественные родовые пути окажется критическим.**

Наглядная иллюстрация того, насколько важен вдумчивый подход к применению тех или иных медикаментов и вмешательств в ходе родов. В 1997 году на международной конференции «Роды без границ» шла речь о том, насколько высок спрос на специальные методики обучения, консультации дефектологов и прочие «особые услуги».


Фактически происходит становление новой отрасли мировой экономики. Этот спрос вызван стремительным увеличением числа детей с проблемами в обучении, особенно по математике и другим предметам, требующим логического мышления.

Попытки объяснить подобную ситуацию недонашиванием беременности не удались: 75% «проблемных» детей родились в срок, с нормальной массой тела и не имели отягощённого семейного анамнеза. В числе установленных причин этих нарушений была названа **высокотехнологичная помощь в родах**. Именно такой вред необдуманные вмешательства способны нанести не только ребёнку, но и обществу. **Так вправде ли мы игнорировать проблему необоснованного ускорения родов?**

Очевидно, что рождение здорового ребёнка связано с обеспечением следующих условий родов: высокой квалификации акушера, широких возможностей стационара, удовлетворительного исходного состояния плода и эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Пути преодоления

Нет эффективнее способа борьбы с акушерской агрессией в родблоке, чем **невмешательство в естественное течение беременности и родов**. Наиболее «ярко» агрессивная тактика проявляется в программированных родах, особенно в «подпольных» амниотомиях (на незрелой шейке матки); не оправдано применение родоускоряющих средств, так называемого «пособия» по Кристеллеру, а также кесарева сечения «впопыхах» (выполненного при полном раскрытии маточного зева). Лечение аномалий родовой деятельности должно быть обоснованным, продуманным и всегда своевременным.

 Назначая родостимуляцию, следует помнить о том, что безразличной эта мера не бывает никогда! Даже если рождается «здоровый ребёнок», отдалённые последствия с большой вероятностью проявятся позже в форме синдрома минимальных мозговых дисфункций, гиперактивности, нарушения поведенческих реакций и ухудшения обучаемости.

Лечение патологического прелиминарного периода

Лечение патологического прелиминарного периода подразумевает устранение гипертонуса и некоординированных сокращений матки, **ускорение созревания шейки матки** и приближение начала спонтанной (физиологической) родовой деятельности.

Акушерский сон назначают при утомлении беременной, если патологический прелиминарный период протекает длительно, более 6–12 ч. В таких случаях назначают ГОМК 50–65 мг/кг внутрь, раствор тримеперидина («Промедол» 2% 1 мл) и раствор диазепама («Реланиум» 2 мл или 10 мг) внутримышечно. Акушерский сон заметно улучшает психоэмоциональное состояние беременной, однако его использование нельзя считать патогенетически обоснованным. **«Промедолу» пора уйти из родовспоможения вслед за канувшим в прошлое морфием и другими наркотиками.** Мировой опыт позволяет это сделать.

Токолиз β -адреномиметиками — **основа лечения патологического прелиминарного периода.** Вводят гексопреналина 10 мкг, тербуталина 0,5 мг или орципреналина 0,5 мг в растворе натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно в течение 30 мин (0,3 мкг/мин). Блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин, верапамил) вводят по 5 мг в растворе натрия хлорида 0,9%. Нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен 400 мг или напроксен 500 мг) применяют внутрь или ректально. Показана регионарная (эпидуральная) анестезия.

Акушерская тактика **напрямую зависит от состояния родовых путей.** Можно медикаментозно ускорить созревание шейки матки при целом плодном пузыре (назначив простагландины E_2 , динопрост 0,5 мг интрацервикально), а **по достижении биологической готовности** к родам становится возможна амниотомия с целью родовозбуждения.

Диагностическая тактика при аномалиях родовой деятельности

Следует в динамике наблюдать за характером схваток, процессом укорочения, сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева, **продвижением предлежащей части плода.**

КТГ должна включать параметры сократительной деятельности матки, оценку состояния плода по шкале Кребса или Фишера. Внутренняя токография обладает неоспоримыми преимуществами в диагностике аномалий родовой деятельности, **дифференциальной диагностике слабости и дискоординации.** При этом внутриматочный датчик вводят в амниотическую полость, что позволяет объективно оценивать базальное внутриматочное давление и изменения во время схватки, точно регистрировать интервалы

и фазы. А вот при внешней токографии изменение давления на датчик может быть связано с посторонними воздействиями; кроме того, в этом случае **практически невозможно определить** истинное базисное давление, а женщине с ожирением вообще затруднительно выполнить КТГ.

Ведение партограммы обязательно! В этом документе отражают общее состояние роженицы (ЧСС, АД, температуру тела, частоту мочеиспусканий), динамику раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части плода (данные влагалищных исследований), время излития околоплодных вод, наименования и дозы вводимых медикаментов, пол и антропометрические данные новорождённого. Иными словами, **партограмма представляет собой квинтэссенцию истории родов.**

При слабости родовой деятельности схватки регулярные, но их амплитуда снижена, а интервал между схватками и соотношение длительностей диастолы и систолы — увеличены.

Для **первичной слабости** родовой деятельности характерны:

- давление на пике схватки менее 25–30 мм рт.ст.;
- интервал между схватками более 5 мин;
- продолжительность схватки менее 20 сек;
- диастола длиннее систолы;
- мало- или безболезненные схватки;
- укорочение шейки матки, раскрытие маточного зева менее 0,35 см/ч (латентная фаза);
- плодный пузырь вялый;
- нет напряжения маточного зева во время схватки.

Вторичная слабость родовой деятельности — ослабление первоначально физиологических схваток в активной фазе родов:

- скорость раскрытия маточного зева у первородящих менее 1,2 см/ч, у повторнородящих — менее 1,5 см/ч;
- отсутствует поступательное движение предлежащей части плода.

Дискоординация родовой деятельности развивается обычно в латентной или в начале активной фазы I периода родов и характеризуется следующими проявлениями:

- дородовое излитие вод при незрелой шейке матки;
- повышенное базисное внутриматочное давление (более 12 мм рт.ст.);
- болезненные схватки, нерегулярные по продолжительности, силе и частоте;
- преобладание систолы схватки над диастолой (нарушены ритм и структура схваток);
- отсутствие (или замедление) укорочения шейки матки, маточный зев не раскрывается.

Надо отметить, что гистерография гораздо быстрее даёт врачу информацию о частоте, длительности и силе схваток, чем клиническое наблюдение (1–2 ч). Для этого в полость матки вводят полый катетер, а давление в нём измеряют с помощью специального тензодатчика. Важно: его показания отображаются на мониторе и бумажной ленте вместе с кардиограммой, что чрезвычайно удобно на практике.

Интенсивность родовой деятельности на практике измеряют в единицах Монтевидео (ЕМ): это произведение амплитуды схватки (мм рт.ст.) на число схваток за 10 мин. Эффективной считают сократительную деятельность при показателе более 100 ЕМ.

Диагностировать вид аномалии родовой деятельности можно и в том случае, если **тщательно анализировать** клиническую картину родов, данные партограммы (обязательного документа ведения родов), а также характер маточных сокращений. Следует помнить, что для первичной слабости родовой деятельности типичны увеличение интервала между схватками более 5 мин и снижение силы схватки до 30 мм рт.ст. на фоне удлинения латентной фазы I периода родов более 6 ч.

В таблицах 7-1 и 7-2 приведены **диагностические критерии аномалий родовой деятельности**.

Таблица 7-1. Параметры сократительной деятельности матки при аномалиях родовой деятельности и физиологических родах

Параметры сократительной деятельности матки	Физиологические роды	Слабость родовой деятельности	Дискоординация родовой деятельности
Базисное внутриматочное давление, мм рт.ст.	5–13	5–13	13–20
Сила схватки в латентную фазу родов, мм рт.ст.	Более 25	Менее 25	Более 25
Длительность схватки в латентную фазу родов, сек	30–40	Менее 30	30–60
Сдвоенные схватки	Нет	Нет	Есть
Отношение систола/диастола	Менее 1	Менее 1	Более 1
Количество схваток за 10 мин в латентную фазу родов	3	1–2	От 2 до 6 на разных интервалах

Таблица 7-2. Латентная фаза родов при аномалиях родовой деятельности и в физиологических родах

Клинические симптомы и данные акушерского исследования	Физиологические роды	Слабость родовой деятельности	Дискоординация родовой деятельности
Болезненность схваток	Безболезненные или малоболезненные	Малобольные	Чаще резко болезненные
Укорочение, раскрытие шейки матки, см/ч	0,4–0,5	Менее 0,4	Менее 0,4 или отсутствует
Характеристика плодного пузыря	Наливается в схватку	Вялый	Вялый
Поступательные движения головки плода	Есть	Нет	Нет

Тактика ведения родов при дискоординации родовой деятельности

При дискоординации родовой деятельности нельзя отрицать пользу от применения адrenomиметиков, однако для регуляции родовой деятельности указанными препаратами пользуются нечасто. Вероятно, это **связано с возможностью побочных эффектов**: тахикардии, тремора, потливости, рвоты и др. Тем не менее альтернативных по эффективности способов нормализации сократительной деятельности матки в настоящее время не найдено.

При тщательном анализе лекарственных средств в акушерстве был разработан трёхэтапный подход к лечению дискоординации родовой деятельности (Подтетенев А.Д., 2005).

- Мельдоний («Милдронат»)* — сенсibilизатор β_2 -адренорецепторов, усиливает действие β -адреномиметиков к адренорецепторам. Внутривенное болюсное введение 5 мл 10% раствора препарата блокирует окисление жирных кислот. Это позволяет **сократить дозу** токолитиков практически вдвое, что нивелирует их побочные эффекты. Кроме того, мельдоний способствует энергосбережению в утеромиоцитах, что особенно актуально при аномалиях родовой деятельности.

* Мельдониевая трагедия в спорте (2016) не имеет к описываемому использованию никакого отношения. [Прим. автора.]

- Гексопреналин («Гинипрал») — β_2 -адреномиметик. Для точной дозировки препарат вводят через инфузомат. Если инфузомата нет, то 10 мкг гексопреналина растворяют в 200 мл раствора хлорида натрия 0,9% и вводят внутривенно капельно, начиная с 8–10 капель в минуту и не превышая 60 капель в минуту (0,15 мкг/мин). Через 20–30 мин от начала токолиза схватки прекращаются, но через некоторое время возобновляются самостоятельно уже с **физиологическими характеристиками**; базальный тонус матки также приходит в норму. В большинстве случаев через 1–2 ч после токолиза развивается продуктивная родовая деятельность. Если сократительная деятельность матки остаётся нарушенной, структурных изменений шейки матки и открытия маточного зева не происходит, то переходят к третьему этапу.
- Эпидуральная анестезия. Методика весьма эффективна для лечения дискоординации родовой деятельности (90–96%). Как считают некоторые исследователи, **координирующее влияние** эпидуральной анестезии на сокращение матки патогенетически обосновано. Длительное выключение болевой чувствительности разрывает порочный круг «боль → гиперкатехоламинемия → спазм → дискоординация родовой деятельности». В случае регионарного симпатического блока тактика длительного обезболивания представляется единственно возможной.

Один из основных методов регуляции родовой деятельности — предоставление медикаментозного отдыха. Для лечебного акушерского наркоза используют натрия оксibuтират. В целом для нормализации родовой деятельности рекомендовано тщательное обезболивание родов наркотическими анальгетиками и анестетиками (перидуральная анестезия, тримеперидин, фентанил, закись азота) в сочетании с трамадолом, диазепамом. Однако эти препараты уступают эпидуральной анестезии, что важно при ведении родов высокого риска, в том числе с дискоординацией.

При неэффективности полной регионарной блокады в течение 2 ч показано абдоминальное родоразрешение.

Тактика ведения родов при чрезмерно сильной родовой деятельности

В случае развёрнутой клинической картины гипердинамической дисфункции матки **основной лечебной задачей становится экстренное расслабление миометрия** (острый токолиз). Для этого дозированно с помощью инфузомата вводят гексопреналин («Гинипрал»). Если устройства нет, то 10 мкг препарата растворяют в 100 мл раствора хлорида натрия 0,9% и вводят внутривенно капельно в течение 30 мин (0,3 мкг/мин). Для острого токолиза

годятся и другие β -адреномиметики: фенотерол, тербуталин или орципреналин в дозе 0,5 мг (в 400 мл раствора натрия хлорида 0,9%).

Преимущества использования β -адреномиметиков для острого токолиза:

- быстрое наступление эффекта (через 5–10 мин);
- возможность регуляции родовой деятельности изменением скорости инфузии препарата;
- улучшение маточно-плацентарного кровотока.

При дальнейшей токолитической терапии не нужно добиваться полного прекращения схваток. Скорость введения β -адреномиметиков следует отрегулировать таким образом, чтобы длительность, частота и сила схваток максимально соответствовали критериям физиологической родовой деятельности. **Любую инфузию токолитиков надлежит проводить под динамическим контролем функционального состояния плода и параметров материнской гемодинамики.**

Роженицам, страдающим заболеваниями сердца и сосудов, тиреотоксикозом, сахарным диабетом, β -адреномиметики противопоказаны. Этим пациенткам внутривенно капельно вводят антагонисты медленных кальциевых каналов (верапамил). Роженица должна лежать на боку, противоположном позиции плода, — **такое положение несколько снижает сократительную активность матки.** В случае утомления женщины после токолиза показан акушерский сон.

Тактика ведения родов при слабой родовой деятельности

Мы установили, что характер предыдущих родов позволяет прогнозировать течение последующих. У повторнородящих необходимость в индукции родов, введении утеротоников, оперативном родоразрешении возникает достоверно чаще, если эти манипуляции были использованы при первых родах. Те же тенденции касаются высокого риска перинатальных осложнений и продолжительности повторных родов. Следовательно, **важно провести первые роды с минимальным количеством вмешательств — это станет залогом благополучного течения следующих родов.**

Историческая справка

Использование акушерского наркоза и наркотических анальгетиков при дискоординации родовой деятельности имеет давнюю историю. Ещё в 1908 году Эрнст Бумм отмечал, что «...терапия судорожных болей может быть выражена в немногих словах: дают большие дозы наркотических средств».

Таблица 7-3. Средняя продолжительность периодов и фаз родового акта, ч

Период	Фаза	Первородящие	Повторнородящие
I	Латентная	8	5
	Активная	4	2
II	—	1	0,5
III	—		Минуты

Началом родовой деятельности целесообразно считать схватки с интервалом не более 5 мин. При количестве схваток менее одной-двух за 10 мин следует думать о прелиминарном периоде, а не о латентной фазе I периода родов (табл. 7-3). Однако есть поправка: **такой подход оправдан**, если длина влагалищной части шейки матки не менее 2 см.

Партограмма, наглядно отражающая динамику родов, **необходима для оптимизации ведения пациентки при подозрении на слабость родовой деятельности**. Это позволит исключить необоснованную врачебную агрессию.



Ведение партограммы в любом виде — на школьной доске, бумаге, экране монитора — необходимая составляющая цивилизованного акушерства во всём мире. Это просто, дёшево и весьма эффективно!

Родостимуляцию можно начинать тогда, когда динамика структурных изменений шейки матки отстаёт от нормативных показателей (продолжительность латентной фазы составляет около 9 ч, а длительность сглаживания шейки матки — 6–7 ч) или при неэффективности первого этапа родовозбуждения (амниотомии). Даже в активную фазу раскрытия, когда какие-либо отклонения требуют немедленных и решительных действий, **не теряет ценности выжидательная тактика** («не навреди!»).

Оценивая длительность родостимуляции, следует учитывать состояние плода (по данным КТГ) и роженицы (жалобы, ЧСС, АД, частота дыхания, мочеиспускание). Все эти параметры **необходимо динамически фиксировать** в партограмме.

При слабой родовой деятельности правильной тактикой ведения будет амниотомия, а при неэффективности этой меры — внутривенное введение утеротонических препаратов. Родостимуляция вплоть до конца родов оправ-

дана, если утеротоники эффективны, но прекращение их инфузии (после раскрытия маточного зева на 5–6 см) вновь приводит к слабости родовой деятельности.

Недопустимо продолжать неэффективную родостимуляцию либо вводить препараты, если на этом фоне развилась вторичная слабость родовой деятельности. Грамотная акушерская тактика у подобных пациенток, если удовлетворительной родовой деятельности не удалось добиться за 4–6 ч, — своевременное абдоминальное родоразрешение.

По клиническим показаниям для индукции или усиления сократительной активности матки используют окситоцин. Этот гормон, по всей видимости, инициирует переход потока ионов кальция в межклеточное пространство и саркоплазматический ретикулум (основные депо), что увеличивает концентрацию кальция между нитями актина и миозина. В итоге **улучшается реакция клетки на симпатическую стимуляцию**. Кроме того, препарат стимулирует синтез простагландина $F_{2\alpha}$ децидуальной тканью и миометрием.

Так как максимум действия окситоцина приходится на конец I периода родов, II и III периоды, препарат целесообразно применять для родостимуляции при сглаженной шейке матки. **Перед началом родостимуляции для уточнения акушерской ситуации необходимо влагалищное исследование.**

Наиболее эффективно введение утеротоников через инфузомат (5 ЕД за 3 ч). Дозу рассчитывают с учётом массы тела роженицы и продолжительности планируемого введения препарата. При отсутствии инфузомата раствор для внутривенного капельного введения 1 мл окситоцина, содержащий 5 ЕД, разводят в 500 мл стерильного раствора натрия хлорида 0,9% или раствора глюкозы 5%. Введение раствора начинают медленно, по 8–10 капель в минуту. При отсутствии изменений через 15 мин количество капель увеличивают на пять в минуту до развития адекватной родовой деятельности. Общее количество капель в минуту не должно превышать сорока (0,02 ЕД/мин). **Если эффект не наступает в течение 3 ч, инфузию раствора необходимо прекратить — женщине после паузы (2 ч) проводят повторную родостимуляцию с двойной дозой утеротоника. У женщин со средним или высоким риском план родов может быть пересмотрен в пользу кесарева сечения.**

Основное лечение вторичной слабости родовой деятельности также подразумевает внутривенное введение окситоцина. Следует помнить, что дозу препарата через каждый час родостимуляции **нужно увеличивать на 30%**. В противном случае у пациентки возникает резистентность, что резко снижает положительный эффект терапии.

Простагландин $F_{2\alpha}$ (динопрост). Для стимуляции родовой деятельности в России до 2010 года внутривенно вводили простагландины*, однако, как и в других странах, сейчас использование простагландина $F_{2\alpha}$ **ограничено индукцией поздних выкидышей.**

Основных точек приложения в механизме действия простагландинов три.

- Блокада Mg^{2+} - Ca^{2+} -АТФ-азы в сарколемме утеромиоцитов (подобно окситоцину, они «запирают» каналы для ионов кальция).
- Усиление выработки эндогенного окситоцина.
- Выход норадреналина из пресинаптических нервных окончаний при воздействии простагландинов на адренорецепторы.

Простагландины **оказывают двухфазное действие** на мембранный потенциал и работу кальциевых каналов миоцитов матки. Сначала возникает деполяризация плазматической мембраны, генерирующая потенциал действия, и повышение содержания внутриклеточного кальция приводит к сокращению миоцита. Затем происходит резкая поляризация плазмалеммы, концентрация ионов кальция быстро нормализуется, напряжение падает. Таким образом, **гиперполяризация плазмалеммы лимитирует отдельное сокращение утеромиоцита.** По-видимому, этот двоякий эффект простагландинов обеспечивает полное расслабление миометрия между единичными сокращениями, предотвращает возникновение тетануса матки и поддерживает маточно-плацентарный кровоток.

Профилактика аномалий родовой деятельности

Исходя из факторов риска дискоординации и слабости родовой деятельности, можно рекомендовать следующие профилактические мероприятия.

Во избежание дискоординации необходимы подготовка шейки матки к началу родов (мифепристон, простагландиновые гели, катетер Фолея, ламинарии), эффективное лечение патологического прелиминарного периода. Что касается слабости родовой деятельности, то настолько же весомых факторов риска, как для дискоординации (зависящей от зрелости шейки матки к моменту родостимуляции), выявлено не было.

Именно поэтому, с нашей точки зрения, **основой профилактики должно стать предупреждение утомления роженицы и истощения энергетических резервов утеромиоцитов.**

Как показывает опыт, для снижения частоты аномалий родовой деятельности эффективны следующие меры:

- отказ от необоснованных амниотомий;

* Как было отмечено выше, простагландин $F_{2\alpha}$ для стимуляции родовой деятельности не применяют, а используют лишь для индукции поздних выкидышей.

- сокращение частоты медикаментозных родовозбуждений и родостимуляций (за минувшие 10 лет — в 2,5 и 4 раза соответственно);
- лечение чрезмерно бурной родовой деятельности (отказ от своеобразной «позиции невмешательства» при этой аномалии, недопущение ятрогенной гиперстимуляции, провоцирующей до 70% всех случаев чрезмерных схваток).

Интранатальный токолиз при чрезмерно бурной родовой деятельности позволяет практически полностью решить проблему послеродовых гипотонических кровотечений. Этого удалось достичь, внеся следующие коррективы в алгоритм ведения родов:

- спокойное отношение к длительному безводному промежутку при преждевременных родах (не просто отказ от родовозбуждения, но даже токолиз — только по показаниям независимо от продолжительности безводного промежутка, начало антибактериальной терапии через 12 ч после излития околоплодных вод);
- профилактика слабости родовой деятельности путём нормализации энергетического обмена утеромиоцитов;
- подготовка шейки матки (механическая с помощью ламинарий, простагландиновые гели, мифепристон);
- обезболивание родов, особенно преждевременных.

И всё же самое главное и неперенное условие эффективной профилактики любых аномалий родовой деятельности — борьба с акушерской агрессией.

«ПОСОБИЕ» ПО КРИСТЕЛЛЕРУ: НАСТОЯЩЕЕ И ПРИДУМАННОЕ*

Наверное, нет в европейском и отечественном акушерстве более применяемого и при этом «окутанного молчанием» пособия, чем пресловутый «кристеллер»**. Столь частое упоминание имени Самуэля Кристеллера всуе (практически во всех клинических разборах, в прессе, в интернете, по поводу и без повода) вызывает закономерный вопрос: **зачем же в системе современного родовспоможения наряду с высокими технологиями бытует такая агрессивная и неосмысленная манипуляция и в чём же состоял замысел «автора-злодея»?**

* Материал подготовлен доцентом кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, канд. мед. наук С.А. Князевым.

** Используемый термин имеет весьма отдалённое отношение к Самуэлю Кристеллеру, поэтому пишем его в кавычках.

Дело в том, что манипуляции, проводимые в современном родильном зале и именуемые в разговорной акушерской речи неологизмами типа «кристеллера дали», «кристелляли», «там был кристеллер» **не имеют никакого отношения** к тому, что опубликовал 11 февраля 1867 года в шестом издании журнала *Berline klinische Wochenschrift* приват-доцент кафедры гинекологии Берлинского университета, акушер польского происхождения **Самуэль Кристеллер (Samuel Kristeller)**, назвавший свой доклад «О ручном приёме “выдавливания” плода из родовых путей (*expressio foetus*)».

Историческая справка

Идея выжимных методов не нова. С точки зрения физики помощь роженице в потугах всегда обосновывали использованием двух сил: «тянуть» и «толкать». Уже в древности врачи, основываясь на эмпирических данных, в «подталкивании» плода видели *vis a tergo* («силу, действующую со спины» — лат.). Так, врач из Кордовы Абдул-Касим Хакаф ибн аль-Аббас аль-Захрави, более известный как **Альбукаси** (*Albucasis*), ещё в X веке н.э. говорил: «...*Cum ergo vides ista signa, tunc oportet, ut comprimatur uterus eius, ut descendat embryon velociter*» («Как только вы видите ослабление схватки, сжимайте матку, и плод скоро родится» — лат.).

Амбуаз Парэ (*Ambroise Pare*) в 1753 году отмечал, что «...une matrone luy presse les parties superieures du ventre, enpressant l'enfant en bas» («акушерка давит на живот сверху и выжимает младенца» — фр.). С огромным энтузиазмом оценивая метод «подталкивания» плода, шведский врач **Иоганн фон Хорн** (*Johann von Noorn*) несколькими годами позже высказывал мнение, что давление на переднюю брюшную стенку заменяет схватки при их отсутствии. При этом, основываясь на личном опыте, он утверждал, что «делал это много раз с хорошими результатами». Иоганн фон Хорн утверждал: «...способ толкания *vis a tergo* так же стар, как поворот плода на ножку, известный ещё со времён **Цельса** (*Celsus*, I век н.э.). Сама природа, создавая схватки, выталкивает из живота плод, а человек, принимающий роды, в какой-то степени — поезд для плода». Кстати, ярый последователь именно «выжимных» методов и приёма Кристеллера, Карл-Зигмунд-Франц Кредё (*Carl Siegmund Franz Crede*) в 1860 году на собрании немецких натуралистов в Кёнигсберге предложил известный приём выделения последа.

Многие учебники по акушерству конца XIX — начала XX века для выведения плода рекомендовали применять внешние воздействия на матку. Но большинство высказываний относится к тому периоду, когда акушерские щипцы ещё не были изобретены.



Рис. 7-6. Метод Кристеллера. Оригинальная фотография из книги Я.Ф. Вербова «Матка женщины, ее нормальная работа и ее разрывы во время родов» (СПб., 1913).

В мае 1867 года издательство *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten* опубликовало фундаментальный труд С. Кристеллера под названием «*Die Expressio fetus. Neues Entbindungsverfahren unter Anwendung äusserer Handgriffe*». В отличие от первой публикации в виде короткого сообщения, эта статья занимала 50 страниц. В работе автор приводил **исторический обзор ручных приёмов давления на матку**, выдвинул теоретические прогнозы исходов для плода, оценивал соотношение внешней силы и внутрибрюшного давления, описывая влияние прилагаемых давлений на матку. Анализируя механизм действия приёма, **Кристеллер сравнивал преимущества и возможности разработанного им метода и акушерских щипцов**, а также подробно описывал технику, условия и рекомендации по применению. Издание включало описание восьми клинических ситуаций, в которых автор использовал разработанный приём (рис. 7-6).

Вот как выглядит описание приёма Кристеллера самим автором: «...в тех случаях, когда нет сокращений матки или же они слишком слабы, **чтобы продвинуть рождающегося плода в отсутствие препятствий, или возникает ситуация, требующая быстрого рождения плода, необходимо применить выжимную манипуляцию**. При проведении манипуляции роженица лежит на спине, а исполняющий процедуру стоит сбоку кровати. Путём пальпации матку освободить от петель кишечника и выправить относительно родового канала. На область дна матки положить сухие ладони: наружное ребро ладони направлено в сторону таза, сами ладони расположить по обеим сторонам матки, а большие пальцы — на передней стенке матки. Ладони погру-

зять максимально низко, насколько это возможно (рис. 7-7). Положив руки, осторожно массировать матку. С началом схватки необходимо усилить давление в направлении оси родового канала в течение 5–8 сек, руки перемещать нельзя при выполнении приёма. Далее сделать перерыв в 1–3 мин. Давления повторять до 10–20–30 раз, после чего сделать перерыв на 15–20 мин, но чаще всего достаточно одной–трёх попыток. Особенно метод эффективен у повторнородящих с дряблой передней брюшной стенкой. Если после 20–30 попыток эффекта нет, то дальнейшие попытки бессмысленны».

Кристаллер рекомендовал при необходимости использовать приём не только при головном, но и при тазовых предлежаниях, а при многоплодной беременности — после рождения первого плода. Необходимым условием было раскрытие «растяжимого зева» более 5 см, «неподатливого зева» — полное. Наличие или отсутствие плодного пузыря автор в своей работе не обсуждал. Также Кристаллер предлагал прибегать к этому приёму при наложении акушерских щипцов и приводил данные собственных исследований с помо-

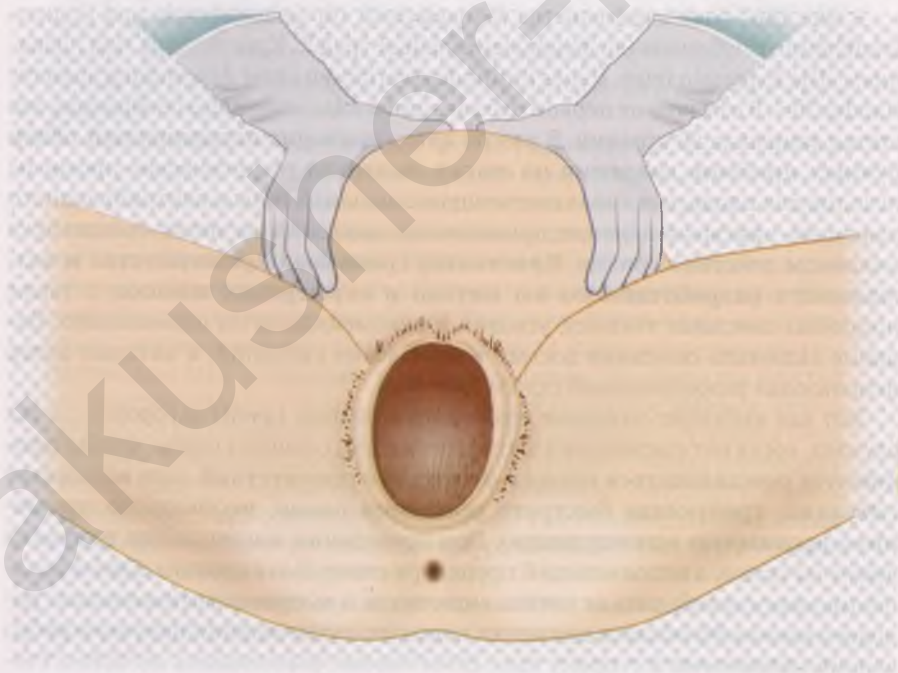


Рис. 7-7. Классическое, настоящее пособие по Кристаллеру.

стью динамометра: сила тракций уменьшалась с 22 до 15 кг. Наружный массаж матки Кристеллер рекомендовал в качестве самостоятельного метода (без выжимающих давлений) при слабости родовой деятельности и неполном открытии шейки матки (до 5 см), но при этом **предостерегал от действий чрезмерной силы, что могло спровоцировать преждевременную отслойку плаценты**, отмечая при этом отсутствие осложнений в собственной практике. О приёме Кристеллера отечественный академик **А.Я. Крассовский** в 1885 году писал: «...Заслуга Kristeller'a состоит в том, что он собрал все рассеянные мнения по этому предмету, обобщил и возвёл в степень научного метода». Однако критическое осмысление метода выявило его недостатки.

В 1880 году проф. **Э.Ф. Биддер** указал на отдельные недостатки метода: «...Во-первых, Кристеллер отвёл его применению слишком обширное поле. Так, например, он применял выжимание плода даже в период раскрытия зева; во-вторых, в самом способе выполнения есть много нерационального». В качестве альтернативы проф. Биддер предлагал осуществлять давление правой рукой на ту часть матки, где располагается тазовый конец плода, строго по его (плода) оси, а левой контролировать продвижение головки. Применять метод автор рекомендовал при полном открытии маточного зева. **К слову, «модернизатор» не стал претендовать на соавторство приёма, а продолжал именовать свою методику «выжиманием по Кристеллеру».**

Кстати, сторонники невмешательства в родовой процесс тоже выступали категорично: **Иоганн Альфельд** (Johann Ahlfeld), один из учеников **К.З.-Ф. Кредё**, предлагал запретить любые выжимные методы, призывая к принципу «руки прочь от матки!».

В последующие годы критика приёма продолжала нарастать. В 1901 году **Н.М. Поршняков** опубликовал (как бы сейчас сказали) докторскую диссертацию на тему «перинатальных» исходов **при выпадении петель пуповины**. В работе автор указал, что при приёме Кристеллера в случае двух-трёх попыток происходит рождение живого плода, при долгих (более семи-десяти) попытках плод погибает у 66% женщин. Николай Михайлович говорил: «...способом Кристеллера мы не столько ускоряем течение родов, сколько ухудшаем и без того уже сильно затруднённое утробное кровообращение плода».

К началу XX века многие акушеры, в том числе **Макс Рунге** (Max Rounge) и **Карл Шрёдер** (Karl Schröder), склонялись к тому, что оптимальным условием для выжимания плода можно назвать только период изгнания при расположении головки на тазовом дне. В 1905 году **Эрнст Бумм** (Ernst Bumm) в лекциях по акушерству высказал мнение о потенциальной опасности приёма при несоблюдении этого условия: «...при более высоком стоянии головки выжимание есть бесполезное мучительство, которое может стать угрозой вследствие раздавливания маточной стенки и отслоения плаценты».

Эрнст Бумм, как и **Николай Николаевич Феноменов**, отдавал предпочтение акушерским щипцам: «...вы можете испробовать выжимание, но самое простое и приятное для женщины средство, чтобы положить конец этому состоянию (то есть слабости. — *Авт.*), — это щипцы». Феноменов **объяснял свои предпочтения вопросом времени**: «...если защитники способа указывают на то, что в целом ряде случаев роды могли быть закончены в течение каких-нибудь 10–15 мин, то не подлежит сомнению, что при таких же условиях щипцами можно было бы окончить роды в 2–3 мин». Кстати, в наше время можно сказать, что именно снижение частоты использования акушерских щипцов привело к распространению выжимного метода.

Принципиальное изменение техники Кристеллера предложил в 1912 году один из апологетов российского акушерства, **Яков Фёдорович Вербов**: левой рукой осуществлять давление на дно матки, а правой воздействовать на переднюю стенку либо же заменить руки материей, обосновав это следующим: «...приёмом Кристеллера мы (только сами не сознавая этого) стремимся согнуть дугу матки вдвое...» (рис. 7-8).

Вербов предложил заменить выжимание по Кристеллеру на крепкий пояс или ручной приём: «...нужно изогнувшуюся матку выпрямить и удерживать её во время схватки...» Автор нового метода видел причину слабости потуг в отвислом животе и в нарушении прямой оси плода.

Постепенно от точных выполнений любой из авторских методик стали отходить к их различным модификациям. Примером может служить «бинт Вербова», описанный проф. **И.Ф. Жордания** в 1952 году, — **использование медицинских простыней**. Этот способ в учреждениях применяли каждый раз



Рис. 7-8. Метод Кристеллера, усовершенствованный Я.Ф. Вербовым. Оригинальная фотография из книги Я.Ф. Вербова «Матка женщины, её нормальная работа и её разрывы во время родов» (СПб., 1913).



Рис. 7-9. Так выглядит пресловутое «пособие» по Кристеллеру в наши дни.

по-своему, в зависимости от фантазии и физической подготовки врача. Чаще всего **пытались гибридизировать** «бинт Вербова» и пособие Кристеллера, однако при этом любой метод, как правило, по привычке именовали «кристеллером», в том числе выжимные приёмы, не имеющие отношения ни к кому из перечисленных авторов, а представляющие собой элементы наружного давления на матку с помощью приёмов спортивной гимнастики (рис. 7-9).

Такая вольность в трактовке классика была спровоцирована «пеленой молчания» в научной литературе: если про технику «бинта Вербова» ещё можно прочесть в учебниках второй половины XX века, то имя Самуэля Кристеллера, не говоря уже об описании приёма, в них напрочь отсутствует. Следом исчезли упоминания метода в историях родов и исследования результатов этого пособия. По данным систематического обзора 2011 года, последнее упоминание в отечественной медицинской документации относится к 1976 году.

Кстати, **в общественном сознании метод Кристеллера считают законодательно запрещённым. К сожалению, это не совсем так.** Однозначного тотального запрета не существует, он есть только в ряде ситуаций: в методических рекомендациях к Приказу Минздрава РФ №318 от 1992 года «О ведении преждевременных родов», где пособие отмечено среди прочих

запрещённых вмешательств на сроке до 37 нед (акушерские щипцы, вакуум-экстрактор, пособие по Цовьянову), и в информационном письме Минздрава России от 26 ноября 2002 года №2510/11869–02–32 в графе «Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом». **Однако это всё-таки статус рекомендаций, а не явный законодательный запрет, как, например, по поводу выполнения аборта в день обращения.**

Существует ещё один документ, на который часто ссылаются в публикациях о «врачах-вредителях», — статья «Менеджмент качества медицинской помощи: классификация дефектов оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи», где «пособие» по Кристеллеру отнесено к дефектам врачебных вмешательств в случае развития осложнений. Однако, по сути, в этой публикации авторы просто перечислили все пришедшие на ум осложнения беременности и родов с предложением классифицировать их как результаты оказания медицинской помощи ненадлежащего качества.

Так что никаких однозначных, законодательно оформленных запретов на пособие по Кристеллеру среди действующих приказов и инструкций отечественного здравоохранения сегодня нет. Но и разрешающих документов, где было бы рекомендовано это пособие, в российском акушерстве не существует. Поэтому, когда у акушера появляется желание помочь женщине тужиться при помощи своей богатырской силы, он должен помнить, на какую юридически зыбкую почву ступает: в случае трагического исхода придётся объяснить, что он делал и зачем. Попытки скрыть свои действия в эру развития технологий, когда способностью записывать видео обладает «любой утюг», наивны, а распространение партнёрских родов завершило тайную от посторонних глаз эпоху «закрытого» акушерства, предоставив возможность пострадавшей стороне найти свидетелей.

Дальше юристы потерпевшей поставят перед врачом резонный вопрос: если пособие было оказано, то почему оно не отмечено в соответствующей графе истории родов — «Операции и пособия»? **В США это пособие обозначают в истории родов как fundal pressure, а в России?** И не стоит забывать, что во время судебных слушаний приглашённый эксперт с вероятностью 90% в ходе судебного заседания или в тексте заключения назовёт этот метод «запрещённым», и как вы докажете обратное при отсутствии отечественных рекомендаций о его применении?

Кстати, единого мнения по поводу выжимающих плода приёмов в мире нет. Они категорически запрещены во Франции, где клинические рекомендации Французской ассоциации акушеров-гинекологов прямо указывают, что с медицинской точки зрения нет обоснованных показаний для применения fundal pressure, а любое воздействие на матку руками влечёт увольнение врача с массой юридических последствий. Схожая ситуация в Австрии и некоторых

графствах Великобритании. Но попытка распространить этот опыт на другие страны провалилась: сообщение на XX Европейском конгрессе акушеров-гинекологов (Лиссабон, 2008) о том, что с 2007 года применение врачом методики «выдавливания» плода в некоторых странах карается увольнением с последующим лишением лицензии на профессиональную деятельность, было встречено благожелательно, но **предложение распространить этот регламент на страны-участницы ЕАГО, хотя бы из Евросоюза, было единодушно отвергнуто всеми членами оргкомитета. Как по-вашему, почему?**



В итоге пособие, за исключением некоторых стран, продолжают оказывать, а ВОЗ по-прежнему классифицирует его как метод категории С: «имеющий недостаточно доказательств для чётких рекомендаций; следует использовать с осторожностью, пока дальнейшие исследования не внесут ясность в спорные вопросы». Стоит отметить, что в эту категорию также включены: нефармакологические методы обезболивания, рутинная ранняя амниотомия, приёмы защиты промежности, активное обращение с плодом в момент родов, рутинное использование окситоцина, контролируемые тракции пуповины в III периоде родов, раннее пережатие пуповины и стимуляция сосков для усиления маточных сокращений в последовом периоде.

В тех странах, где принято заблаговременно разрабатывать план родов, учитывая желание женщины при выборе анестезии и других медицинских манипуляций, например в США, **врач обсуждает с женщиной, какую процедуру она предпочтёт, если возникнет необходимость быстрого ускорения II периода родов**, — акушерские щипцы, вакуум-экстракцию или давление на дно матки. В таких случаях можно судить о частоте применения fundal pressure, поскольку факт его использования фиксируют. Согласно данным общенационального пилотного исследования, проведённого в США, в клинической практике этот приём используют 85% респондентов.

Но российское акушерство существует в другой реальности — **метод толком не описан, показания не определены, факт применения нигде не зафиксирован.** В итоге выжимание плода из спорного метода превратилось в недопустимое агрессивное вмешательство с нарушением техники, а самое главное — без необходимости его применения. Всё, что обсуждали классики акушерства и авторы модификаций выжимных приёмов, имело чёткие, осмысленные показания — слабость родовых сил или необходимость форсирования II периода родов, как правило, по причине гипоксии

плода. Однако после утраты техники пособия произошёл закономерный провал и в отношении показаний к его применению.

Нездоровое использование «пособия» по Кристеллеру стало причиной **искажения представлений о допустимой продолжительности родов**. В итоге получилось, что «выдавливать» стали из-за того, что женщина якобы «слишком долго рождает», а не потому, что возникла острая гипоксия плода в родах. К вмешательству прибегают для сокращения продолжительности родов, забывая, что женщина имеет право рожать долго (имеется в виду потужной период). Так и получилось, что с 1890 по 1990 год продолжительность родов у первородящих сократилась уже до 14 ч вместо известных гиппократовских суток.



Принятое в России строгое ограничение продолжительности II периода родов (2 ч прежде и 1 ч в наши дни), возможно, связано с неправильной интерпретацией результатов работы Pryslosky (1952). В этом исследовании было установлено, что если II период родов превышает 2 ч, то высок риск перинатальной и материнской заболеваемости. Результаты многими были поняты как непосредственное указание на то, что женщину нужно любыми средствами родоразрешить до истечения этого срока.

Ретроспективный анализ родов, завершившихся травмами или реанимацией новорождённых, выявил ещё одну фатальную ошибку: **«пособием» по Кристеллеру врачи пытаются компенсировать не проведённое вовремя оперативное родоразрешение**. Тот факт, что в России, по статистике, щипцы накладывают поразительно редко, наводит на грустные мысли о реальной частоте таких неполноценных подмен.

Об этом же опосредованно свидетельствуют другие цифры: в большей части жалоб и исковых заявлений по неблагоприятным исходам беременности и родов непременно присутствует информация о «выжимании», «выдавливании» плода руками, кулаками, плечевым поясом или «всем телом» акушера! В нашумевшей телепередаче «Врачи-палачи» (2009) именно это пособие стало одним из сюжетов. **Пациентки уже знают об опасности подобных приёмов, пора бы осознать это и врачам.**

Пути преодоления неразрешённых пособий

Ситуация с силовыми манипуляциями над рожаящей женщиной слишком запущена, и простого решения здесь не существует. В первую очередь **следует отсечь выжимные приёмы без показаний** или по причине «долго ро-

жает» и вывести их за рамки закона. Любое силовое внешнее воздействие на матку без причины — ненадлежащее оказание медицинской помощи и должно быть запрещено нормативным документом, так же как и попытки замечать кесарево сечение «выдавливанием» плода при высоко стоящей головке.

Сложнее с ситуацией, когда необходимо форсирование потужного периода. Если легализовать применение выжимных методов, то **только с подробным описанием техники, показаний, противопоказаний и с формой-протоколом для вклеивания в историю родов.** Только таким путём возможно победить агрессивную анархию, царящую в этом вопросе. И конечно, в случае легализации пособия применять его возможно только с согласия женщины.

Независимо от того, будет ли легализовано или запрещено «выжимание» плода (fundal pressure), необходимо «реабилитировать» такие манипуляции, как акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода, — они при правильной технике наиболее безопасны (см. раздел «Акушерские щипцы и вакуум-экстракция»).

Только поэтапная стратегия может шаг за шагом прекратить **повсеместное, но скрываемое** применение силовых приёмов в родах. Необходимо со студенческой скамьи давать полную информацию обо всех методах, не делая из некоторых какой-то тайны, обучать на высококачественных тренажёрах операциям наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора. На законодательном уровне следует вывести «за красную черту» вариации выжимных пособий, **представляющих повышенную опасность** (без показаний, при высоко стоящей головке), административными методами избавиться от руководителей-лицемеров, пропагандирующих с трибуны одно, а в жизни совершающих прямо противоположное.

Современный врач, вооружённый реальными знаниями и владеющий всеми практическими навыками, **сам делает выбор в пользу наиболее безопасного способа.**

РАЗРЫВ МАТКИ: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ. ЧТО ЖДАТЬ ЗАВТРА?

Для практикующего врача **этиопатогенетические теории разрыва матки** — опаснейшего акушерского осложнения — имеют вспомогательное значение, и главным вопросом остаётся своевременность диагностики и лечения. Тем не менее одно невозможно без другого, поэтому знать основные причины необходимо. Кроме того, **этиология разрыва матки в последние**

десятилетия изменилась, и, соответственно, клиническая картина стала несколько иной. Клиницистам приходится заново открывать то, что казалось уже изученным.

Что же послужило причиной изменений? Как ни странно, развитие медицинских технологий, повышение безопасности оперативных вмешательств и, как следствие, широкое распространение хирургических манипуляций. **На первом месте по уровню риска разрыва матки по рубцу стоит кесарево сечение**, которое часто рассматривают как показание к следующему кесареву сечению. Тем не менее известно, что не все рубцы имеют одинаковую степень риска несостоятельности. Корпоральный рубец имеет риск разрыва 1:9, Т- и J-образный — 1:25, поэтому Американская коллегия акушеров-гинекологов (ACOG) не рекомендует проводить роды через естественные родовые пути после классического, Т- или J-образного разреза на матке. **Самый низкий риск разрыва имеет рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте**, особенно при ушивании матки двухрядным синтетическим швом.

Родоразрешение через естественные родовые пути после кесарева сечения выступает залогом наименьшего риска разрыва матки по рубцу в будущем. Успешно прошедшие роды — лучшее доказательство состоятельности рубца; доказано, что частота разрыва матки по рубцу при последующих успешных влагалищных родах снижается вдвое, и потом количество успешных родов уже не имеет значения.

С практической точки зрения важно то, что повальное увлечение кесаревыми сечениями обогатило раздел акушерских осложнений не только классическим разрывом матки по рубцу, но и новой нозологической единицей — беременностью в рубце на матке. Эта крайне редкая ситуация опасна не только сложностью её диагностики, но и высоким риском потери органа при попытке кюретажа. Единственный шанс избежать удаления органа — своевременная диагностика (а она возможна только до 8 нед, затем характерные признаки нивелируются: истончение передней стенки матки, узкий цервикальный канал и близкое расположение плодного яйца к метке излучателя на экране монитора при положении датчика в переднем своде влагалища) и лечение: либо локальные инъекции метотрексата под УЗ-контролем, либо гистерорезектоскопическое прерывание беременности.

На второе место по уровню риска выходят разрывы матки **после эндоскопических миомэктомий**, особенно с коагуляционным гемостазом, появляются не существовавшие ранее, пока единичные описания эпизодов разрыва интактной матки после ЭКО, как, например, случай, произошедший в 18 нед, вызванный врастанием плаценты и закончившийся гибелью пациентки.

Автомобиль — неотъемлемая часть жизни современной женщины, и всё большее число беременных становятся участниками дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в результате которых **страдает не только мать, но и плод**. По данным PRAMS (Pregnancy risk assessment monitoring system), в США ежегодно около 92 500 беременных попадают в автомобильные аварии. Достоверные статистические данные о перинатальных потерях в результате автомобильной травмы нам не доступны, поскольку в свидетельствах о смерти плода не указывают причастность матери к автокатастрофе. Кроме того, указание на беременность женщин, пострадавших в результате ДТП, можно проследить в национальных базах США только с 1995 года. В российской статистике пострадавших в ДТП беременных и вовсе никто не учитывает.

Современный врач может столкнуться с такой экзотической причиной разрыва матки, как приём кокаина и его производных, — фактор риска, к сожалению, актуальный из-за распространения наркомании в современном обществе. Приём кокаина или его производных (крэк) вызывает системную вазоконстрикцию, а во время беременности — внезапное тетаническое напряжение матки, что особенно опасно, когда на матке есть рубец. Описан клинический случай разрыва матки у 43-летней беременной с корпоральным рубцом на матке через 4 ч после употребления крэка путём ингаляции. Во время операции обращал на себя внимание **мощный сосудистый спазм**, края разрыва совершенно не кровоточили, хотя продолжились за рубцовую ткань. В некоторых странах, к примеру в Японии, при подозрении на разрыв матки рекомендовано проводить скрининг на приём кокаина.

В некоторых случаях вообще однозначно решить, что выступает причиной разрыва матки, невозможно. Иногда виновником становится целый комплекс различных неблагоприятных факторов, и с точки зрения экспертной медицины речь может идти только о вероятной роли того или иного из них. Как апогей необъяснимого описаны случаи идиопатического разрыва интактной матки вне родовой деятельности.

Клиническое разнообразие симптомов разрыва матки трудно систематизировать. «Внезапная или атипичная» боль в животе — наиболее часто описываемый в литературе симптом, но на практике именно он вызывает наибольшее затруднение. **Боль имеет несомненную информационную ценность в отсутствие родовой деятельности, но как её трактовать в процессе родов, которые болезненны a priori?** И как трактовать «внезапность и атипичность» боли в аспекте болевого порога женщины и психологической выдержки врача? Не говоря о том, что с широким внедрением регионарного обезболивания родов этот симптом даже при механическом разрыве матки может быть существенно стёрт или вовсе отсутствовать.

Из искового заявления...

Из положительных тенденций современности можно отметить, что частота разрывов матки, происходящих из-за механических причин (неправильное положение плода, клинически узкий таз и т.п.), снижается, как и частота насильственных разрывов вследствие грубых и неосторожных акушерских вмешательств, хотя и те, и другие всё равно бывают. Такие случаи, как правило, **попадают в прессу и судебные инстанции**. Вот пример явной акушерской агрессии с подобным исходом, цитата из искового заявления:

«...Я заключила контракт на роды с родильным домом №2 города N области N. Врач хотел меня родить* до закрытия на мойку и на своём дежурстве. Это было воскресенье. Он проколол мне плодный пузырь и выпустил воды. Схватки не начинались. Тогда мне поставили капельницу на 3 ч, но схваток всё равно не было. Тогда он ввёл мне запрещённое лекарство ("Сайтотек"; о его "подпольности" сообщил пациентке сам врач!), и начались очень сильные схватки. А через 1 ч 40 мин наступило полное открытие, но потуг не было. Врач лёг на меня и выдавил ребёнка, но в тяжёлом состоянии. Ребёнка сразу перевели в областную детскую больницу, а я ушла домой (!). Через 16 ч появились резкие боли в животе, "скорая помощь" увезла меня в хирургическое отделение. Там установили разрыв матки и селезёнки (*sic!*), сделали операцию, я осталась жива, а ребёнок умер».

При оценке партограммы, составленной по истории родов, становится понятно, насколько нелегко экспертам, вынужденным разбирать подобные случаи (рис. 7-10).

Теперь скажите, что в исковом заявлении неправда? Увы, подтвердилось все. Женщину спасли в другом лечебном учреждении, удалив матку и селезёнку.

По данным большинства клинических руководств и по описаниям отдельных клинических наблюдений, **самый частый признак разрыва матки — нарушение сердечного ритма плода**: ранние или поздние децелерации, затем стойкая брадикардия. Именно поэтому многие руководства предписывают ручное обследование полости матки в случае, если была зарегистрирована брадикардия плода и родился ребёнок с низкой оценкой по шкале Апгар.

В послеродовом периоде симптомами разрыва матки будут кровотечение и нарушение гемодинамики — падение АД, тахикардия, болезненность тела матки при пальпации. Также в диагностике помогает **ручное обследование полости матки с проверкой целостности её стенок**, но эта процедура должна быть выполнена быстро, без промедления.

* Оригинальный стиль искового заявления сохранён.

ПАРТОГРАММА 3

Ф.И.О. _____ Возраст 31 № истории родов 83
 Поступила «1» марта 2001 г. 1 ч. 00 мин. Беременность: IV Роды: II Рост: 164 Вес: 91
 Окружность живота: 100 Высота дна матки: 35 ПМП 3300-3500 Балльная оценка пренатального риска:

Дата: 1 марта 2001 года



Рис. 7-10. Партограмма №3. Случай разрыва матки в родах на фоне назначения запрещённого препарата «Сайтотек» и силовых давлений на матку в потужном периоде. Удивительно, что женщина и ребёнок выжили.

Если произошло расслоение миометрия без выхода разрыва в полости (брюшную или полость матки), то диагноз при ручном обследовании поставить бывает не просто трудно, а практически невозможно, и единственными симптомами будут боль в области разрыва и изменение анализа крови, характерное для кровотечения.

С нарастанием гематомы в стенке матки **может расслабляться и отклоняться в сторону, противоположную разрыву**. Кровотечение и картина геморрагического шока могут развиваться как сразу после родов, так и через несколько часов.

Главные задачи лечения — стабилизация состояния матери и извлечение плода. Как правило, временной интервал от совершившегося разрыва до извлечения плода и начала мероприятий по остановке кровотечения, при котором существует наибольшая вероятность благоприятного прогноза для матери и плода, составляет **только 10–37 мин.** Для того чтобы уложиться в этот отрезок времени, необходима мобилизация всех имеющихся возможностей — акушерских и анестезиологических.



При подозрении на разрыв матки в родах не стоит тратить драгоценное время на получение бессмысленных в этой ситуации анализов. Можно провести забор материала для интра- или пост-операционного анализа адекватности проводимой инфузионной терапии, но упускать время в ожидании их результата не следует. Согласно директиве АСОГ, стойкая брадикардия плода при подозрении на разрыв матки или в сочетании с гемодинамическими нарушениями у матери требует родоразрешения путём кесарева сечения с началом адекватной интенсивной инфузионной терапии и извлечением ребёнка не позднее 30 мин после появления признаков гипоксии.

При начавшемся и совершившемся разрыве матки экстренно выполняют чревосечение для устранения источника кровотечения, восстановления анатомии органов малого таза и предупреждения распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью ещё до начала операции, а также во время операции и после неё **проводят борьбу с шоком и кровотечением** по общепринятым методам.

Таким образом, **лечение начавшегося и совершившегося разрыва матки** включает срочное и одновременное выполнение:

- оперативного вмешательства;
- адекватного анестезиологического пособия;
- инфузионно-трансфузионной терапии, адекватной кровопотере и шоку;
- коррекции нарушений гемостаза.

При разрыве матки чревосечение проводят только нижнесрединным разрезом. Когда плод успешно извлечён, **объём хирургического лечения** матери зависит от следующих факторов:

- локализации разрыва матки;
- размера разрыва;
- величины кровопотери;
- общего состояния матери;

- желания последующего деторождения.

В последнее время всё большее распространение получает **органосохраняющая тактика** с иссечением краёв и ушиванием разрыва и сохранением детородной функции женщины.

Критерии для предпочтения органосохраняющей тактики:

- желание последующих родов;
- расположение разрыва поперечно в нижнем сегменте;
- нераспространение разрыва в область широкой связки, на шейку матки, в параметрий;
- остановка кровотечения;
- некритическое состояние матери;
- отсутствие клинических и лабораторных признаков коагулопатии.

При выборе **органосохраняющей тактики операция** включает следующие этапы: при полном разрыве матки накладывают отдельные швы, при необходимости иссекая края; при неполном — сначала опорожняют гематому и быстро останавливают кровотечение путём лигирования повреждённых сосудов, осматривают разрыв и восстанавливают целостность стенки матки. Если одновременно с разрывом матки был повреждён мочевой пузырь, то его зашивают со стороны брюшной полости. По окончании операции **тщательная ревизия органов брюшной полости** с последующим дренированием обязательна.

Пути преодоления разрывов матки

Снизить риск, а значит, частоту и последствия разрывов матки можно только предупреждением формирования неполноценного рубца, что возможно при оптимизации хирургической техники и неиспользовании методов, вызывающих обширные некротические процессы в миометрии (например, электрокоагуляции).

Относительно разрыва матки в родах ситуация двоякая. С одной стороны, целесообразно увеличивать число родов через естественные родовые пути у беременных с рубцом после кесарева сечения. С другой — риск разрыва матки при этом неизбежно возрастает. Здесь может помочь внимательный отбор беременных, допускаемых к родам. В этом вопросе, к сожалению, часто преобладают административные и финансовые обстоятельства.

Например, в США после выхода в 1999 году очередных рекомендаций АСОГ об обязательном врачебном сопровождении таких родов их число резко пошло на убыль — за это потраченное время врач примет несколько обычных родов, что более выгодно. Также учатившаяся в начале XXI века

судебная активность страховых компаний в случае несостоятельности рубца в таких родах **практически полностью перетянула чашу весов в сторону повторных кесаревых сечений** — в США директора клиник вправе запрещать в своих больницах вести роды с рубцом на матке, чем они и воспользовались, чтобы реже иметь дело с судом. В итоге появилось даже движение пациенток «We want to bring back VBAC (Vaginal birth after cesarean)»*, собирающее подписи под требованиями к руководителям клиник об отмене запрета на естественные роды при рубце на матке.

Увы, пока это не возымело значимого успеха. В нашей стране система медицинского страхования только закончила первичное формирование, и наивно надеяться, что она избежит «болезней роста», наблюдаемых в других странах. Тем не менее не стоит бояться подобных «околомедицинских» проблем, ведь **грамотный подход** — залог успеха в этом вопросе.

ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ

Дистоция плечиков — задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода (рис. 7-11). Уточнением служит информация, что это состояние наблюдают при клиническом несоответствии плечевого пояса плода и таза матери. Именно термин «дистоция» **обозначает невозможность без применения специальных пособий рождения плечиков плода после рождения головки.**

Распространённость этой акушерской ситуации при средней массе плода — 1%. Частота дистоции повышается до 3% при массе плода более 4000 г и достигает 40% при необычно большой массе тела, превышающей 5000 г. Различают две формы:

- высокая дистоция плечиков (высокое прямое стояние плечиков), когда поперечный размер плечиков в прямом размере входа в малый таз, а переднее плечико находится над симфизом;
- низкая дистоция плечиков (глубокое поперечное стояние плечиков), когда поперечный размер плечиков установился на тазовом дне в поперечном размере.

К сожалению, **своевременное и правильное использование стандартных приёмов не всегда позволяет избежать осложнений**, и нередко меры, предпринимаемые акушерами для борьбы с дистоцией плечиков, оставляют желать лучшего.

* Мы хотим вернуть влагалищные роды после кесарева сечения.

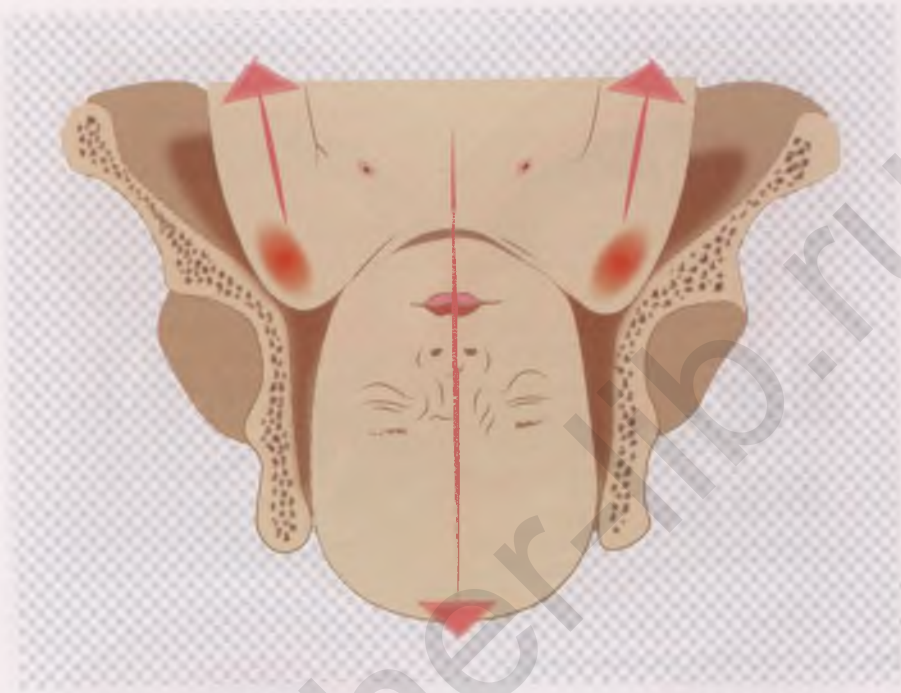


Рис. 7-11. Дистоция плечиков.

Интегральный фактор риска (крупный плод) — один из наиболее значимых (40–50%). При этом тактика ведения беременных с крупным плодом до сих пор окончательно не определена. Программированные роды при этом не улучшают исхода ни для матери, ни для плода. Часть из них оканчивается кесаревым сечением — опять же без улучшения исходов. **Широкое использование планового кесарева сечения в этой ситуации тоже нецелесообразно, поскольку повышает уровень опасности.** К тому же 3% повреждений плечевого сплетения происходит именно во время оперативного извлечения плода.

В акушерской практике возможна ятрогенная дистоция плечиков и при самопроизвольных родах, когда она становится итогом «растуживания» родильницы или ненужных тракций за головку в промежутке между схватками (рис. 7-12). Грустно комментировать, что борьба с этим тяжёлым осложнением происходит не только в переносном, но и в буквальном смысле «не на жизнь, а на смерть».

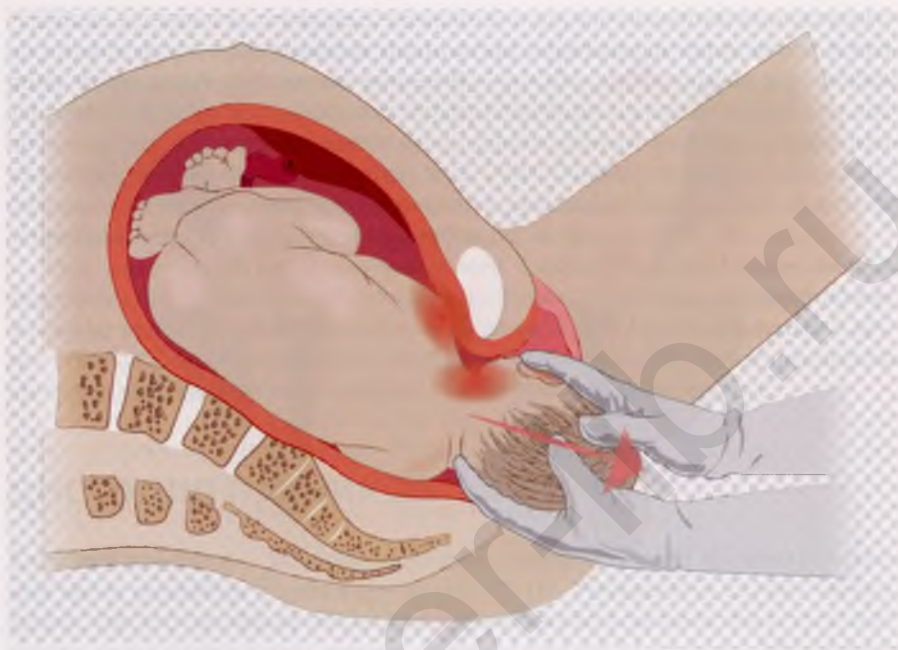


Рис. 7-12. Ятрогенная дистоция плечиков.

Результатом нарушения алгоритма при дистоции плечиков, суетливых и хаотичных действий, неправильных тракций за головку, давления на дно матки становятся высокий травматизм матери (тяжёлые разрывы мягких тканей родовых путей и малого таза, разрыв матки), плода (парез нервных сплетений [рис. 7-13], перелом ключицы или плеча, повреждение эпифиза, дисторсия плеча, кривошея) и даже перинатальная смертность в результате асфиксии (2–16%!). В целом частота родового травматизма при дистоции достигает 30%.

Пути преодоления проблемы

Пришла пора пересмотреть тактику ведения беременных с крупным плодом. Показаниями к плановому кесареву сечению выступают:

- масса плода более 5000 г у женщин без сахарного диабета или 4500 г при сочетании со слабостью родовой деятельности (потуг);
- масса плода более 4500 г у женщин с сахарным диабетом.

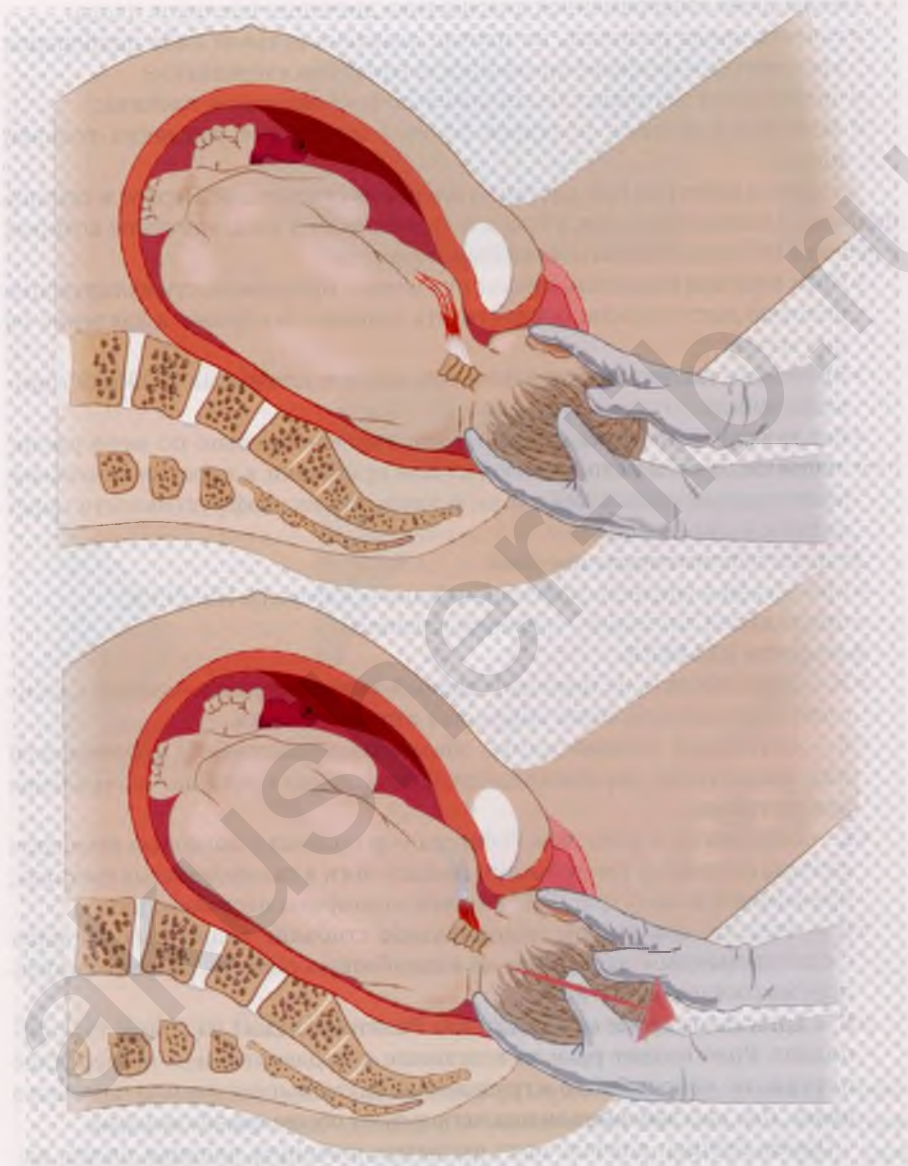


Рис. 7-13. Механизм повреждения нервных пучков плода при дистоции плечиков.

Необходима своевременная диагностика дистоции плечиков плода:

- головка плода родилась, но плотно охвачена вульвой либо подбородок втягивается и опускает промежность (симптом «черепахи»);
- потягивание за головку не сопровождается рождением плечика;
- задержка рождения плечиков более 1 мин после рождения головки плода.

Алгоритм действий при дистоции плечиков следующий. Первое и главное правило — никакой паники, у врача есть минимум 5 мин, в течение которых у ребёнка не успеет развиться тяжёлая гипоксия.

- Пока плечики сдавлены, нельзя применять препараты, стимулирующие родовую деятельность, осуществлять тракции за головку и давление на дно матки.
- Врачебная тактика предполагает соблюдение алгоритма HELPERR (приведён ниже).
- Все ручные манипуляции выполняют последовательно по мере увеличения сложности исполнения. Вначале прибегают к простым пособиям, менее травматичным для плода, и лишь при их неэффективности переходят к более сложным.

Этапность применения пособий:

- при лёгкой и средней степени дистоции — алгоритм HELPERR;
- при тяжёлой дистоции — перелом ключицы.

Алгоритм HELPERR.

- **H** — Help (позвать на помощь): первый этап алгоритма — позвать ассистента (желательно более опытного) и анестезиолога.
- **E** — Evisiotomy (эпизиотомия): обязательное рассечение промежности под адекватным обезболиванием (обязательно срединно-латеральная эпизиотомия).
- **L** — Legs (ноги): приём Мак-Робертса — роженица с помощью акушеров сначала разгибает, затем быстро сгибает ноги в тазобедренных суставах, прижимая к животу (рис. 7-14); приём повторяют несколько раз.
- **P** — Pressure (давление): максимальное сгибание бедренных суставов с одновременным давлением на надлобковую область. Эффективность приёма составляет 50–80%.
- **E** — Enter (вхождение во влагалище). Роженица лежит на спине, таз приподнят. Врач вводит руку во влагалище и надавливанием на переднее плечико по направлению к грудице плода уменьшает размер плечевого пояса. Для расслабления мышц используют общее обезболивание.
 - Приём Рубина: вначале врач пытается повернуть плечики плода, надавливая снаружи, над симфизом женщины. Воздействие нужно проводить осторожно, есть риск перелома ключицы плода. Дальше врач

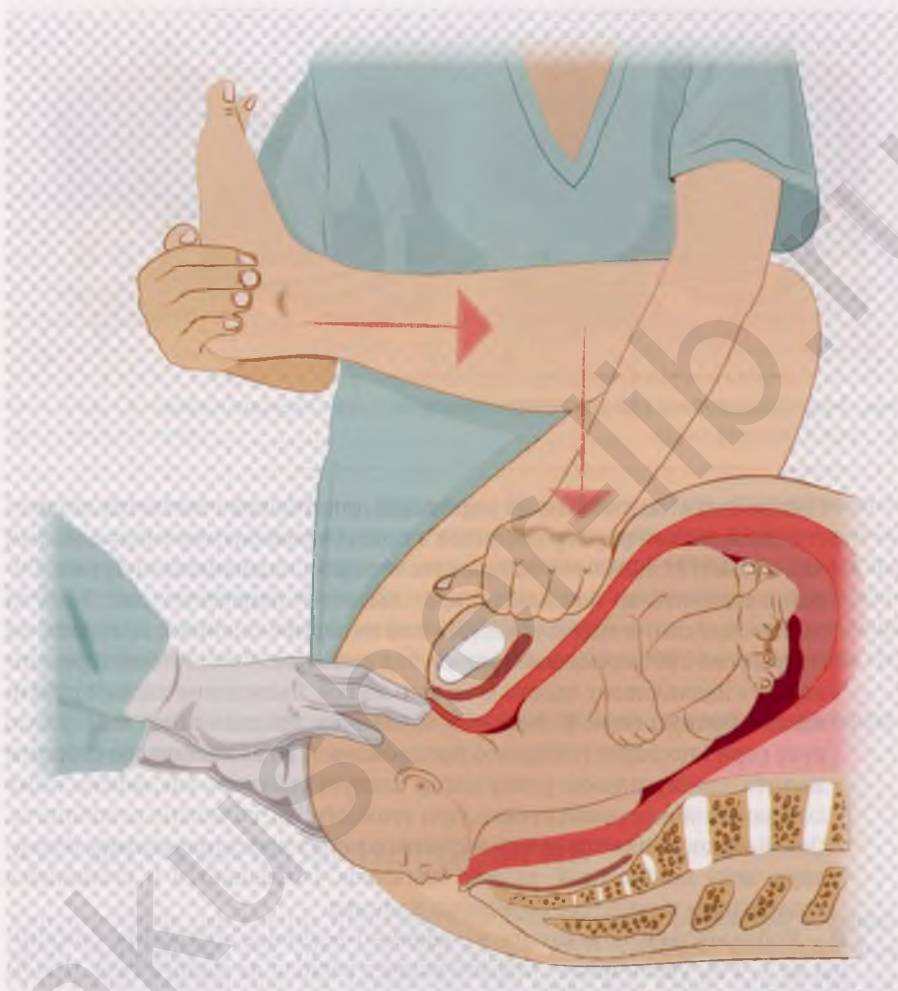


Рис. 7-14. Прием Мак-Робертса при дистоции плечиков.

пытается выполнить внутренний поворот переднего плечика в прямой или поперечный размер. Для этого вводят два пальца правой (при I позиции головного предлежания, рис. 7-15, А) или левой руки (при II позиции головного предлежания, рис. 7-15, Б) во влагалище со стороны спинки плода.

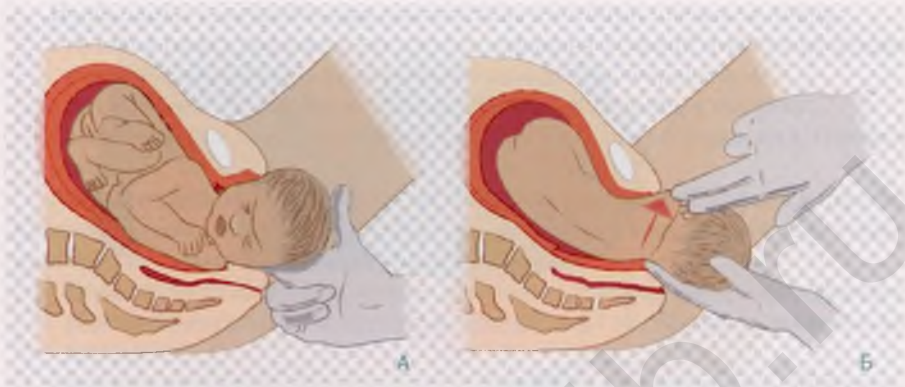


Рис. 7-15. Приём Рубина при дистоции плечиков: А — при I позиции плода, Б — при II позиции плода.

– Приём Вудса: давлением на переднюю лопатку врач пытается перевести поперечный размер плечиков в поперечный размер входа в малый таз. Ассистент помогает выполнить поворот, надавливая снаружи. Ручкой, введённой во влагалище, врач пытается перевести (рис. 7-16, А) заднее плечико в переднее. При этом переднее плечико, вращаясь по спирали на 180°, соскальзывает из-под лона (рис. 7-16, Б). Одновременно врач надавливает ладонью на дно матки. Выведение задней ручки: вводят правую (при II позиции головного предлежания) или левую руку (при I позиции головного предлежания) во влагалище со стороны живота плода; заднюю ручку плода следует сместить как можно ниже по брюшной и грудной стенке, при этом, сгибая, её можно освободить. Освобождают заднюю ручку и плечико через крестцовую ямку, благодаря чему поперечный размер плечиков уменьшается и становится возможным выведение переднего плечика.

- R — Roll (катиться, перекатиться): коленно-локтевое положение роженицы на 1–2 см увеличивает прямой размер выхода из малого таза. Приём невозможен при использовании анестезии.
- R — Remove (удалять): пособие при извлечении заднего плечика.

При неэффективности алгоритма HELPERR повторяют попытку перевести переднее плечико в поперечный размер снаружи. Если ни один из приёмов не помог — вынужденно ломают ключицу плода.

Приём Заванелли. Это крайняя мера, по сути «роды наоборот». Методика представляет собой комплекс ручных манипуляций для воспроизведения родов в обратном порядке на фоне введения токолитиков с последующим

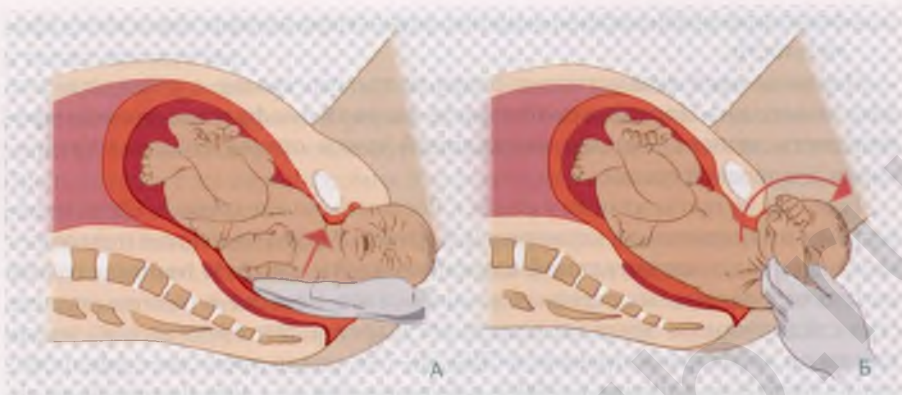


Рис. 7-16. Приём Вудса при дистоции плечиков: перевод заднего плечика в переднее при I позиции плода.

суперэкстренным кесаревым сечением. Используется при двусторонней дистоции плечиков. Однако следует учитывать исходы и осложнения приёма Заванелли: возможны черепно-мозговая травма плода (11%), неонатальная гибель (9%), мертворождение (7%). У матери могут произойти разрывы влагалища или матки, тяжёлые инфекционные осложнения. В редких случаях при неэффективности всех вышеперечисленных методов рекомендована гистеротомия.

При дистоции плечиков, особенно высокой, **важно подробное протоколирование родов.**

АКУШЕРСКАЯ ПЕРИНЕОЛОГИЯ*

Хирургическое рассечение промежности в родах **стало рутинной акушерской практикой.** Это удручает, поскольку необдуманное использование этой манипуляции там, где можно без неё обойтись, имеет серьёзные последствия. Самое время обсудить составляющие врачебной агрессии в акушерской перинеологии. К ним относятся:

- необоснованное и неквалифицированное применение перинео- и эпизиотомий;
- неквалифицированное оказание приёмов защиты промежности;

* Раздел подготовлен совместно с докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярского государственного медицинского университета В.Б. Цхаем.

- отсутствие реабилитации женщин, перенёвших акушерскую травму промежности.

Перинеальный травматизм в родах напрямую связан с последствиями для тазового дна. **Нарушая целостность тазовой диафрагмы, травма промежности лишает мышцы медиальной точки опоры, создавая предпосылки для тазовой грыжи.**

Рассечение промежности в родах в России было внедрено в XIX веке известным отечественным акушером Д.О. Оттом. Мировые данные позволяют сделать вывод о **значительной вариабельности частоты перинеотомии** не только в различных регионах земного шара, но даже в разных акушерских стационарах в пределах одного государства. Вот средние показатели только по некоторым странам: в США 20–73% родов проходят с эпизиотомией (Webb D.A., Culhane J., 2002), в Буркина-Фасо — 46% (Lorenz N. et al., 1998), в Аргентине — 38–40% (Lede R.L., 1996), в Болгарии — 46% (Dimitrov A. et al., 1997), в России — 27–31% (Радзинский В.Е. и др., 2003), в Иордании — 39% (Shihadeh A.S., Nawafleh A.N., 2001), в Нидерландах — 11–50% (Anthony S. et al., 1994).

Специалисты активно обсуждают как неуклонный рост частоты этих манипуляций, так и значительное сокращение использования перинео- и эпизиотомий во Франции, Швеции, Нидерландах, США. Обе крайности (как осложнения эпизио- и перинеотомий, выполненных без показаний, так и отказ от манипуляции при наличии показаний) **становятся причинами судебных разбирательств.**

Представительницы европеоидной расы, по мнению исследователей, подвергаются рассечению промежности в родах значительно чаще остальных (Albers L.L., 1996; Weeks J.D., Kozak L.J., 2001). Высока зависимость **вероятности вмешательства от уровня образования рожениц**: чем выше IQ (интеллект), тем больше вероятность эпизиотомии в родах (Albers L.L., 1996).

Роды в частных клиниках и в программах по добровольному медицинскому страхованию чаще проходят с эпизиотомиями, чем роды в бюджетных клиниках (Shorten A., Shorten B., 1999; Weeks J.D., Kozak L.J., 2001). Многие авторы отмечают, что **эпизиотомии чаще бывают в родах, принимаемых врачами** (Ola E.R. et al., 2002; Shorten A. et al., 2002).

Акушерки значительно реже самостоятельно прибегают к этой мере. Например, количество эпизиотомий в домашних родах составляет всего 1,4% (Aikins Murphy P., Feinland J.B., 1998).

Поразительные данные приводит египетский учёный Т. Al-Hussaini (2006). Частота рассечения промежности в родах составляет 92,8% (!), а доля самопроизвольных разрывов промежности — лишь 5%. Для сравнения: в РФ рассечение промежности проводят в 21–36% всех влагалищных родов. Оче-

видно, что **пора пересмотреть вопрос о целесообразности эпизиотомии в таких масштабах.**

Ключевой контраверсионный вопрос: какова **взаимосвязь между рассечением промежности в родах и несостоятельностью тазового дна**, пролапсом половых органов, сопутствующими нарушениями в дальнейшем? Предупреждает ли перинеотомия эти расстройства или же, наоборот, располагает к ним?

Взгляды специалистов на эту проблему различны. Одни (Gurel H., Gurel S.A., 1999; De-Leeuw J.W., 2001) считают, что рассечение промежности в родах предотвращает несостоятельность тазового дна и прочие отдалённые осложнения. Другие (Myers-Helfgott M.G., Helfgott A.W., 1999; Signorello L.B. et al., 2000), напротив, утверждают, что **эпизио- или перинеотомия — основная причина опущения и выпадения женских половых органов**, даже если не было повреждения анального сфинктера. Несостоятельность тазового дна различной степени выраженности, прогрессирующую по мере увеличения числа родов в анамнезе и срока давности родов, наблюдали у 93,9% пациенток спустя 1–27 лет после перенесённой травмы.

Таким образом, **современные данные заставляют усомниться в пользе эпизиотомии**, однако распространённость этой методики в современном акушерстве стабильна и составляет 20–30% всех родов. Становится ясно, что в ближайшие десятилетия пластическая хирургия тазового дна не останется невостребованной.

Основанием для перинеотомии в родах считают и высокую, и короткую (низкую) промежность, низкий (менее 0,42) позиционный индекс — **отношение длины передней промежности к длине задней**. Однако низкая промежность — скорее противопоказание к перинеотомии, поскольку разрез в этом случае легко переходит в разрыв с повреждением прямой кишки.

Большинство исследователей считают **первые роды основным фактором** риска расщеплений промежности. Так, число подобных вмешательств у первородящих через естественные родовые пути в Швеции составляет 25–34% (Rockner G., Fianu-Jonasson A., 1999), в Великобритании — 40% (Williams F.L. et al., 1998), а в Нигерии достигает 90% (Ola E.R. et al., 2002). При повторных родах показатель составляет 1–6% (Samuelsson E. et al., 2002; Rockner G., Fianu-Jonasson A., 1999).

Наиболее часто хирургическое рассечение промежности в родах проводят при угрожающем разрыве промежности (резаная рана предпочтительнее рваной). На втором месте — необходимость укоротить потужной период в связи с ухудшением состояния плода или роженицы. Есть мнение, что нарушение состояния плода следует считать абсолютным показанием к перинеотомии (Seneze J. et al., 1995). С другой стороны, ещё в конце XX века мир

узнал шокирующую новость: **перинеотомия не снижает интранатальную смертность и не влияет на оценку новорождённых по шкале Апгар** (Visco P. et al., 1996; Lorenz N., 1998).

Либеральное отношение медперсонала к этому весьма травматичному пособию **объяснимо отсутствием чётко сформулированных и обоснованных показаний**. Согласно отечественным, в том числе нашим собственным данным (Марилова Н.А., 2007), поводами к перинеотомии у первородящих и у повторнородящих с достоверно равной частотой оказываются плацентарная недостаточность, мекониальные околоплодные воды, аномалии родовой деятельности. Очевидно, что крайне высокая частота патологических состояний плода у первородящих приводит к перинеотомии втрое чаще других показаний.

Есть и другая сторона проблемы: если на рассечение промежности в родах наложить административные ограничения, возрастает частота разрывов I–II степени этой локализации. Большинство исследований весьма скромны по срокам отдалённых наблюдений (Dimitrov A. et al., 1997; Weeks J.D., Kozak L.J., 2001).

Второстепенными факторами риска применения эпизиотомии выступает использование акушерских щипцов (DeLeeuw J.W. et al., 2001; Peleg D. et al., 1999; Seman E.I. et al., 2003; Troiano L. et al., 2000) и вакуум-экстракции плода (Chou Y.C., Yu K.J., 2003; Peleg D. et al., 1999). В нашем исследовании **применение акушерских щипцов неизменно сочеталось с травмой промежности**, причём у первородящих отказ от перинеотомии имел следствием разрывы промежности II степени. И даже при выполненном разрезе высокая вероятность его продления в разрыв наружного жома анального отверстия и стенку прямой кишки.

Отчего же повышается частота разрывов III–IV степени, происходящих после перинеотомии? До 67% так называемых «малых» эпизиотомий с длинной разреза до 2–3 см провоцируют банальные разрывы промежности. Таким образом, даже без повреждения *m. sphincter ani externum* акушеры сталкиваются с рваной раной при манипуляции, **заведомо предназначенной для предотвращения такого рода повреждений**. Именно этот акушерский травматизм — виновник несостоятельности мышц тазового дна у женщин молодого возраста. Столь же парадоксальные разрывы происходят при дисбиозах и воспалительных заболеваниях влагалища (раньше соответствовали III и IV степени чистоты соответственно; см. главу 4, раздел «Биоценозы...»): уже 80% малых разрезов продолжают в разрывы. И приходится зашивать вместо резаной раны — рваную.

Вот почему **необходимы строгие ограничения и регламентированная техника эпизиотомий**. Об этом свидетельствует множество случаев



несостоятельности мышц тазового дна не только после плохого восстановления промежности, но и вследствие выполнения так называемого «щадящего» разреза.

Травмы промежности

Проблема травм мягких родовых путей нуждается в оценке факторов риска перинеальных повреждений.

Взаимосвязь между разрывами промежности и массой плода очевидна не во всех ситуациях. По данным российских специалистов (Марилова Н.А., 2007), в том числе собственных наблюдений, у повторнородящих масса тела и рост плода не влияют на риск травмы промежности. Что же касается первородящих, для прогнозирования травмы промежности антропометрическая характеристика плода (масса плода, окружность груди) достоверно значима.

На состояние промежности влияют возраст роженицы и паритет. Некоторые авторы (Bodner K. et al., 2001) считают, что основной фактор риска разрыва промежности в первых родах — отказ от эпизиотомии. Напротив, в повторных родах при эпизиотомии разрез чаще продолжается в разрыв промежности. По нашим данным (Марилова Н.А., 2007), перинеальные повреждения в первых родах увеличивают вероятность повторных травм в 2,3 раза (до 32%).

Некоторые авторы утверждают, что длительный период изгнания (более 30 мин) и применение окситоцина повышают вероятность самопроизвольного разрыва промежности. Самое категоричное мнение специалистов по вопросу факторов риска травмы промежности звучит так: вид анестезии, возраст матери, длительность II периода родов, масса плода не влияют на частоту самопроизвольных повреждений промежности (Peleg D. et al., 1999).

Перинеальные травмы **чаще происходят на фоне осложнений беременности**, таких как длительно текущая анемия и угроза прерывания беременности, гестоз (Марилова Н.А., 2007). Предпосылкой к травматизации мягких тканей родовых путей служат и нарушения вагинального биотопа (см. главу 4, раздел «Биоценозы...»). Многие исследователи указывают на то, что травма промежности часто происходит при слабости родовой деятельности. Однако мы такой закономерности не нашли. **Предлагаем считать дискоординацию и слабость родовой деятельности лишь провокативными**, а не непосредственными причинами перинеальных травм, и то лишь при ряде условий: аномалии родовой деятельности были корректно диагностированы, утеротоники применены адекватно.

Травмы мягких родовых путей не связаны с абсолютной продолжительностью родов, однако быстрые и стремительные роды в этом отношении

очень неблагоприятны. Применение утеротонической терапии повышает вероятность повреждений промежности лишь у первородящих, причём **на фоне окситоцина частота травм сразу возрастает вдвое.**

Проведённые российскими специалистами исследования позволяют присоединиться к мнению зарубежных коллег, утверждающих, что **эпизиотомия — наиболее частое проявление акушерской агрессии.** Необходимо опровергнуть широко распространённый миф о том, что перинеотомия предупреждает различные нарушения состояния плода и новорождённого (перинатальную асфиксию, РДС), сокращая период изгнания. Мнение о том, что рассечение промежности «на высоте одной из потуг» безболезненно и предоперационная анестезия в этом случае не требуется, лишено каких-либо оснований! Это, как и любой отказ от обезболивания родов, **агрессивное деяние, которое следует квалифицировать как «неоказание показанной медицинской помощи».** Для обезболивания эпизио- или перинеотомии рекомендуется инфльтрационная или пудендальная анестезия (Марилова Н.А., 2007).

Нельзя обойти вниманием такой важный аспект акушерской перинеологии, как **качество восстановления промежности.** Правильное выполнение самой перинеотомии должно быть завершено не менее грамотным ушиванием раны. Если швы на промежность только что родившей женщины самостоятельно накладывают неопытные акушеры и практиканты, **всерьёз не контролируемые наставниками,** для пациентки это часто оборачивается несостоятельностью тазового дна. При ушивании раны промежности кетгут должен уступить место более современным шовным материалам, они безопаснее.

Не секрет, что в стремлении к «хорошим» показателям врачи и акушеры ещё совсем недавно оформляли разрывы промежности I–II степени как перинеотомию. И вдруг... Парадокс современности (2015–2016 годы): непродуманная система ОМС, предполагающая большую оплату за роды, осложнённые травмой промежности, привела к **массовому увеличению разрывов** при мизерном количестве разрезов промежностей.

Кстати, не меньшим «волшебством» можно считать российские показатели разрывов промежности III и IV степени. На фоне статистических данных в странах Западной Европы (от 6,5 до 0,5% — разрывы III и IV степени соответственно) и Северной Америки (от 8,9 до 2%) **вызывают изумление и множество вопросов данные отечественной статистики, согласно которой частота этого осложнения находится на уровне даже не процента, а его десятых** (за последние 10 лет снижение с 0,34 до 0,25% с колебаниями до фантастических 0,16% в 2013 году). Если наши результаты по частоте данного осложнения в 10 раз лучше, чем у зарубежных коллег, то возникает законный вопрос: мы настолько лучше умеем вести роды или

наши роженицы каким-то образом отличаются от зарубежных рожениц? Или, может, мы умеем по-другому считать?

В этой же связи хочется также отметить ещё один печальный факт, что последнее десятилетие в ведущих научных зарубежных журналах по акушерству и гинекологии последствия таких разрывов: недержание газов и кала в позднем послеродовом периоде, дизурические нарушения и послеродовая депрессия, пролапс тазовых органов — **одна из самых обсуждаемых и злободневных тем**, но если проанализировать, какое место этим проблемам отводится в публикациях отечественных специалистов, то можно прийти к выводу, что этих проблем в нашей стране просто не существует.

К сожалению, при всей серьёзности и сложности проблемы диспансеризацию женщин, перенёсших акушерскую перинеальную травму, практически не проводят.

Сильнее всего снижают качество жизни отдалённые последствия разрывов промежности III–IV степени — пролапс и дисфункция тазовых органов (мочевого пузыря, прямой кишки и влагалища), серьёзная сексуальная дисфункция, всё это причиняет женщине физические и моральные страдания и снижает трудоспособность, приводит к проблемам в семье. Итог — большинство женщин отказываются от родов в пользу аборта в случае последующих беременностей.

Стремясь снизить частоту и тяжесть родовых травм промежности, **всё больше внимания современные акушеры-гинекологи стали уделять так называемым вертикальным родам**. В последние 20 лет проблема положения и позы рожаящей женщины неоднократно становилась предметом обсуждения как отечественным врачебным сообществом, так и профессиональными организациями в разных странах мира. Общее мнение специалистов единодушно: родильная кровать по типу рахмановской создана скорее «для удобства персонала, принимающего роды».

Выдвигаются научные и околонучные гипотезы о «физиологичности» и «нефизиологичности» той или иной позы рожаящей женщины; чрезвычайно популярное представление об «атравматичности» так называемых вертикальных родов. Дискуссии продолжаются, однако авторитетными акушерами-гинекологами различных стран мира наиболее рациональной признана доктрина о том, что положение **в I периоде родов и позу во II периоде выбирать должна сама женщина**. А вот выполнение перечисленных в разделе «Акушерская агрессия в родблоче» приёмов или отказ от них зависит от традиций страны, региона и непосредственно от родовспомогательного учреждения. Например, в странах Востока, где традиционно рожают «на корточках» с опорой на канат, в госпиталях созданы условия для такого «вертикального» родоразрешения. **Выбор позы за женщи-**

ной — это и есть ликвидация врачебного патернализма и уважение личности пациентки.

После распада СССР многие страны избавились от кроватей Рахманова и, чтобы обеспечить женщине необходимый выбор, заменили их своеобразными «кроватями-трансформерами», позволяющими на технологически приспособленной — снабжённой электроприводами и легко трансформирующейся — конструкции принимать **роды в любом подходящем для женщины и персонала положении**: стоя, сидя на корточках, лёжа на спине, на боку, а также сидя на специальной «табуретке».

Роды и последующая дисфункция мышц тазового дна

Российские и зарубежные специалисты неоднократно анализировали зависимость риска травмы промежности от соматических заболеваний и особенностей течения беременности и родов. В работе норвежских исследователей участвовала 2001 женщина, и основной вывод был сделан о том, что **риск пролапса у рожавших женщин значительно выше, а его степень напрямую связана с количеством родов**. Тем не менее в других работах было показано, что пролапс половых органов происходит и у пациенток, не рожавших через естественные родовые пути, а родоразрешённых путём кесарева сечения.

Согласно отечественным данным, перинеотомия как **акушерская травма промежности часто выступает этиологическим субстратом несостоятельности тазового дна**, пролапса тазовых органов — и соответствующих осложнений (сексуальной дисфункции, нарушения биоценоза влагалища, заболеваний шейки матки, расстройств мочеиспускания и дефекации). Чаще всего формирование пролапса начинается сразу после родов. Исследования причин и ультраструктуры пролапсов продолжаются.

Причины родового травматизма

Факторы риска травм промежности у первородящих таковы:

- собственно первые роды;
- возраст роженицы старше 30 лет;
- наличие хронических экстрагенитальных воспалительных заболеваний;
- осложнения гестации (токсикоз, анемия, длительная угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, преэклампсия [гестоз]);
- нарушение биоценоза и воспалительные заболевания влагалища накануне родоразрешения (дисбиоз и вагинит);
- запоздалые роды;
- быстрое и стремительное течение родов;
- слабость или дискоординация родовой деятельности;

- дородовое излитие околоплодных вод и дородовая амниотомия;
 - применение окситоцина;
 - обезболивание родов наркотическими препаратами и регионарной анестезией;
 - наложение акушерских щипцов.
- Факторы риска травм промежности у повторнородящих:
- травмы промежности в первых родах, в особенности перинеотомия;
 - осложнения беременности (длительно текущие анемия, угроза прерывания беременности, гестоз);
 - нарушение биоценоза и воспалительные заболевания влагалища.

Доказано, что эпизиотомия при гипоксии плода не может радикально ускорить роды, а при высоко стоящей головке эта операция вообще не имеет смысла. Следовательно, реальными способами борьбы с акушерской травмой могут стать лишь профилактика, диагностика и лечение вышеуказанных осложнений беременности, неагрессивное ведение родов. **Практика рутинного выполнения эпизиотомии должна уйти в прошлое.** Однако не проведенное вовремя рассечение при угрозе разрыва промежности должно стать предметом клинического разбора. Вот только диагностика этого угрожающего разрыва далека от совершенства: «побеление» кожи — это не угроза, а уже свершившийся разрыв тканей — всех, кроме кожи! Ведь **промежность рвется изнутри.** Стремление сохранить целостность промежности, превращающееся в «сохранение кожи», служит такой же, если не более частой причиной будущих пролапсов при якобы «целой» промежности.

Рассечение промежности в родах

В англоязычной литературе любые рассечения промежности обобщаются термином «эпизиотомия», при этом синонимом перинеотомии считают срединную эпизиотомию. В зависимости от направления разреза различают также срединно-латеральную (рис. 7-17) и латеральную **эпизиотомию**. В России операцию рассечения промежности по вертикали называют **перинеотомией**.

Разрез при перинеотомии проводят **по средней линии промежности — здесь меньше всего сосудов и нервных окончаний.** Рассекают заднюю спайку и прилежащую к ней слизистую оболочку влагалища, кожу, подкожную клетчатку, фасции, луковично-губчатую, поверхностную и глубокую поперечные мышцы промежности и лобково-копчиковую часть мышцы, поднимающей задний проход. Медиальная точка опоры этих мышц нарушается, однако разрез легко восстановить. Если протяженность разреза продолжается более чем на 3,5 см от задней спайки, то он может перейти на

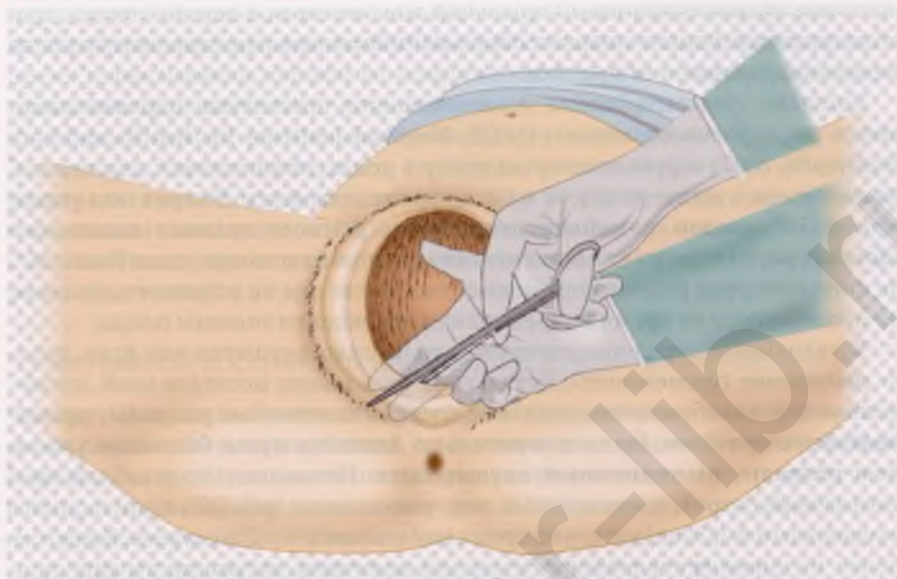


Рис. 7-17. Место рассечения: срединно-латеральная эпизиотомия.

прямую кишку и привести к разрыву промежности IV степени. Кроме того, при перинеотомии можно повредить центральный фасциальный узел промежности.

При эпизиотомии рассекают кожу и подкожную клетчатку больших половых губ, стенку влагалища, фасции, луковично-губчатую, поверхностную и глубокую поперечные мышцы промежности и частично подвздошно-копчиковую и лобково-копчиковую части мышцы, поднимающей задний проход. При этом **пересекают периферические ветви полового сосудисто-нервного пучка, что часто бывает причиной кровотечений**, гематом, нарушения кровоснабжения и иннервации этой области. Кроме того, при эпизиотомии можно повредить большую железу преддверия влагалища и её протоки.

Доказано, что латеральные рассечения промежности следует выполнять только вправо. Это связано с характером ветвления нервных стволов и сосудистых пучков: справа они носят рассыпной, а слева — стволочный характер (Ананьев В.А., 1987).

Особенности топографической и акушерской ситуации допускают выбор вида рассечения промежности врачом. В настоящее время пред-

почтение отдают срединно-латеральной эпизиотомии и перинеотомии; при этом травма сосудисто-нервных образований меньше и не страдают большая железа преддверия и её протоки.

Согласно рекомендациям Национального института здравоохранения и ухода Великобритании (NICE, National institute for health and care excellence, 2007) и руководству по уходу в родах, эпизиотомия должна выполняться под углом между 40 и 60° к вертикальной оси. **Разрез под углом менее 30° связан с непосредственным риском травмы анального сфинктера**, в то время как эпизиотомия, выполненная под углом более 60°, не понижает риск разрыва промежности, так как она не устраняет давление на промежность во время прорезывания и рождения головки плода.

Кстати, имеет огромное значение, кто именно, акушерка или врач, делает рассечение промежности. Результаты нескольких исследований, проведённых в Великобритании, показали, **что эпизиотомные разрезы, произведённые врачами, были значительно длиннее и под бóльшим углом, чем разрезы, выполненные акушерками**. Потенциально опасный эпизиотомный разрез, выполненный под углом менее чем 30°, производился акушерками в 23% случаев, в то время как врачами — в 2% случаев. В другом, более позднем исследовании замерили величину погрешности при проведении разреза акушерками. Все акушерки заявили, что они выполняют медиолатеральную эпизиотомию под углом 45° от средней линии, но при этом отклонялись минимум на 8° ближе к средней линии (в среднем разрез производился под углом 37,3°). При этом большинство участников прошли формальное обучение технике выполнения медиолатеральной эпизиотомии, но это существенно не повлияло на уровень их компетенции. Только те, кто в процессе обучения выполнил не менее 10 эпизиотомий на градуированном муляже, впоследствии осуществляли их правильно.

Этот эксперимент показывает, что врачи и акушерки не могут «на глазок» выполнить разрез на промежности под безопасным углом, в связи с чем даже был разработан новый режущий инструмент в виде ножниц Episcissors-60, который **позволяет акушеру фиксированно производить медиолатеральную эпизиотомию строго под углом 60° относительно средней линии промежности**. В нашей стране он используется крайне редко, в единичных родовспомогательных учреждениях. Поэтому целесообразно проводить симуляционные и тренинговые курсы для врачей и акушерок с целью улучшения практических навыков как по выполнению эпизиотомии, так и по восстановлению целостности промежности.

Техника операции. После обработки наружных половых органов и кожи промежности антисептическим раствором проводят инфильтрационную или пудендальную (если на это есть время) анестезию. Вне потути браншу ножниц

с тупым концом под контролем пальцев вводят по направлению предполагаемого разреза **между подлежащей частью плода и стенкой влагалища**. Во время прорезывания головки на максимальной высоте потуги и растяжения промежности осуществляют разрез длиной не менее 3 см.

Важный аспект рассечения промежности: если сделать разрез менее 3 см, очень высока вероятность его продления в рваную рану. «Щадящий разрез» — причина разрывов промежности у 67% женщин с нормальным биоценозом влагалища и у 80% рожениц с дисбиозом (вагинит, вагиноз). Следовательно, теряется сам смысл манипуляции: вместо резаной раны всё равно будет рваная.

Качественное восстановление повреждённой промежности

Чрезвычайно важный аспект акушерской перинеологии — **качественное восстановление повреждённой промежности в ранний послеродовой период**. Эта проблема имеет несколько важных нюансов:

- правильный выбор шовного материала (никакого кетгута, только синтетические рассасывающиеся нити);
- хорошее знание анатомии врачом, выполняющим операцию;
- правильное и своевременное ушивание раны с тщательным сопоставлением повреждённых мышц;
- адекватное обезболивание (необходимо в том числе для правильного восстановления архитектоники мышечного слоя).

Многие акушеры полагают, что эта операция, технически довольно простая и наименее рискованная, несущественна в сравнении с другими возможными сложностями родов. Именно поэтому **медицинский персонал недостаточно ответственно относится и к процедуре перинеоррафии**, это тоже проявление акушерской агрессии.

Качественное сопоставление краёв и ушивание раны промежности — **перинеоррафию** — выполняют следующим образом.

- Манипуляцию следует осуществлять сразу после родов.
- Предварительно осматривают шейку матки и ушивают разрывы, если они возникли, с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

Многие врачи глубоко заблуждаются, считая, что обезболивание при перинеоррафии необязательно. Во всех случаях **родильнице необходима адекватная анальгезия: регионарная, инфльтрационная, пудендальная или наркоз**. Это позволяет обеспечить наилучший доступ к повреждённым мышцам, поскольку женщина может их максимально расслабить только вне болевых ощущений. Без обезболивания при нарушенной медиальной точке опоры сокращение мышц тазового дна формирует значительную дистопию

структур, кроме того, снижается эластичность самих мышц. **Вдобавок если повреждённые мышцы не расслаблены, то тщательно сопоставить их невозможно** — задача хирурга может быть весьма непростой.

Основное требование к восстановлению травмированной промежности — рану следует восстанавливать послойно! Не менее важен шовный материал: **только синтетические рассасывающиеся нити**. Широко применяемый до сих пор кетгут (даже хромированный) вызывает в ушитых тканях аллергическую и воспалительную реакцию.

Перспективным считают применение препарата для тканевой адгезии, клея гистоакрила. Однако эта методика до сих пор **не получила широкого распространения**: препарат дорогой и возможны осложнения в виде аллергических реакций. К тому же с помощью тканевого клея тяжело добиться адекватного сопоставления сокращённых после повреждения мышц.

Разрывы I степени

На слизистую оболочку влагалища накладывают отдельные швы, следя за тем, чтобы игла проходила под всей раной. Это предупреждает образование гематом. **Непрерывный шов может привести к стягиванию влагалища, поэтому лучше накладывать отдельные узловыы швы**.

Края кожи лучше сопоставлять непрерывным подкожным косметическим швом. Допустимо использование отдельных шелковых швов. Однако сопоставление кожи **непрерывным подкожным швом реже сопряжено с болевым синдромом**, заживление раны происходит лучше и быстрее, рубцовой ткани образуется меньше; при этом ничто не препятствует ранней выписке (на 3–4-е сутки).

При ушивании раны промежности необходимо не только тщательно послойно восстановить анатомию перинеальной области, но и **следить за оптимальным натяжением нитей**. Это неременное условие хорошего сопоставления тканей и полноценного гемостаза, профилактика ишемизации тканей.

Разрывы II степени

Накладывают шов на верхний угол разрыва слизистой оболочки влагалища. Погружными отдельными швами соединяют повреждённые мышцы промежности. Недопустимо наложение погружных швов без полной уверенности в сопоставлении именно мышечной ткани. Недостаточный захват мышц может привести к их расхождению и к несостоятельности тазового дна уже после прекращения анестезии.

При ушивании промежности послойным непрерывным швом используют нити из синтетических рассасывающихся шовных материалов на атравматичных иглах. Широкое распространение получил метод перинеоррафии по

Шуте (наложение восьмиобразных швов через все слои). Недостаток метода — такие швы часто инфицируются.

Разрывы III–IV степени

Перинеоррафия у таких пациенток технически наиболее сложна. Перед тем как приступить к ушиванию, необходимо уточнить распространённость разрыва стенки прямой кишки и определить края разорванного сфинктера. Операция включает **три этапа**.

- Ушивание стенки прямой кишки отдельными синтетическими длительно рассасывающимися нитями с захватом слизистого и мышечного слоёв, начиная с угла раны. Узлы завязывают в просвет кишки.
- Сопоставление концов разорванного сфинктера прямой кишки и их сшивание рассасывающимися нитями.
- Ушивание повреждённой промежности (как при разрыве II степени). В послеоперационном периоде показаны следующие мероприятия.
- Сухая обработка швов (область швов не обмывают, а осторожно обсушивают сухими стерильными тампонами и обрабатывают антисептиками).
- Тщательный туалет промежности после каждого акта мочеиспускания или дефекации.
- При отёке тканей промежности к области швов прикладывают пузырь со льдом или назначают физиолечение (ультразвуковое, лазерное, терапию дециметровыми волнами, магнитное или инфракрасное облучение). Отёк шва неблагоприятен не только риском формирования пуэрперальной язвы. На фоне отёка даже при заживлении раны первичным натяжением рубец получается более грубый, снижающий тонус промежности.
- При разрывах III–IV степени в течение первых дней родильнице показана жидкая пища (бульон, сырое яйцо, чай, соки), назначают антибактериальную терапию и вазелиновое масло. Слабительное дают на 4-е сутки послеродового периода, далее снимают швы.

Для скорейшего восстановления тонуса промежности после родов эффективны физические упражнения по Кегелю, Юнусову, Духанову.

В изложенном здесь алгоритме **нет ничего экстраординарного**, он ясен и прост. Но кто из практикующих акушеров-гинекологов готов всерьёз спорить, что в его учреждении всё делают именно так, как рекомендовано?

Реабилитация женщин после акушерской травмы промежности

Наблюдение женщин, перенёсших акушерскую травму промежности, должно стать **рутинным** в лучшем смысле этого слова. Всем пациенткам из этой группы показаны диспансерные осмотры через 6 и 12 мес после родов. На

основании результатов обследования следует решать вопрос о необходимости хирургической коррекции тазового дна во избежание пролапса половых органов. Только такое прицельное наблюдение позволит своевременно и рационально восстановить анатомию структур тазового дна у молодых женщин, предотвратить отдалённые осложнения перинеальной травмы.

Диспансеризация пациенток с травмой промежности в анамнезе должна быть направлена также на выделение групп риска повторных перинеальных травм, а иногда (при высоком риске) должна формулировать заключение о противопоказаниях к повторным родам *per vias naturales*.

Резервом снижения перинеального акушерского травматизма может быть ограничение перинеотомий при угрозе разрыва промежности во вторых родах, **если в первых родах травм промежности не произошло**. Оптимизация ведения родов и борьба с акушерской агрессией позволяют сохранить целостность промежности во вторых родах и предотвратить морфологические изменения, ведущие к склерозу мышечных волокон.

Резюмируя вышесказанное, мы предлагаем придерживаться следующей **тактики**.

- Ограничить показания для рассечения промежности только реальной угрозой разрыва — для профилактики перинеальных травм в повторных родах. Помимо этого необходимо своевременно лечить осложнённое течение беременности, нарушения биоценоза влагалища (добиваться нормальной микроэкологии).
- Восстанавливать повреждённую промежность в раннем послеродовом периоде нужно только синтетическими рассасывающимися шовными материалами послойно, тщательно сопоставляя ткани.
- Уделять особое внимание состоянию тазового дна родильницы независимо от того, была ли зафиксирована травма промежности.
- Выделить группы риска для диспансерного наблюдения и лечения. В них должны войти все пациентки с травмами промежности в родах. Контрольные обследования женщин следует назначать в 6 и 12 мес после родов.
- После повреждения промежности в родах пролапс половых органов проходит две морфологические стадии: субкомпенсации и декомпенсации. Манифестация случается в среднем через 6–8 лет после травмы. Решение о **хирургической коррекции при несостоятельности мышц** тазового дна следует принимать, исходя не из репродуктивных планов пациентки, а из суммарного количества факторов риска пролапса половых органов и срока давности травмы. Тогда уже на доклиническом этапе будет возможно ограничиться малоинвазивной методикой, избежать в будущем запущенных форм заболевания и послеоперационных рецидивов.

- Хирургическая коррекция — наиболее эффективный метод лечения пролапса половых органов. Выполнить это вмешательство необходимо в течение 5–8 лет после травмы тазового дна. При этом надлежит учесть все факторы риска пролапса половых органов, включая генотип пациентки и давность травматичных родов.

Пособия по защите промежности

Претензии к качеству акушерского пособия по защите промежности обоснованны, и это напрямую связано с трудностями в подготовке акушерских кадров в России. Среди преподавателей медицинских колледжей практически нет врачей, практикующих в роддомах. Сами роддома коммерциализированы и не заинтересованы в обучении студентов. Такая система исключает возможность приобретения студентами соответствующих акушерских навыков в достаточном объёме.

Согласно данным анонимного анкетирования, за время обучения в медицинском училище акушерка принимает 0,3 родов (2006). Соответственно, **остальному она учится уже на работе в стационаре**. Мало того, только 20% выпускников акушерских отделений остаются в профессии. А ведь именно они — **элита среднего медицинского образования**, востребованная в хорошо оплачиваемых парамедицинских отраслях, а в родильном блоке получающая возможность стать акушеркой лишь через 3 года работы в специальности. Все эти обстоятельства — корень проблемы низкоквалифицированной защиты промежности в родах.

В Российской Федерации и в ряде европейских стран акушерское пособие по защите промежности применяют традиционно, однако **среди специалистов отношение к этим методикам неоднозначно**. Некоторые считают акушерское пособие чрезвычайно эффективным для сохранения тканей промежности, в Великобритании даже звучало предложение внедрить этот подход на национальном уровне. Напротив, другие утверждают, что на фоне мероприятий по защите промежности значительно растёт риск разрывов и рассечений.

Акушерским пособием в родах при головном предлежании называют совокупность последовательных манипуляций в конце II периода, направленных на содействие физиологическому механизму родов и на предупреждение родового травматизма матери.

Проблема сохранения промежности была актуальна всегда — и в повивальном ремесле, и с самой юности научного акушерства. Однако и по сей день **стабильных положительных результатов нет**. Почему? Чтобы в этом разобраться, почитаем одного из классиков специальности, выдающегося немецкого акушера В. Штеккеля (1935). Лучше и сказать нельзя!

«...При прорезывании головки начинается защита промежности. Останется ли промежность неповреждённой во время родов, зависит от различных факторов.

1. От её формы и структуры: очень высокая, очень толстая и чрезмерно мускулистая, как и очень тонкая, кожистая промежность с атрофичной мускулатурой рвутся легче, чем низкие промежности с нормально развитой мускулатурой. Рубцы, недостаточная эластичность, отёчность, варикозные расширения, острые кондиломы, так же как наступающая при врезывании и прорезывании головки анемия промежности повышают её способность к разрыву. Поэтому разрывы промежности особенно часты у первородящих, преимущественно у **“старых” первородящих**, ещё у женщин, у которых раньше уже был разрыв промежности или кому была выполнена пластика промежности. Утверждение, что у слишком молодых рожениц (до 16 лет) имеется повышенное предрасположение к разрывам промежности, я на основании своего опыта подтвердить не могу.

2. От величины ребёнка, особенно его головки.

3. От формы выхода таза: чем лонная дуга шире, тем больше места для головки отклониться от промежности.

4. От наклона таза: чем оно меньше, тем больше впереди лежит вход во влагалище, тем сильнее и дольше промежность испытывает давление со стороны головки.

5. От способа прохождения головки: чем меньше размер, которым головка вставляется в половую щель, тем промежность растягивается меньше и имеет больше шансов остаться целою. Поэтому благоприятнее всего в данном отношении затылочные положения*, так как при них головка вставляется наименьшим диаметром (подзатылочно-передне-теменным, который идёт от большого родничка до места перехода затылка в шею и равен всего 9,5 см). Переднеголовные положения значительно неблагоприятнее, а лобные — самые неблагоприятные (вставления лобно-затылочным размером, равным 12 см). По той же причине все разгибательные положения (переднеголовные, лобные и лицевые) — **неблагоприятнее для целостности** промежности, чем сгибательные (затылочные), так как при последних под симфизом стоит твёрдый, объёмистый затылок, а мягкое, узкое и сдавливаемое личико идёт над промежностью, тогда как при разгибательных положениях над промежностью должен выкатиться затылок. Тазовые предлежания также неблагоприятнее в этом отношении, чем затылочные, поскольку тазовый конец и туловище растягивают промежность не настолько сильно, чтобы последующая головка могла легко пройти вход во влагалище.

* Так сказано в переводе (1935 года). Конечно же, речь идёт о предлежании. [Прим. автора.]

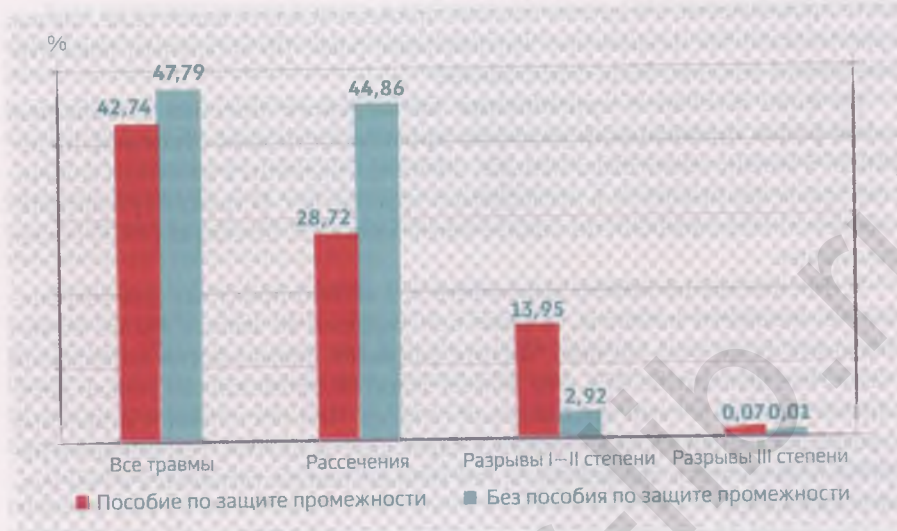


Рис. 7-18. Сравнительный анализ акушерского травматизма промежности в родильных домах с тотальным и ограниченным использованием пособий по защите промежности.

6. От темпа растяжения промежности: чем медленнее это происходит, тем лучше. Стремительные роды, **внезапное выхождение головки** во время сильной потуги, быстрая экстракция щипцами (когда растяжение половой щели усиливается от ложек щипцов) или экстракция за тазовый конец не дают промежности времени для достаточного растяжения, и она разрывается. Если акушеру при родах приходится вводить руку во влагалище у первородящих, то и бережное, а тем более грубое введение может причинить значительные разрывы промежности.

При «стремительных» родах, уже теоретически рассуждая, должны всегда получаться большие разрывы промежности, что подтверждают все авторы. Однако я наблюдал свыше дюжины «стремительных» родов, при которых нельзя было установить ни малейшего повреждения, — факт замечательный и трудно согласующийся с нашими взглядами на происхождение разрывов промежности и о целесообразности её защиты...» Так писал классик почти 80 лет назад.

Теперь будет особенно **интересно проанализировать** возможность сохранения целостности промежности в родах в наши дни. За 3 года в двух родильных домах были собраны интересные данные по акушерскому травматизму промежности (рис. 7-18). В одном из стационаров все роды через естественные родовые пути при головном предлежании плода проходили с пособием по за-

щите промежности, а в другом пособии применяли почти вдвое реже, так как практиковали так называемые вертикальные роды. По остальным показателям группы рожениц были сопоставимы.

На фоне всеобщего применения акушерского пособия в большем числе родов происходили разрывы промежности всех степеней, но перинео- и эпизиотомий было меньше. Значимой разницы в итоговом количестве травм промежности в исследуемых группах нет. О таких неутешительных результатах пособий по защите промежности В. Штеккель (1935) сказал следующее.

«...Так как мы не можем исключить все неблагоприятные для сохранения промежности моменты, то даже при хорошей её защите мы не можем сохранить её во всех случаях. Частота разрывов промежности по большой статистике доходит до 25%. Мы можем защитой промежности только регулировать способ и темп прохождения головки. Чем постепеннее отдельные отрезки последней проходят половую щель друг за другом, тем меньшей нагрузке подвергается промежность, тем меньше она растягивается и тем лучше сохраняется.

Отношения здесь таковы же, как при продевании пуговицы через слишком узкую для неё петлю: **если пуговицу прижимают к петлице плоской поверхностью или продевают слишком быстро, то петля рвётся**; если же, напротив, пуговицу ставят ребром и сперва продвигают малый её сегмент, а затем постепенно всю пуговицу, то петля расширяется, не разрываясь. Так и головка должна пройти половую щель — «как пуговица».

Задача защиты промежности при затылочном положении состоит, таким образом, в том, чтобы в половую щель сначала вошёл малый сегмент затылка головки, поставленной ребром, т.е. сильно согнутой, и **предупредить одновременное вступление в неё остальных отрезков головки**. Если затылок совершенно повернулся около нижнего края симфиза и вышел из половой щели, то вслед за ним должны медленно выходить в последовательном порядке темя, лоб и, наконец, личико ребёнка...»

Итак, промежности в родах рассекают **слишком часто**. Документирование перинеотомии как альтернативы разрыву I–II степени представляет собой «умывание рук» средним медицинским персоналом, снятие с себя ответственности за произошедшую травму.

Наиболее грубая тактическая ошибка, сводящая на нет все усилия по защите промежности, — искусственная стимуляция потуг в начале II периода при полном открытии маточного зева и высоко стоящей головке. Следует помнить, что этот момент не всегда совпадает с началом активных потуг. Точкой отсчёта потужного периода должна быть жалоба пациентки на чувство сильного давления на задний проход.

Хотя женщина может рожать в любом положении, традиционно это происходит в наиболее неудобной и неблагоприятной для плода позиции: роженица лежит на спине, головной конец кровати приподнят, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и упираются в кровать. Для выполнения пособия акушерка должна находиться у ножного конца кровати справа от роженицы.

По современным представлениям, **эту позу считают «придуманной самими врачами для собственного удобства»**. В развитых странах общественные движения активно противодействуют применению такого «противобожеского» родильного стола.

Акушерское пособие можно оказывать и в положении роженицы на боку с разведёнными бёдрами, при этом акушерка должна находиться позади роженицы. Данное положение в период прохождения головки плода через полость малого таза **наиболее физиологично**, поскольку снижение тонуса матки повышает амплитуду схваток, ускоряет роды и улучшает маточно-плацентарный кровоток. Всё это благоприятно для плода.

Порочна практика рождения ребёнка за одну потугу. **После рождения головки необходимо дать плечикам возможность развернуться самостоятельно**. При тугом обвитии пуповины нужно пересечь её между двумя зажимами, при нетугом обвитии можно ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Вопреки распространённому мнению цианоз личика не опасен для ребёнка и не требует ускорения родов.

Оптимально опущение головки до тазового дна в положении роженицы на боку; для рождения плода в этом случае достаточно четырёх–восьми потуг. При более длительных потугах ухудшается маточно-плацентарное кровообращение, что может негативно сказаться на состоянии плода.

Пути преодоления тяжёлых разрывов промежности

Бороться с вездесущей перинеальной травмой можно, оптимизировав пособие по защите промежности и ограничив использование перинео- и эпизиотомий. Главное — нужно уменьшить роль врача и акушерки, командующих периодом изгнания, диктующих время его начала. Нельзя «растуживать» пациентку в постели! **К акушерскому пособию приступают с момента начала прорезывания головки.**

Можно пронаблюдать поступательное движение головки: вначале заметно выпячивание промежности, затем растяжение, цвет кожи становится синюшным. Задний проход выпячивается и зияет, половая щель раскрывается, и, наконец, появляется нижний полюс головки плода. Несколько раз после окончания потуги головка скрывается за половой щелью, вновь показываясь

при начале следующей потуги, — это **врезывание головки**. Через некоторое время по окончании потуги головка перестаёт скрываться — начинается её **прорезывание**, совпадающее с началом разгибания (рождение до теменных бугров). При этом головка постепенно выходит из-под лонной дуги, затылочная ямка находится под лонным сочленением, теменные бугры плотно охвачены растянутыми тканями. Через половую щель вначале рождается лоб, а затем ткани промежности соскальзывают, и рождается всё лицо. Рождённая головка совершает наружный поворот, затем выходят плечики и туловище, одновременно вытекают задние воды.

Продвижение головки плода в период изгнания должно быть непрерывным и постепенным. Головка плода не должна оставаться в одной и той же плоскости более часа. Во время прорезывания головки необходимо применять ручное пособие. При разгибании головка плода оказывает сильное давление на тазовое дно, растяжение тканей при этом такое, что может привести к разрыву промежности. С другой стороны, стенки родового канала сдавливают головку плода, и есть вероятность нарушения кровообращения головного мозга ребёнка. Оказание ручного пособия при головном предлежании снижает риск этих осложнений.

Нет необходимости проводить защиту промежности «любой ценой» — приём можно применить, если женщина находится в удобном для этого положении, но **не следует противодействовать своевременному разгибанию головки**.

Ручное акушерское пособие при головном предлежании направлено на предотвращение разрывов промежности и включает пять моментов. В ряде пособий последних лет указывают разные технологии, что заставило нас напомнить наиболее распространённый метод ручного пособия по защите промежности.

Первый этап: воспрепятствование **преждевременному разгибанию** головки. Необходимо, чтобы в ходе прорезывания головка прошла через половую щель наименьшей своей окружностью (32 см), соответствующей малому косому размеру (9,5 см) в состоянии сгибания. Акушер, стоя справа от роженицы, опирает ладонь левой руки на лоно таким образом, чтобы закрыть поверхность головки плода, выступающую из половой щели. Нужно не давить (ни в коем случае!), а придерживать головку ладонью, препятствуя разгибанию. Это предупреждает быстрое продвижение головки по родовому каналу (рис. 7-19).

Второй этап: уменьшение напряжения промежности в период прорезывания головки и рождения теменных бугров (рис. 7-20).

Акушер кладёт правую руку на промежность так, чтобы четыре пальца были плотно прижаты к левой стороне тазового дна в области большой половой губы, а большой палец — к правой стороне тазового дна. Всеми пальца-

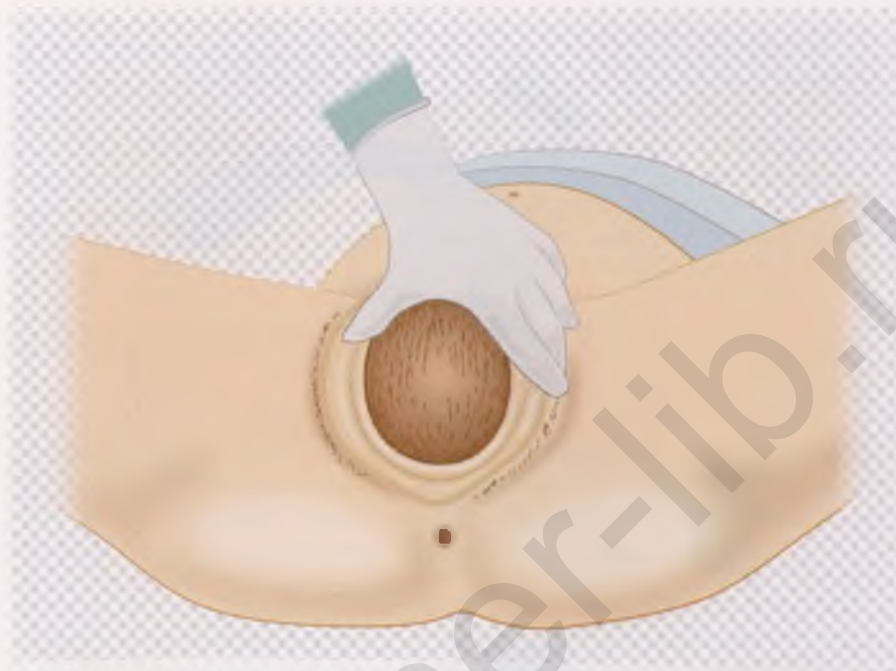


Рис. 7-19. Первый этап пособия: воспрепятствование преждевременному разгибанию головки.

ми акушер осторожно «собирает» и низводит мягкие ткани по направлению к промежности, уменьшая растяжение («заём тканей»). Ладонь этой же руки поддерживает промежность, прижимая её к прорезывающейся головке. Полагают, что это снижает возможность разрыва.

Третий этап: выведение головки из половой щели вне потуг.

По окончании потуги большим и указательным пальцами правой руки акушер бережно растягивает вульварное кольцо над прорезывающейся головкой. Головка постепенно выходит из половой щели. При наступлении следующей потуги акушер прекращает растягивание вульварного кольца и вновь препятствует разгибанию головки. Действия повторяют до тех пор, пока теменные бугры головки не приблизятся к половой щели. В этот период происходит резкое растяжение промежности и возникает риск разрывов.

Четвёртый этап: регулирование потуг. Выключение и ослабление или, наоборот, удлинение и усиление потуг возможно путём задержки дыхания (приём Вальсальва). Необходимость такой регуляции связана с тем, что при



Рис. 7-20. Второй этап пособия: уменьшение напряжения промежности при прорезывании головки.

врезывании головки **ткани промежности испытывают максимальное напряжение**, поэтому постепенное и плавное течение этого процесса обеспечивает наилучшее приспособление тканей промежности к возрастающей нагрузке и снижает риск разрыва. В момент прорезывания головки роженицу просят не тужиться (следует глубоко и часто дышать открытым ртом). Однако некоторые исследователи указывают на нецелесообразность подобного управления.

В это время акушер правой рукой осторожно сдвигает ткани промежности над личиком плода кзади, а левой рукой помогает разгибаться головке и приподнимает её кверху. При необходимости просят роженицу потужиться с достаточной для выведения головки силой.

Пятый момент: освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода (рис. 7-21). После рождения головки роженице дают указание тужиться. При этом происходят наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков (из первой позиции головка лицом поворачивается к правому бедру матери, из второй позиции — к левому бедру).



Рис. 7-21. Освобождение плечевого пояса плода.

Головку плода захватывают обеими руками и слегка оттягивают кзади до тех пор, пока под лонное сочленение не подойдёт переднее плечико. После этого ладонь левой руки помещают под заднюю щёчку плода, приподнимая головку кпереди. В это время правой рукой осторожно сдвигают промежность с заднего плечика. В результате рождается сначала заднее, а затем и переднее плечико, происходит рождение плечевого пояса. Акушер вводит указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины и приподнимает туловище кпереди (на живот матери).

АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ И ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА

В настоящее время можно наблюдать кардинальное изменение процентного соотношения операций, используемых для родоразрешения. В России частота наложения акушерских щипцов (рис. 7-22) за последние 10 лет снизилась почти в 1,5 раза (с 2,1 на 1000 родов в 2010 году до 1,5 — в 2014-м) (рис. 7-23). Напротив, в экономически развитых странах Европы и в Северной Америке, где взят курс на перинатальное акушерство, родоразрешение с помощью акушерских щипцов происходит значительно чаще, составляя до 10% родов.

В 2007 году А. Grunebaum из США опубликовал результаты исследования, в котором изучал, почему акушерскими щипцами и вакуум-экстракцией пользуются всё реже. До 1970 года **перинатальная заболеваемость и смертность были выше, если II период родов длился более 2 ч**, поэтому детей



Рис. 7-22. Акушерские щипцы.

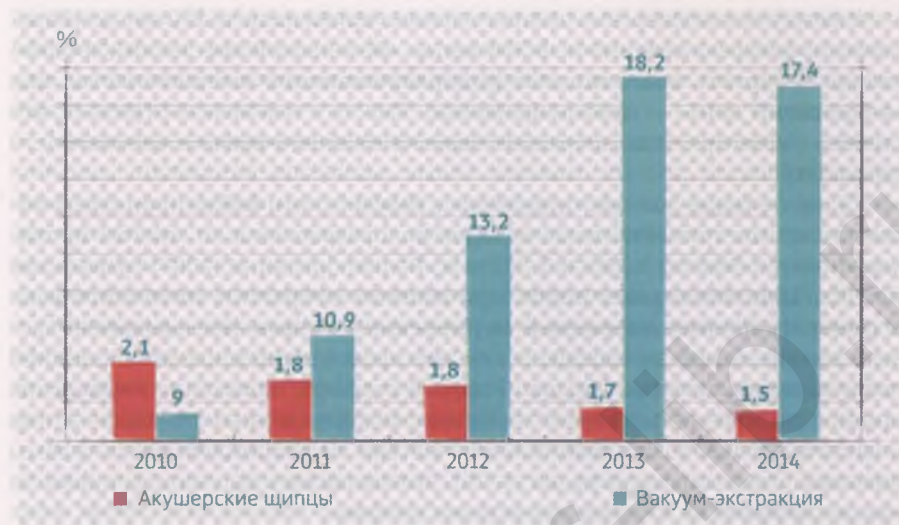


Рис. 7-23. Частота применения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора на 1000 родов (Росстат, 2015).

чаще извлекали щипцами или вакуум-экстрактором. Сейчас считают, что статистические показатели не связаны с длительностью родов, если состояние плода стабильно удовлетворительное. Кроме того, в мире резко растёт число судебных исков против акушеров-гинекологов, в том числе по причине травмирования детей при извлечении. Формируется замкнутый круг: молодых врачей почти не обучают искусству применения щипцов, опасаясь материнского и детского травматизма, что повышает потенциальную опасность этих инструментов в руках неопытного акушера, **если ситуация всё же требует их применения**. Если же исход такой отчаянной попытки неблагоприятный, это усугубляет негативное отношение к щипцам и вакуум-экстрактору.

Пока акушерские щипцы «сдают позиции», **частота кесарева сечения неумолимо растёт**. Даже при относительно низко стоящей головке плода и возможности наложения акушерских щипцов врач зачастую делает выбор в пользу абдоминального родоразрешения.

Довольно интересно, что большинство акушеров Северной Америки отказываются от щипцов в пользу абдоминального родоразрешения, а в Австралии — в пользу вакуум-экстракции. Наши коллеги-соотечественники также отдают предпочтение вакуум-экстракции — в 2014 году этот метод использовали в 17,4 из 1000 родов против 9 — в 2010-м (см. рис. 7-23).

А между тем акушерские щипцы успешно применяли за 250 лет до «безопасного» кесарева сечения и за 300 лет до «безопасной анестезии», и однозначно **отвергать влагалищные родоразрешающие вмешательства как «вчерашний день» — преждевременно.** Вместе с тем нельзя отрицать, что степень риска при этих операциях зависит от опыта врача и адекватности показаний.

Сравнительные данные литературы о результатах и неблагоприятных последствиях инструментальных методов родоразрешения во многом противоречивы. М. Dharmalingam и G. Mires из Великобритании (2007) сравнивали **исходы абдоминальных родов при полном открытии маточного зева и родоразрешения операцией акушерских щипцов.** Исследователи сделали вполне логичные выводы о том, что кровопотеря и число койко-дней после кесарева сечения больше. С другой стороны, наложение акушерских щипцов достоверно не влияет на оценку новорождённых по шкале Апгар и частоту послеродовых осложнений у матери и новорождённого, а травмы промежности происходят редко (9,4%). Это заставляет задуматься, правы ли мы, делая выбор не в пользу акушерских щипцов.

Классики акушерства (Лазаревич И.П., 1877; Красовский А.Я., 1885; Феменов Н.Н., 1893; Груздев В.С., 1922) признавали, что применение щипцов чревато значительными травмами для матери и плода. В связи с этим исследователи переключили своё внимание на другой способ извлечения плода — **вакуум-экстракцию.** Сегодня на этот метод **смотрят неоднозначно:** вокруг применения метода развернулась дискуссия. Одни провозглашают вакуум-экстракцию полной альтернативой акушерским щипцам, а другие относятся к методике резко отрицательно. Вообще взгляды врачей сильно различаются в разных поколениях: у специалистов «старой гвардии» отношение к наложению акушерских щипцов более благожелательное, чем у скептически настроенных и, правду сказать, не умеющих пользоваться этими устройствами молодых коллег.

Анализ механических основ влагалищных операций родовспоможения был сделан ещё полвека назад Р. Rossa (1955) и J. Snoeck (1960). По их данным, **наложение акушерских щипцов — более травматичная процедура, чем применение вакуум-экстрактора.**

Извлечение плода акушерскими щипцами может вызывать различные повреждения мягких тканей головки: от мелких ссадин до глубоких ранений. **Сильное сжатие головки чревато поднадкостничными гематомами при разрыве сосудов надкостницы.** Обычно черепная гематома не сочетается с внутрочерепным кровоизлиянием и формируется через 2–3 дня после родов. Выздоровление протекает медленно, недели и месяцы. Варианты повреждения костей различны: от лёгких вдавливания и мелких трещин

до переломов. Наиболее опасно наложение высоких щипцов: значительные ложкообразные вдавливания на затылочной кости могут спровоцировать отрыв затылочной кости от основания черепа, сдавление или повреждение продолговатого мозга.

Наложение акушерских щипцов может вызывать кровоизлияния в конъюнктиву, поражения роговицы, вывих глазного яблока, ретробульбарную гематому, частичный или полный разрыв зрительного нерва и др. Сильное сдавление лицевого нерва в области шилососцевидного отверстия может спровоцировать парез; частота этого осложнения особенно значительна при высоком расположении головки. Повреждение корешков IV, VI, VII и VIII шейных нервов провоцирует парезы и параличи верхней конечности. Крайне тяжёлые нарушения мозгового кровообращения возможны при кровоизлияниях в полость черепа (субдуральные, субарахноидальные, внутрижелудочковые), вызванных переломами костей и разрывом венозных пазух.

Возникает вопрос: как на месте различать причины и следствия применённой методики родоразрешения (гипоксия, ишемия, травма)? **Высокая доля детей, рождённых в асфиксии при наложении акушерских щипцов, кажется необычной только для непрофессионала, для специалистов же ясно, что начавшаяся гипоксия и послужила причиной применения устройства.**

Таким образом, **единого мнения о целесообразности вакуум-экстракции и наложения акушерских щипцов у специалистов нет.** В различных источниках много сведений о том, что дети, рождённые с использованием этих пособий, развиваются удовлетворительно. Значительная выборка для таких наблюдений сформирована в 60-х годах прошлого века; на тот период пришёлся пик популярности вакуум-экстракции, которую считали совершенно безвредной. Однако сейчас **некоторые исследователи полагают, что травма мягких тканей головки при вакуум-экстракции плода потенциально опасна для новорождённого,** поэтому следует ограничить показания к этой операции.

При вакуум-экстракции, помимо искусственной родовой опухоли, у младенцев часто наблюдают такие повреждения головки плода, как эксфолиация, эрозия, ссадина, отслойка эпидермиса. Длительное воздействие чашечки вакуум-экстрактора на головку плода наносит более глубокие повреждения (гематома, кефалогематома, изъязвление, отрыв кожи, некроз, абсцесс, флегмона и др.). Также **велика вероятность нарушения мозгового кровообращения.**

У исследователей отдалённых последствий вакуум-экстракции результаты неоднозначны. Некоторые констатируют различные отклонения в физическом и нервно-психическом развитии детей, другие их отрицают (Мале-

вич Ю.К., Шостак В.А., 2011). **Прокомментировать эти результаты сложно, поскольку авторы использовали различные критерии оценки.** Одни учитывали лишь тяжёлые повреждения (гематома, кефалогематома), другие — вообще все (включая ссадины, экскориаии и др.).

Невозможно также сопоставить отдалённые результаты наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора. Ведь чаще всего щипцы накладывают на головку, находящуюся в выходе из малого таза, а вакуум-экстракцию почти в 60% родов начинают, когда головка лишь большим сегментом прошла вход в малый таз.

В 1975–1983 годах мы провели собственный сравнительный анализ 988 вакуум-экстракций при головном предлежании плода и наложений акушерских щипцов (244 эпизода). При этом мы столкнулись с разнообразными травмами у новорождённых (Голота В.Я., Радзинский В.Е., Сонник Г.Т., 1983).

- Резко выраженная родовая опухоль на месте наложения чашечки вакуум-экстрактора была у 120 детей (11,3%). Если операция затягивалась, то опухоль исчезала лишь на 3–4-е сутки после родов.
- Конфигурация головки после использования вакуум-экстрактора была значительно изменена у 78 новорождённых (8%), деформация костей черепа произошла у 34 (3,5%). У 18 детей (1,8%) было отмечено сильное напряжение большого родничка.
- Различные повреждения мягких тканей головки на месте наложения чашечки вакуум-экстрактора были обнаружены у 607 новорождённых (62,7%). Из них поверхностные ссадины кожи были у 222 (37,1% перенёсших вакуум-экстракцию), отслойка эпидермиса — у 35 (5,7%), пузыри — у 32 (5,2%), кровоизлияния в кожу головки — у 39 (6,4%), гематома — у 174 (28,6%), кефалогематома — у 95 (15,6%), отслойка кожи — у девяти (1,4%).

При использовании акушерских щипцов **сила сдавления в 17 раз больше**, чем при вакуум-экстракции, но в силу **кратковременного воздействия** травмирующий эффект меньше. Поэтому в целом период новорождённости у детей, родившихся путём наложения щипцов, протекает благоприятнее, а частота нарушений мозгового кровообращения II и III степени у них меньше (20,9%), чем после вакуум-экстракции.

Впрочем, при использовании модели вакуум-экстрактора с мягкими чашечками травматичность вмешательства для плода намного меньше, чем у традиционной системы Мальстрёма. В любом случае благополучное родоразрешение с помощью вакуум-экстрактора возможно **лишь при правильном расположении устройства на головке плода.** Чашечка должна быть установлена на затылок по средней линии. Неправильное размещение чашечки на головке плода приводит к затруднению рождения и может спровоцировать «срыв» чашечки.

Пути преодоления неоправданных оперативных пособий в родах

Строгое соблюдение акушерами условий для выполнения акушерских операций и определение показаний к ним снижает травматичность родоразрешения с помощью акушерских щипцов или вакуум-экстрактора. **Оба этих устройства не причинят существенной травмы плоду, если его головка находится в узкой части полости таза.** При расположении головки в широкой части полости малого таза предпочтительно кесарево сечение с бережным извлечением головки.

Необходимо оптимизировать преподавание техники наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора, используя современные тренажёры, максимально приближающие техническую сторону операции к реальности.

Все показания к операциям для извлечения плода можно поделить на две группы: в интересах матери и в интересах плода. Первая группа включает экстрагенитальные заболевания. Если подходить к этому вопросу с позиций стратегии перинатального риска, то из показаний со стороны матери должны остаться только слабость потуг или же ослабление потуг, когда кесарево сечение нежелательно. В остальных случаях **экстрагенитальные заболевания или осложнения беременности и родов за счёт высокой степени риска или интранатального прироста станут поводом к родоразрешению путём кесарева сечения.** Это имеет логическое обоснование — в такой ситуации компенсаторные возможности плода часто снижены, а при острой гипоксии и вовсе исчерпаны, и применение акушерских щипцов или вакуум-экстракции лишь ухудшит его состояние.

Также остаются осложнения, которые достаточно сложно прогнозировать заранее и требующие быстрого завершения родов. В таких случаях вакуум-экстракцию или наложение акушерских щипцов следует проводить, **не допуская длительного страдания плода,** при первых признаках нарушения его жизнедеятельности.

Акушерские щипцы

В настоящее время используют только полостные типичные щипцы и только при головке, находящейся в полости малого таза, поскольку остальные варианты или сопряжены с высоким риском травмы (атипичные), или практически бессмысленны (выходные, они же элективные).

Показания к наложению акушерских щипцов со стороны матери:

- тяжёлые формы гестоза (преэклампсия, эклампсия), требующие исключения потуг;
- упорная слабость потуг;

- кровотечение во II периоде родов, обусловленное преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг.

Показания со стороны плода:

- острая гипоксия.

Противопоказания к операции наложения акушерских щипцов со стороны плода:

- срок беременности менее 36 нед;
- мёртвый плод;
- гидроцефалия, анэнцефалия;
- высокое расположение головки плода.

Противопоказания со стороны роженицы:

- клинически узкий таз;
- неполное открытие маточного зева;
- угрожающий или начинающийся разрыв матки.

После введения, размещения и замыкания ложек проводят пробную тракцию. Когда врач убедился, что **головка следует за щипцами**, её извлекают, повторяя механизм родов. Щипцы — влекущий инструмент, поэтому недопустимы ни качательные, ни вращательные движения, ни тем более попытки извлечения рывками. После извлечения головки размыкают и снимают щипцы.

В случае нарушения техники операции существует риск травмы родовых путей (разрывы тела и шейки матки, влагалища, повреждение соседних органов — мочевого пузыря и прямой кишки, родовая травма плода).

Вакуум-экстракция плода

Ренессанс вакуум-экстракции плода вызван существенной **модернизацией устройства** — появились модификации с мягкими контактными деталями, что снизило травматичность операции, а главное — появились одноразовые модели, исключающие передачу инфекций. В современном акушерстве, согласно методическому письму Минздрава России от 19.07.2012 года, показания к вакуум-экстракции следующие.

Со стороны плода:

- признаки страдания плода или нарастание их тяжести;
- острая гипоксия плода при головке, находящейся в выходе малого таза.

Со стороны роженицы:

- затяжное течение II периода родов (без регионарного обезболивания — более 2 ч у первородящих и 1 ч у повторнородящих; при эпидуральной анестезии — с увеличением продолжительности на 1 ч);

- запланированное укорочение II периода родов в случае экстрагенитальных заболеваний, когда длительные и сильные потуги противопоказаны;
- асинклитическое вставление головки плода, препятствующее нормальному течению родов;
- низкое поперечное стояние стреловидного шва;
- трудности при выведении головки плода во время кесарева сечения.

Противопоказания к операции вакуум-экстракции со стороны плода:

- срок беременности менее 36 нед и/или масса плода менее 2500 г;
- множественные повреждения кожи головки (после диагностических процедур) в области наложения чашечки вакуум-экстрактора;
- признаки нарушения остеогенеза;
- генетически прогнозируемые нарушения гемостаза;
- острая гипоксия плода при высоко стоящей головке (в широкой или узкой части полости малого таза), когда целесообразно наложение акушерских щипцов или кесарево сечение (исходя из квалификации акушера-гинеколога).

Со стороны роженицы:

- клинически узкий таз;
- высокое стояние головки плода: выше, чем в широкой части полости малого таза;
- лицевое, тазовое предлежание плода;
- необходимость исключить потуги по состоянию роженицы (тяжёлый гестоз, осложнённая миопия высокой степени, перенесённое острое нарушение мозгового кровообращения во время беременности и т.д.).

Со стороны врача:

- отсутствие навыков наложения вакуум-экстрактора;
- невозможность определить характер вставления головки плода и правильно наложить чашечку вакуум-экстрактора;
- предшествующая неудачная попытка наложения акушерских щипцов.

Главное преимущество вакуум-экстракции перед акушерскими щипцами — **операция не требует анестезиологического пособия, и роженица может активно участвовать в процессе родов.** Также необязательно рассечение промежности, поскольку сопротивление мягких тканей промежности обеспечивает дополнительную фиксацию чашечки вакуум-экстрактора, а значит, способствует более естественному прохождению головки плода по родовому каналу за счёт её сгибания и вращения.

Техника операции следующая: хирург двумя пальцами смещает вниз промежность, открывая вход во влагалище, берёт чашечку вакуум-экстрактора как «писчее перо» и вводит в родовой канал внутренней стороной к головке плода. Затем чашечку вакуум-экстрактора устанавливают таким обра-

зом, чтобы стреловидный шов делил её пополам, а центр чашечки прибора был расположен в области проводной точки головки плода (при переднем виде затылочного предлежания). **При нарушении этого правила невозможно совместить направление тракций с проводной осью малого таза и сохранять сгибание головки и синклитизм, соблюдая принципы механизма родов.** Следует убедиться, что между чашечкой и головкой не попали ткани родовых путей.

После правильной установки создают необходимое разрежение в пределах зелёной зоны шкалы индикатора. После установки контролирующей руки (большой палец — на чашечке прибора, указательный — на головке плода рядом с краем чашечки вакуум-экстрактора, пальцы почти параллельны) проводят тракции «тянущей рукой» с учётом биомеханизма родов.

После рождения головки плода чашечку снимают нажатием на кнопку сброса давления, рождение туловища происходит с помощью обычных акушерских приёмов.

Если при двух тракциях нет поступательного движения головки плода, общее время тракций превышает 20 мин или дважды произошло «соскальзывание» чашечки вакуум-экстрактора, то **манипуляцию прекращают.** Однако при соблюдении условий, показаний и техники неудачи бывают очень редко.

При нарушениях техники — неправильном расположении чашечки, неправильном направлении тракции, сильных тракциях, качательных движениях — бывают осложнения: ссадины мягких тканей головки плода, кефалогематомы, подапоневротические гематомы, дистоция плечиков, расстройства мочеиспускания у родильницы, гематомы и разрывы мягких родовых путей.

III ПЕРИОД РОДОВ

Что лучше в III периоде родов — выжидательная тактика или активное ведение? Обе точки зрения имеют своих приверженцев и оппонентов. При выжидательной тактике врачебная активность сведена к нулю, и рождение последа происходит самостоятельно, под действием силы тяжести или при стимуляции сосков.

Обсудим необходимость «активного ведения III периода родов». Этот термин включает профилактическое назначение утеротоников, раннее пересечение пуповины, контролируемые тракции за пуповину. **В докладе ВОЗ сделан акцент на том, что активное ведение последового периода уменьшает кровопотерю и риск послеродового кровотечения.** Длительность III периода родов, естественно, тоже сокращается.

Правило «не допускать затягивания III периода родов дольше 30 мин!» ранее полагали незыблемым. Сейчас во избежание последового и послеродового кровотечения обсуждают гораздо меньшие цифры. Например, некоторые исследователи заявляют, что продолжительность III периода родов более 10 мин достоверно повышает риск послеродового кровотечения. Интересно, что **рандомизированные клинические испытания, посвящённые срокам рождения последа и связи этой величины с вероятностью послеродовых кровотечений, были приостановлены**, поскольку лишь у восьми из 1607 женщин к 20-й минуте не родился послед. Эти результаты и легли в основу теории о том, что для профилактики послеродового кровотечения оптимальным сроком для начала ручного отделения плаценты следует считать **18-ю минуту** после рождения ребёнка.

Однако активное ведение родов часто сопряжено с неблагоприятными побочными эффектами: тошнотой, рвотой, артериальной гипертензией у матери.

Уже давно неотъемлемой частью активного ведения III периода родов стало **профилактическое введение окситоцина**. Эту меру обосновывают минимумом побочных эффектов препарата и быстротой его действия (2–3 мин после введения). Результаты метаанализа подтверждают, что применение окситоцина снижает объём кровопотери и потребность в других утеротонических средствах.

Рутинное назначение окситоцина в последовом периоде стало «золотым стандартом» профилактики послеродовых кровотечений, однако побочных эффектов препарата это полностью не отменяет. Его повторные инъекции **могут послужить причиной задержки частей плаценты** и кровотечения в послеродовом периоде. Некоторые исследователи полагают, что по суммарному соотношению «польза/риск» включать окситоцин в протокол ведения III периода родов преждевременно.

Ряд исследователей подчёркивают, что преимущества эффективности алкалоидов спорыньи (эргометрин, метилэргометрин) или их комбинации с окситоцином в сравнении с изолированным использованием окситоцина ещё не доказаны. Напротив, **сторонники комбинации эргометрина и окситоцина** указывают, что эта методика снижает риск послеродового кровотечения эффективнее, чем изолированное применение окситоцина, если кровопотеря достигает 500 мл. Однако при кровопотере объёмом 1000 мл статистически достоверных различий в эффективности вводимых препаратов нет. Как бы то ни было, целесообразность такого сочетания препаратов ограничена побочными эффектами (повышение диастолического АД, тошнота и рвота).

В качестве альтернативы традиционным методам ведения III периода родов индийские исследователи предложили сразу после рождения ребёнка и рассечения пуповины применять мизопропростол в дозе 600 мг. Данный

вариант удобен тем, что препарат можно вводить любым путём, в том числе внутрь и ректально. Это позволяет корректировать течение III периода родов в любой ситуации, тогда как окситоцин доступен лишь в условиях стационара. Метаанализ, проведённый С. Langenbach, показал, что риск послеродового кровотечения при назначении мизопростола составляет лишь 4%. Согласно рекомендациям ВОЗ (2011), **мизопростол во многих странах применяют для профилактики или остановки послеродовых кровотечений, однако назначение препарата с этой целью в России не разрешено** (клинические рекомендации, 2015). Использование мизопростола в нашей стране допустимо только при жизнеугрожающем кровотечении по решению консилиума с участием клинического фармаколога или врачебной комиссии. Преимуществ перед традиционными утеротониками при активном ведении III периода родов не выявлено ни для мизопростола, ни для других простагландинов.

Мнение о неприемлемости простагландинов для профилактики послеродовых кровотечений вполне обоснованно, особенно если риск кровотечения невелик. Поэтому многие исследователи полагают, что оценивать эффективность простагландинов следует применительно к лечению, а не к профилактике послеродовых кровотечений.

Таким образом, необходимость профилактического использования утеротоников спорна. Эта ситуация подогревает интерес к синтетическому аналогу окситоцина — карбетоцину, зарекомендовавшему себя как весьма эффективный и достаточно безопасный препарат.

В качестве мероприятий, стимулирующих сократительную активность матки, **рекомендуют и контролируемую тракцию за пуповину**. На конгрессе «Контраверсии в акушерстве и гинекологии» (Барселона, 2007) сторонников и противников этой методики оказалось поровну. В комментариях к технике тракций указано, что потягивание за пуповину следует выполнять во время сильной длительной схватки (2–3 мин), при этом вторая рука врача придерживает матку в направлении, противоположном оси тракции. В случае неэффективности тракции в течение 30–40 сек процедуру повторяют при следующей схватке.

Массаж матки начинают сразу после рождения последа. В России эту методологию внедрил Институт здоровья семьи в 90-е — начале 2000-х годов и **сразу встретил и сторонников, и оппонентов**. Будучи противниками любого вмешательства в естественный процесс родоразрешения, мы не можем однозначно требовать запрета этой «активности» в III периоде, но опыт страны в целом и накопленные мировые данные свидетельствуют о том, что в снижении общего числа кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах тракции за пуповину существенной роли не играют.

Таблица 7-4. Сравнительный анализ влияния на ребёнка сроков пережатия пуповины, по данным Т. Пелтонен (1981)

Критерий	Раннее наложение зажима на пуповину	Позднее наложение зажима на пуповину
Наложение зажима до начала самостоятельного дыхания	Необходимо избегать; при наличии других неблагоприятных факторов может провоцировать гибель ребёнка	Циркуляция пуповинной крови создаёт запас кислорода, необходимый до того момента, пока лёгкие не начнут нормально функционировать
Кесарево сечение	Высокая частота асфиксии новорождённых, связанная с ранним наложением зажима на пуповину	Когда плацента располагается выше новорождённого, дети не страдают от асфиксии
Количество эритроцитов, в литре	$5,14 \times 10^{12}$	До $5,68 \times 10^{12}$
Гематокрит	48% через 4 ч и 44% через 24 и 72 ч	64% через 4 ч, 1,5% через 4 ч и 60% через 72 ч
Наполнение сердца кровью	Меньше при раннем наложении зажима на пуповину	Больше при позднем наложении зажима на пуповину
Билирубин (желтуха новорождённых)	Время наложения зажима на пуповину не влияет на содержание билирубина (желтуху новорождённых)	
Венозное давление	1,7 мм рт.ст. (4–11 мм рт.ст.)	5,7 мм рт.ст. (0–10 мм рт.ст.)
Систолическое давление в аорте	60 мм рт.ст. с незначительным повышением в первые 15 мин. В течение 4 ч показатель немного ниже, чем у детей с поздним перерезанием пуповины	80 мм рт.ст., в течение 6 ч снижается до 65 мм рт.ст.
Давление в лёгочной артерии	Сразу падает до 70% нормального уровня, а в течение следующего часа составляет до 50% нормального уровня	90% нормального уровня в течение 6 ч

Окончание табл. 7-4

Критерий	Раннее наложение зажима на пуповину	Позднее наложение зажима на пуповину
Данные аускультации сердца и ЭКГ	Больше шумов в сердце в сравнении с поздним наложением зажима на пуповину	Выше амплитуда зубца Р, ниже соотношение амплитуд S/R в отведениях V ₁ и V ₆ , поздняя инверсия зубца Т в отведении V ₁
Температура кожи ладоней и пяток	Ниже, чем у детей с поздним наложением зажима на пуповину	Интенсивнее циркуляция крови в коже
Дыхательная смесь крови	При раннем наложении зажима на пуповину дети больше плачут	В течение первых 3 ч жизни ниже парциальное давление кислорода и выше парциальное давление углекислого газа

Противоречивы мнения специалистов и о **необходимости раннего пересечения пуповины**. Обсуждают разные варианты: пересечение пуповины спустя несколько минут после окончания пульсации в её сосудах, после рождения плаценты, через несколько часов или даже дней, после естественной мумификации (пересыхания).

Практика раннего пересечения пуповины была вменена в обязанность акушерам «Стандартами Общества акушеров и гинекологов Канады» (2000). А в более ранних «Стандартах...» (1998) было отмечено, что **дефицит ОЦК повышает риск анемии у младенца**. Изменение этой позиции в 2002 году практически не повлияло на скептическое отношение акушеров к увеличению временного интервала между рождением ребёнка и пересечением пуповины.

Очевидно, **необходимость немедленного пересечения пуповины, фигурировавшая в ранних рекомендациях общества**, объяснима широким использованием утеротоников. Разобщение кровотока препятствовало поступлению лекарственных препаратов в организм новорождённого. Согласно российским нормативным документам, раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может понижать уровень гемоглобина и провоцировать позднюю анемию у ребёнка. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко вызывает гиперволемию и полицитемию, респираторные нарушения и гипербилирубинемия. Рекомендовано пережимать пуповину через 1 мин, но не позднее 10 мин после рождения ребёнка.

С другой стороны, сомнительна польза слишком большой отсрочки в пересечении пуповины. В этом случае возможны гиповолемия, повышение вязкости крови, дыхательная недостаточность, объёмная перегрузка сердца. Некоторые данные из очень интересного, обошедшего весь мир исследования Т. Пелтонен (1981) приведены в таблице 7-5.

Хотя давно доказано, что пересечение пуповины предпочтительно отсрочить, а немедленная перевязка может угрожать состоянию новорождённого, до сих пор многие акушеры упорно спешат выполнить эту процедуру, особенно торопясь начать зашивание кровящей матки во время кесарева сечения.

Пути преодоления неправильной тактики

Тактика ведения III периода родов должна быть выжидательной. Наиболее физиологично, чтобы спазм и тромбирование пупочной артерии, трансфузия венозной крови из плаценты к ребёнку происходили уже после помещения новорождённого на грудь или живот матери. Это обеспечивает поступление из плаценты к ребёнку дополнительного объёма крови — до 70–90 мл (а это приблизительно четверть всего объёма крови новорождённого), насыщенной кислородом и питательными веществами. Это — самая надёжная профилактика ранней анемии.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Абдоминальное родоразрешение и его **роль в снижении материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов** — сложная и не теряющая актуальности проблема современного акушерства и организации родовспоможения.

По данным авторов разных стран, кесарево сечение стало самой распространённой операцией современного акушерства. **Каждую минуту в мире происходит 50 операций кесарева сечения.** За тот же отрезок времени гибнут семь новорождённых. Сопоставление этих цифр заставляет усомниться в обоснованности такого количества оперативных родоразрешений (рис. 7-24). А ведь кесарево сечение позиционируют как наиболее щадящий метод завершения беременности!

Частота кесарева сечения в мире довольно переменчива. В Австрии, Болгарии, Дании, Норвегии эти операции составляют менее 15% всех родов; в Бразилии, Мексике, Таиланде, Чили — более 30%. **В России прирост частоты оперативного вмешательства составляет около 1% в год.** Так, в 1995 году частота

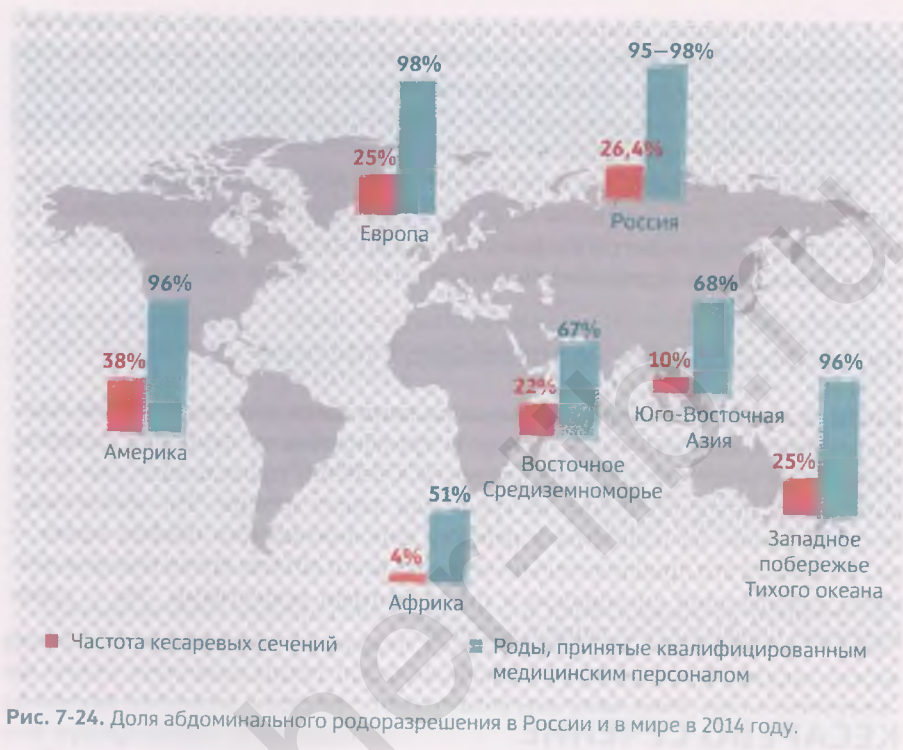


Рис. 7-24. Доля абдоминального родоразрешения в России и в мире в 2014 году.

операции составляла 10,1% всех завершений беременности, а в 2014 году — уже 26,4%, и это только среди учтённых с 28 нед гестации (рис. 7-25)!

Столь стремительная эскалация доли абдоминальных родоразрешений в российском акушерстве не уникальна. По данным ВОЗ, этот рост отмечен во всех странах, кроме Японии, причём в Латинской Америке и Китае он ещё более впечатляющий — 3–5% в год, а частота кесарева сечений в этих странах к 2015 году превысила показатель в 40–45%. Рост доли хирургических вмешательств имеет закономерное следствие — появление множества беременных с рубцом на матке и «эффект домино», когда почти каждое второе сделанное кесарево — следствие предыдущего.

Распространённость родоразрешения путём кесарева сечения объяснима вполне понятным стремлением врачей снизить перинатальную смертность. **Всегда ли эти величины соответствуют друг другу? Может быть, надо ещё больше оперировать и бороться с перинатальной смертностью именно таким образом? Вопросы не праздные.**



Рис. 7-25. Неуклонный рост частоты кесарева сечения в России, %.

Территориальное распределение частоты кесарева сечения в России заставляет задуматься: только ли репродуктивное здоровье жителей, культурные и национальные традиции объясняют различия? К 2014 году регионов с частотой кесаревых сечений менее 10% уже не осталось (табл. 7-5, рис. 7-26). В диапазоне 10–15% оказались Республика Тыва и Ярославская область. За 30% перешагнули Брянская (33,7%), Ивановская (35,6%), Липецкая (31,8%), Орловская (34,2%), Тульская (32,1%), Калининградская (34,7%), Астраханская (32,3%), Ростовская (33,9%), Пензенская (31,8%), Магаданская (33,6%) области, Удмуртская Республика (30,1%) и Красноярский край (31,5%). Но как при этом объяснить, что в Республике Тыва с частотой абдоминальных родоразрешений 14,3% мертворождаемость была 3,79‰, а в Орловской и Астраханской областях, вошедших в когорту лидеров по числу кесаревых, она вдвое выше — 7,28 и 7,98‰ соответственно?

Не менее интересна ситуация в родовспомогательных учреждениях города Москвы. За 14 лет (с 2000 по 2014 год) частота кесаревых сечений выросла с 16 до 26,4%, перинатальная смертность за тот же период снизилась с 10,6 до 7,6‰. На первый взгляд ситуация выглядит более-менее логичной — рост кесаревых сечений снизил перинатальную смертность. **Но если перевести эти цифры из процентов в абсолютные, то ситуация выглядит не такой радужной.** Абсолютное число родов в Москве за 2000 год составило 74 635, соответственно, сделано 11 942 кесарева сечения, и перинатально за год погиб 791 ребёнок. В 2014 году из 136 457 родов сделано 36 118 кесаревых, но погибли 1050 детей. Получается, что, **сделав на 24 176 операций больше, мы потеряли ещё на 259 детей больше?** И сколько операций было сделано бессмысленно?

Табл. 7-5. Частота кесаревых сечений в России в 2014 году, % (см. карту на рис. 7-26)

Номер региона	Регион	Частота, %
1	Москва	26,3
2	Белгородская область	29,3
3	Брянская область	33,7
4	Владимирская область	23,9
5	Воронежская область	26,4
6	Ивановская область	35,6
7	Калужская область	26,4
8	Костромская область	28
9	Курская область	28,7
10	Липецкая область	31,8
11	Московская область	24,5
12	Орловская область	34,2
13	Рязанская область	28,6
14	Смоленская область	27,5
15	Тамбовская область	23,4
16	Тверская область	26
17	Тульская область	32,1
18	Ярославская область	12,6
19	Республика Карелия	27,1
20	Республика Коми	22,6
21	Архангельская область	22,9
22	Ненецкий автономный округ	27
23	Вологодская область	21
24	Калининградская область	34,7
25	Ленинградская область	24,5
26	Мурманская область	30,1
27	Новгородская область	24,3
28	Псковская область	24,7

Продолжение табл. 7-5

Номер региона	Регион	Частота, %
29	Санкт-Петербург	24,3
30	Республика Адыгея	21,9
31	Республика Калмыкия	25,2
32	Краснодарский край	25
33	Астраханская область	32,3
34	Волгоградская область	26,4
35	Ростовская область	33,9
36	Республика Дагестан	22,4
37	Республика Ингушетия	17,9
38	Кабардино-Балкарская Республика	29,7
39	Карачаево-Черкесская Республика	19,6
40	Республика Сев. Осетия — Алания	19,3
41	Чеченская Республика	25,3
42	Ставропольский край	24,4
43	Республика Башкортостан	28,3
44	Республика Марий Эл	21,8
45	Республика Мордовия	27,7
46	Республика Татарстан	29,8
47	Удмуртская Республика	30,1
48	Чувашская Республика	22,6
49	Пермский край	24,7
50	Кировская область	26,9
51	Нижегородская область	23,6
52	Оренбургская область	24,5
53	Пензенская область	31,8
54	Самарская область	28
55	Саратовская область	26,9
56	Ульяновская область	26,3

Окончание табл. 7-5

Номер региона	Регион	Частота, %
57	Курганская область	24
58	Свердловская область	30
59	Тюменская область	23,5
60	Ханты-Мансийский авт. округ	27,8
61	Ямало-Ненецкий авт. округ	25,4
62	Челябинская область	28,6
63	Республика Алтай	22,3
64	Республика Бурятия	25,8
65	Республика Тыва	14,3
66	Республика Хакасия	25,2
67	Алтайский край	29,8
68	Забайкальский край	26,9
69	Красноярский край	31,5
70	Иркутская область	22,6
71	Кемеровская область	26,3
72	Новосибирская область	28,3
73	Омская область	24,8
74	Томская область	25,5
75	Республика Саха (Якутия)	29
76	Камчатский край	23,7
77	Приморский край	29
78	Хабаровский край	26,4
79	Амурская область	26,9
80	Магаданская область	33,6
81	Сахалинская область	26,9
82	Еврейская авт. область	29,5
83	Чукотский автономный округ	17,1
84	Республика Крым	15,7
85	Севастополь	18,1

Кесарево сечение, перинатальная смертность и неонатальная заболеваемость

Единственная причина, оправдывающая замену естественных родов абдоминальным родоразрешением, — **стремление сохранить здоровье матери и ребёнка**. Если этого не происходит и статистические показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности не снижаются, то мы имеем дело с неверной акушерской тактикой, и все написанные в историях родов шаблонные фразы про «родоразрешение путём кесарева сечения с целью снижения акушерского риска» — банальная ложь. Также вызывает сомнение в правильной организации работы акушерского стационара **преобладание экстренных операций над плановыми и запланированными**.

Могу признаться, я отношусь к скептикам и не разделяю оптимизма некоторых специалистов, идеализирующих кесарево сечение как способ решения проблемы перинатальной смертности. **Моё мнение основано на очевидности цифр — частота кесарева сечения за последние 20 лет возросла втрое, а перинатальные потери снизились только в 2,4 раза**. В 2004 году перинатальная смертность составила 10,6‰, в 2006-м — 9,6‰, в 2008-м — 8,3‰, в 2010-м — 7,4‰. С 2012 года (начало регистрации 500-граммовых детей) статистика более удручающая: 2012-й — 10‰, 2014-й — 8,8‰, 2015-й — 8,3‰.

Невооружённым глазом видно, что хотя показатели перинатальной смертности (как, впрочем, и материнской) в России и снижаются, но они всё равно выше, чем в экономически развитых странах. На фоне демографического кризиса, когда так высока ценность каждой беременности, перинатальную смертность следует снижать, и статистика требует аналитического разбора. Почему же расширение показаний к кесареву сечению позиционируют как чуть ли не единственную меру, уменьшающую перинатальный риск? При этом увеличение абдоминальных родоразрешений не улучшило перинатальных исходов.

Принято считать, что кесарево сечение — щадящий метод родоразрешения, позволяющий избежать длительной стимуляции родовой деятельности, родовых травм и последующих неврологических нарушений у новорождённых. Однако нами были получены иные данные (Радзинский В.Е. и соавт., 2007). Анализ ante- и интранатальных причин тяжёлого состояния доношенных новорождённых показал, что высокая (33,6%) частота абдоминального родоразрешения очень часто вовсе не снижала неонатальную заболеваемость. Проведённый 8–9 октября 2014 года в Женеве (Швейцария) Совет экспертов ВОЗ пришёл к таким же неутешительным выводам: **снижение материнской и перинатальной смертности происходит при увеличении частоты кесаревых сечений до 10%**, а дальнейший рост не снижает эти показатели. Получается, что, доведя процент абдоминальных родоразрешений

почти до 30%, мы уже давно исчерпали весь возможный выигрыш. Однако чем при этом рискуем?

С позиций перинатального акушерства в идеале следует учитывать не только степень риска для матери, но и прогноз в отношении здоровья новорождённого. В основном это касается экстремальных для плода ситуаций (отслойка плаценты, декомпенсированная плацентарная недостаточность и др.), причём большое значение имеет уровень родовспомогательного учреждения, в том числе наличие в нём современных реанимационных технологий и способов выхаживания. Но и это не догма! **В каждом учреждении, территории, особенно при оказании медицинской помощи разных уровней, эти показатели и должны в норме различаться, коррелируя с состоянием рожениц.** Ориентиром может быть предложенный в 2008 году проф. И.Н. Костиным «коэффициент эффективности кесарева сечения» — КЭКС (см. далее).

Слишком низкая и очень высокая частота оперативных родов одинаково плохи. При низкой возрастает количество внутричерепных кровоизлияний, асфиксии, синдрома мекониальной аспирации у новорождённых. А при высокой — показатели перинатальной смертности в сравнении с бурным ростом частоты кесарева сечения, а соответственно, и частота интра- и послеоперационных осложнений не снижаются.

К тому же **неверно связывать успехи в снижении перинатальной смертности только с кесаревым сечением** — определённую роль в снижении перинатальных потерь сыграл современный технический прогресс с внедрением новых высокоэффективных организационных и лечебно-диагностических технологий, а особенно прогресс в деле реанимации новорождённых.

Что же касается результата использования различных стратегий, направленных на снижение перинатальной смертности, то нагляден опыт зарубежных коллег. Так, в Филадельфии очень увлекались инструментальными методами диагностики состояния плода (проба Залинга), а в Нью-Йорке практиковали корректное родоразрешение, выполняя **кесарево сечение лишь на основании стратегии риска**. В итоге, несмотря на территориальную близость пунктов (разница лишь в 100 км), в 1969 году обоим этим городам удалось снизить перинатальную смертность с 15 до 11%. Однако частота абдоминального родоразрешения в Филадельфии оказалась вдвое выше. Получается, что погрешность инструментального метода оказалась выше примитивного математического расчёта и приводила к акушерской агрессии (рис. 7-27).

Резюме по перечисленным тенденциям таково: часто оперируют не тех, кого надо. Это означает, что женщинам с высоким перинатальным риском кесарево сечение сделано не было, их дети погибли или получили в родах травму, тогда как прооперированные женщины смогли бы и сами родить живых детей. **Агрессивность врачебных действий — каждая четвёртая**

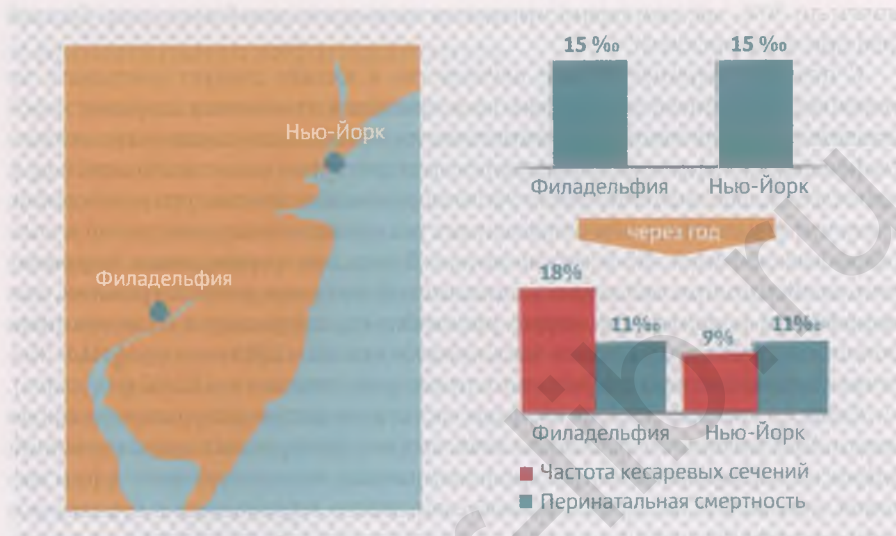


Рис. 7-27. Сравнение эффективности стратегии перинатального риска (Нью-Йорк) и мониторинга КОС крови из кожи головки плода (Филадельфия) для снижения перинатальной смертности.

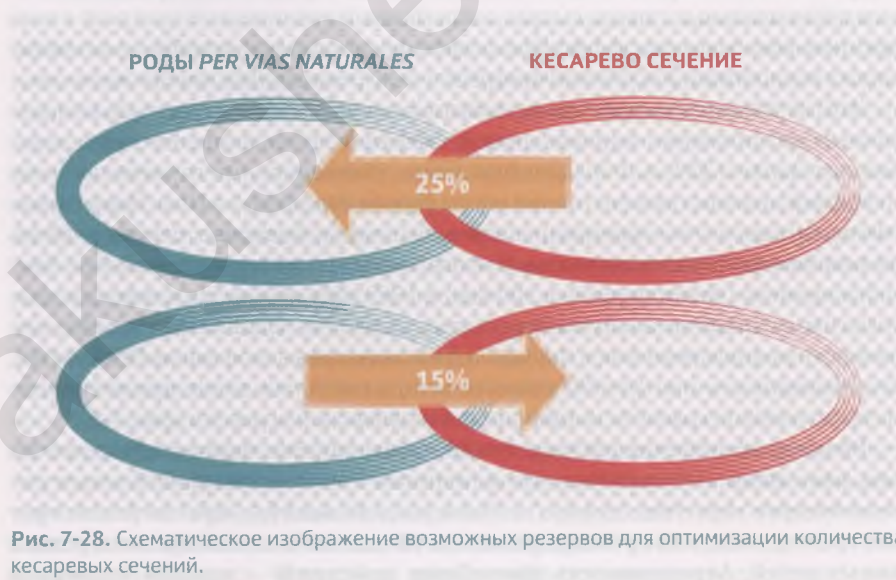


Рис. 7-28. Схематическое изображение возможных резервов для оптимизации количества кесарева сечений.

пациентка подвергается оперативному вмешательству — не оправдана: эта тактика не снижает перинатальной смертности, тогда как до 15% действительно необходимых кесаревых сечений у врача «не доходят руки» (Радзинский В.Е., 2004). Следовательно, получаемые простым вычитанием 10% кесаревых сечений можно считать резервом для оптимизации акушерской тактики (рис. 7-28).

Вот только знать бы, кто же эти 10%? Всем неверующим от души советую: попробуйте хотя бы госпитализированным женщинам в отделение патологии беременных **честно посчитать перинатальный риск.**

Какова оптимальная частота кесаревых сечений?

Дискуссии об оптимальной частоте абдоминальных родоразрешений — неперемнная составляющая акушерских секций региональных и международных форумов. На XVIII Всемирном конгрессе FIGO (2006) обсуждали потребность в максимальном отказе от кесарева сечения при первых родах. Для этой цели было предложено **строго соблюдать показания к операции и обязательно обсуждать варианты ведения родов с пациенткой.** Последнее для нас всё ещё непривычно!

На XVI Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов в Сантьяго (2003) абдоминальному родоразрешению было посвящено всего два доклада. Но каких! «Почему мы должны делать меньше кесаревых сечений?» и «Почему мы должны делать больше кесаревых сечений?». Обсуждение привело к заключению: **расширение показаний к этой родоразрешающей операции оправдано, если кесарево сечение снижает перинатальную заболеваемость и смертность.**

До настоящего времени нет однозначных данных о том, какая частота кесарева сечения оптимальна, чтобы не только улучшались перинатальные показатели, но и не возрастал операционный риск. По мнению директора Департамента ВОЗ по репродуктивному здоровью и научным исследованиям Марлина Теммермана (Marleen Temmerman), «...**главное — не стремление к достижению каких-либо конкретных числовых показателей, а выполнение кесарева сечения тогда, когда это действительно необходимо.**» ВОЗ видит решение в организационном подходе и в последние годы выпустила несколько бюллетеней на данную тему, а последние «Рекомендации по кесареву сечению ВОЗ» (2015) требуют выполнять это вмешательство только по строгим медицинским показаниям. Станут ли опубликованные рекомендации **поворотным моментом к взвешенному подходу** или так и останутся лишь на бумаге?

Причины чрезмерного увлечения кесаревыми сечениями

Существует несколько причин, по которым беременность столь часто завершают оперативным путём. Одна из них — **проблема гипердиагностики интранатального страдания плода**. Врачи используют методы оценки его состояния (кардиомониторинг, УЗИ, доплерография) без соответствующих показаний, что в сочетании с человеческим фактором при вольной интерпретации и становится причиной необоснованно мрачных заключений в истории родов.

Опубликованы результаты исследований, свидетельствующие, что **непрерывный контроль сердцебиения плода не имеет преимуществ перед периодической аускультацией** и не улучшает перинатальный прогноз. Даже если во время схваток при помощи кардиомониторирования удаётся однократно обнаружить признаки нарушения сердцебиения плода, это не позволяет объективно оценить клиническую картину и показаний — как и противопоказаний — к экстренному родоразрешению не определит.

С середины 1990-х годов **появился новый стимул для расширения показаний к кесареву сечению — юридический**. Большинство судебных жалоб в акушерстве содержали претензии о несделанной вовремя операции, в прессе и на центральных телевизионных каналах стали выходить различного рода статьи и шоу с громкими названиями: «Врачи-палачи» (НТВ, 2009), «Больница-убийца» («Россия 1», 2013), «Врачи в Казани затолкали ребёнка в утробу, избегая кесарева» («Собеседник», 2015), — в которых различные лица, не имеющие необходимого образования, высказывают «авторитетные» мнения о целесообразности кесарева сечения. Клаус Фризе (Klaus Friese), директор клиники Гроссхадерн в Мюнхене и президент Немецкого общества акушерства и гинекологии (DGGG — Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe), **считает одной из причин роста кесаревых сечений именно страх врачей перед возможными юридическими последствиями после родов через естественные родовые пути** и нежелание вести эти роды при малейших отклонениях от установленной, но никем не доказанной «нормы».

Это мнение подтверждает Джен Кристилоу (Jan Christilaw): по её данным, в США в среднем каждому практикующему врачу акушеру-гинекологу в течение всей карьеры предъявляется три иска по поводу невыполнения или несвоевременного выполнения операции кесарева сечения. Стали **наращивать частоту кесаревых сечений коммерческие учреждения, особенно в странах, где их деятельность не имеет чётких, регламентированных рамок**. Пионером широкого распространения вмешательства без показаний elective cesarean выступила Бразилия, быстро достигшая в коммерческом секторе родовспоможения частоты в 80%. Подоплёкой этого роста стала фи-

нансовая заинтересованность врачей — стоимость вагинальных и оперативных родов одинакова, но в условиях принятого в коммерческих клиниках обязательного врачебного сопровождения за период времени, пока идут роды через естественные родовые пути, врач может сделать несколько кесаревых сечений и, соответственно, больше заработать.

Широко используя медийные средства, коммерческая медицина стала играть на страхах и тревогах беременных, используя в качестве мотиваторов вероятные события, так или иначе ассоциирующиеся с естественными родами: страх женщины перед болью в родах, возможностью в будущем половой дисфункции, стрессового недержания мочи, пролапса органов малого таза, возможностью нарушения состояния плода в родах, страх перед другими оперативными вмешательствами в виде наложения щипцов, вакуум-экстрактора. Появились рекламные слоганы клиник, рекламирующих кесарево сечение, как, например, *Preserve your love channel — take a cesarean* («Сохрани свой “канал любви” — сделай кесарево»). **Игра стоит свеч — стоимость оперативного родоразрешения превышает стоимость родов через естественные родовые пути** на \$300–700 в зависимости от оснащённости акушерского стационара. Согласно данным по США, возрастание частоты кесаревых сечений на 1% повышает стоимость оказания акушерской помощи на \$63 000 000 в год.

Финансовый аспект играет решающую роль не только в коммерческой медицине. В 2012 году наши коллеги проходили стажировку в клинике Стэнфордского университета (Stanford University) в Калифорнии. На вопрос, как в их клинике ведутся роды при рубце на матке, ответ удивил своей краткостью: «Никак». Как выяснилось, **причиной отказа от такого ведения родов была экономическая составляющая**. Несмотря на то что АСОГ либерализовала рекомендации и теперь можно вести роды естественным путём даже после двух кесаревых сечений, сохранившееся требование об обязательном врачебном сопровождении таких родов поставило их в разряд убыточных для клиники — **за время, потраченное на одну такую пациентку, врач может провести несколько операций или принять несколько родов**.

Как ни парадоксально это звучит, но одна из причин приверженности кесареву сечению — неспособность медицинского персонала принять сложные роды. Это обусловлено **утратой традиций наставничества в акушерской практике** и, возможно, несовершенством системы подготовки молодых специалистов (по крайней мере, так обстоят дела в России и странах СНГ).

Неоправданное расширение показаний к кесареву сечению, как оказалось, имеет крайне отрицательные последствия. Среди них — **чрезмерно негативное отношение** к наложению акушерских щипцов или применению вакуум-экстракции плода. А ведь эти родоразрешающие операции при со-

блюденни условий их выполнения (расположение головки в узкой части полости малого таза и ниже) гораздо бережнее, чем подпольно заменяющий их ныне «метод» якобы по Кристеллеру.

Безусловно, **на фоне коммерциализации акушерства** это высокооплачиваемое хирургическое вмешательство в некоторых частных (и не только) клиниках становится довольно рутинным, и **показания к нему отыскиваются довольно легко**, — как правило, из списка относительных. Этим пользуются недобросовестные акушеры. Однако следует помнить: **во-первых**, операция лишь по настоянию женщины не оправдана, поскольку дискредитирует своё предназначение — сохранение здоровья матери и ребёнка. А **во-вторых**, бесчисленные операции «набивают руку», но не развивают клиническое мышление врача.

Опасности кесарева сечения

Говоря о **проблеме неадекватного использования чревосечения**, нужно вспомнить о **преимуществах влагалищных родов**. Для родов через естественные родовые пути характерны низкая материнская заболеваемость, меньшее количество послеродовых осложнений, невысокая стоимость ведения пациентки, сокращённый период пребывания в родовспомогательном учреждении и ранняя адаптация к полноценной жизни с ребёнком. А вот кесарево сечение при всей своей значимости для улучшения перинатальных исходов — небезопасная операция.

Кесареву сечению сопутствует целый комплекс рисков — от непосредственно интраоперационных до отдалённых последствий для матери и новорождённого. **Общий для полостных хирургических вмешательств риск со стороны матери** — возможность анестезиологических осложнений, ранений кишечника и мочевого пузыря, септических и тромбозмболических состояний. Эти осложнения учитывает медицинская статистика, и они поддаются контролю. Гораздо меньше исследований и статистических данных об отдалённых последствиях этого вмешательства, которые бывают гораздо чаще.

По данным Люси Льюис (Lucy Lewis), **только 38% женщин после кесарева сечения были в состоянии постоянно находиться с новорождённым**, а исследование шведского автора Боэля Никлассона (Boel Niklasson) приводит неутешительные данные о качестве жизни прооперированных женщин: боль и дискомфорт в области рубца через 3; 6 и 12 мес после операции отмечены у 40, 27 и 22% соответственно.

Очень серьёзный вопрос — **стабильно высокая частота послеродового сепсиса**, занимающая в структуре материнской смертности четвёртое место.

Для сравнения: **частота перитонита и сепсиса после операции в 5–6 раз выше, чем после обычных родов.**

При обсуждении снижения частоты инфекционных осложнений кесарева сечения чрезвычайно интересным представляется Кокрейновский обзор, основанный на результатах четырёх рандомизированных исследований и объединивший 1198 пациенток (Haas D.M. et al., 2010). Санация влагалища повидон-йодом (в России зарегистрирован как «Бетадин») перед кесаревым сечением **снижала частоту инфекционных осложнений на 43%** (ОР=0,57; 95% ДИ 0,38–0,87), особенно сильная корреляция (ОР=0,13; 95% ДИ 0,02–0,66) была отмечена в группе (n=148) с преждевременным или ранним излитием околоплодных вод.

Последующие беременности могут быть осложнены предлежанием или вращением плаценты, причём риск возрастает с количеством кесаревых сечений в анамнезе (от 0,24% при одной операции до 6,74% при шести), или редким, но грозным последствием абдоминального родоразрешения — беременностью в рубце на матке (cesarean scar pregnancy). При любом варианте имплантации плодного яйца в зоне рубца **высок риск массивного кровотечения** с последующей потерей матки — в случае как родоразрешения, так и прерывания данной беременности.

Ещё одна глобальная проблема: всё больше становится женщин с оперированной маткой; получается «эффект домино»: в дальнейшем рубец на матке после кесарева сечения — **самое частое показание для повторной операции.**

Неоправданное расширение показаний к абдоминальному родоразрешению становится причиной не только травматизма матери, но и материнской смертности. После этих операций (даже если они не экстренные) женщины умирают почти втрое чаще, чем при обычных вагинальных родах!

Не улучшает абдоминальное родоразрешение и здоровье ребёнка. **Новорождённый для подготовки к внеутробной жизни проходит процесс созревания в родах.** У детей, лишённых этого созревания, фактически ментально перемещаемых из одних условий существования в кардинально другие, снижены адаптационные возможности, что в основном выражается в респираторных расстройствах. Помимо нарушенных эндогенных процессов в лёгких, при кесаревом сечении нет механической подготовки к направлению альвеол за счёт удаления из них лишней жидкости, которое происходит при прохождении через родовые пути.

Помимо дыхательных расстройств у новорождённых, извлечённых абдоминально, неправильно формируется иммунитет, поскольку именно **при прохождении через родовой канал ребёнок первично обсеменяется материнской микробиотой.**

Во время естественных родов контакт с микробиотой матери служит важным источником бактериальной колонизации ребёнка. Во время абдоминального родоразрешения прямой контакт отсутствует, и новорождённый колонизируется посторонней микробиотой, к сожалению — госпитальной, что имеет долгосрочные последствия. При родах через естественные родовые пути новорождённые колонизированы преимущественно лактобациллами, **от материнских симбионтных микроорганизмов зависит постнатальное развитие иммунной системы**, стимуляция выработки различных цитокинов. Напротив, при кесаревом сечении происходит колонизация смесью условно-патогенных бактерий, чаще — разных стафилококков.

Помимо упомянутых выше доказанных отрицательных воздействий на здоровье ребёнка, существует ряд наблюдений, причинно-следственную связь которых с кесаревым сечением достоверно установить не удалось, но отмечено, что с увеличением его частоты в развитых странах в популяции растёт распространённость аутоиммунных заболеваний: сахарного диабета 1-го типа, болезни Крона, рассеянного склероза, аллергических заболеваний, бронхиальной астмы и атопических дерматитов.

Серьёзность перечисленных осложнений **придаёт проблеме социальный оттенок**. Исключительно важно, чтобы выбор в пользу абдоминального родоразрешения был обоснованным. Обязательными условиями для принятия такого решения должны стать высокое техническое обеспечение оперативного вмешательства и квалифицированное ведение послеоперационного периода.

Показания к кесареву сечению: время переосмысления

Для оптимизации неоправданно высокой частоты кесарева сечения необходима переоценка большей части современных показаний к нему. В прошедшие годы в этом отношении произошли некоторые перемены. До 1990-х годов **преобладали абсолютные показания**: клинически узкий таз, тяжёлые формы гестоза, предлежание плаценты и неправильное положение плода при невозможности акушерского поворота.

С развитием офтальмологии и распространением лазерокоагуляции сетчатки осторожные окулисты стали рекомендовать таким пациенткам избегать потуг и завершить беременность или роды кесаревым сечением.

Затем пришла **эра беременностей после ЭКО**, когда всех этих женщин скопом отнесли к тем, кому «однозначно показано кесарево». Казалось бы, контингент достаточно однороден: беременность у них наступила в результате применения особых репродуктивных технологий (ЭКО, инсеминация, стимуляция овуляции и др.), большинство из них первородящие старше

35 лет, многие страдают различными эндокринными заболеваниями. Тем не менее там встречаются и здоровые женщины. Всё дело в широком распространении (кстати, неизвестно, насколько оправданном!) и удешевлении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Если раньше они были итогом долгих лет диагностики и многочисленных безуспешных попыток лечения, то теперь их применяют после года безуспешных попыток забеременеть, а иногда и при отсутствии партнёра. Медико-социальный портрет беременной после ЭКО изменился — это всё чаще здоровые женщины, и требовать их тотального «оперативного» родоразрешения глупо. В наши дни лишь 70–80% женщин после ЭКО показано абдоминальное родоразрешение.

К рубежу тысячелетия самым частым показанием стала так называемая **сумма относительных**: отягощённый акушерский анамнез, тазовое предлежание плода, отклонения от среднестатистической массы тела (гипотрофия или макросомия), беременность после ЭКО, многоплодная беременность, заключения вспомогательных методов (УЗИ, КТГ, доплерометрии) и сопутствующие экстрагенитальные заболевания. Следовательно, часть показаний, общепринятых, соответствующих классическому акушерству и требующих вмешательства, никуда не делись, а появлением новых мы обязаны внедрению в акушерскую практику современных технологий. Однако **чёткие рамки, что из этого списка считать показанием, а что — нет, отсутствуют**. Пресловутая «совокупность относительных показаний» стала набором переменных величин, который каждый раз врач оценивает «на глазок».

Получается, что мы сами создаём этот чудовищный абсурд, при этом зная, что бесконечное расширение показаний к абдоминальному родоразрешению — второй по значимости фактор (после искусственного аборта), снижающий репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

А чаще всего в этой «сумме» фигурирует **отказ от коррекции аномалий родовой деятельности**. Так бывает по двум причинам: не умеют лечить или сами их провоцируют амниотомиями на незрелой шейке матке. Может встречаться сочетание того и другого.

Ситуация с так называемыми **возрастными первородящими** — больше дань традиции, нежели объективной оценке риска. Сложилось устойчивое представление о том, что в этой группе течение беременности и родов часто осложнённое, у женщин большое количество экстрагенитальных заболеваний, а потому иной путь родоразрешения, кроме абдоминального, невозможен. Это также множит абдоминальные вмешательства по относительным показаниям.

Между тем первородящих старших возрастных групп становится больше не только в России, но и во всех экономически развитых странах. Это обу-

словлено как изменившимся социальным статусом женщины в современном обществе, так и уровнем репродуктивных технологий. Однако чёткой границы возраста женщины, после которой увеличивается перинатальная заболеваемость и смертность, не определено — данные **весьма вариабельны**. Проф. В.В. Абрамченко (2004) писал о возрастании риска неблагоприятного исхода для плода у первородящих от 30 лет, акад. М.А. Курцер (2001) — от 35 лет, А.Т. Кнох (1993) считает критичным возраст матери более 39 лет независимо от паритета.

Основанием для расчёта возраста беременной как фактора риска служит **прямо пропорциональная возрасту частота экстрагенитальных заболеваний** у этих пациенток. Тем не менее до сих пор достоверной корреляции между возрастом первородящей, степенью перинатального риска и частотой перинатальной заболеваемости не обнаружено, и специального возраста, после которого беременную достоверно можно относить к группе высокого риска, тоже нет. Если у беременной есть сопутствующие заболевания или осложнения беременности, то в качестве факторов риска только они и должны фигурировать, если женщина здорова, то никакого риска и нет.

Вопрос об оптимальном методе родоразрешения при **вирусных гепатитах В и С, при ВИЧ-инфекции** до сих пор окончательно не решён, однако указания на преимущества родоразрешения в этих случаях только путём кесарева сечения для профилактики инфицирования новорождённых не подтверждены (Рымашевский А.Н., 2011).

Требует отдельного обсуждения ситуация с **крупными плодами**. Самопроизвольные роды при крупном плоде сопровождаются высокой частотой родовой травмы (8,5%); при нормотрофичном плоде этот показатель несколько меньше (5,6%). Гипоксически-травматические поражения ЦНС наблюдаются у 2,5% крупных новорождённых (Черепнина А.Л. и др., 2005).

Однако, несмотря на вероятность интранатальной травмы, при крупном плоде вряд ли стоит считать оправданным исключительно абдоминальное родоразрешение. Что касается профилактики макросомии, то работа женской консультации в этом направлении **стала совершенно неэффективной** — преобладает «пофигизм» большинства излишне едящих пациенток (80%), курящих (26%) и потребляющих алкоголь (41%) во время беременности. Печально, но факт: даже во имя здоровья плода и будущего ребёнка женщины не хотят ограничивать себя в привычных удовольствиях!

При **неблагоприятном перинатальном исходе в анамнезе** авторы специальной литературы рекомендуют абдоминальное родоразрешение для недопущения повторного подобного эпизода. Однако неблагоприятный исход может быть вызван предотвратимыми или непретвратимыми причинами. А вот если речь идёт о гибели вследствие ВПР или рождения с экс-

тремально низкой массой тела, то расширять показания к кесареву сечению не нужно.

В соответствии с концепцией перинатального акушерства выбор метода и сроков родоразрешения должен быть «срежиссирован» с **позиций антенатального статуса** плода, вступающего в роды. При этом вполне обоснованной выглядит позиция нашей сотрудницы, докт. мед. наук Н.М. Старцевой (2007–2013). В своих исследованиях методом выбора для родоразрешения беременных с задержкой роста плода III степени, в том числе при недоношенной беременности, автор установила именно кесарево сечение.

Мнения отдельных исследователей касательно ведения родов при **тазовом предлежании** плода настолько разноречивы, что сформировать чёткое представление о дифференцированном подходе здесь трудно. Разногласия в тактике ведения родов при этом предлежании вызваны большой ролью человеческого фактора.

При родах через естественные родовые пути риск перинатальной заболеваемости и гибели плода в тазовом предлежании выше, чем при кесаревом сечении, особенно если он крупный или маловесный. **Чаще всего причиной смерти при тазовом предлежании оказываются асфиксия и родовая травма** (кровоизлияния в мозжечок и разрывы мозжечкового намёта, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга).

Травмирование новорождённого происходит при оказании пособий, что **связано с несовершенством техник родовспоможения**. Прежде всего это касается выведения головки при чисто ягодичном предлежании, когда при резком отклонении туловища плода кпереди возможно повреждение позвоночных артерий, питающих мозг и шейный отдел позвоночника. Данные рандомизированных исследований свидетельствуют, что **плановое кесарево сечение при тазовом предлежании плода позволяет избежать побочных осложнений**.

С другой стороны, бездумно расширять показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода не стоит. При извлечении ребёнка за ножки или паховый стиг мы всё равно оказываем нагрузку в нефизиологичном направлении. Если же операцию осложняют затруднения при выведении головки из-за маленького разреза или плохого анестезиологического пособия, то риск травмы становится такой же, как при осложнённых родах. В одной из наших клиник в 2015 году 36% женщин с тазовым предлежанием плода родили через естественные родовые пути без неблагоприятных последствий.

В случае **преждевременных родов** в 22–26 нед беременности и при массе плода менее 700 г различия в статусе новорождённых невелики и почти не зависят от способа родоразрешения. Учитывая сомнительный прогноз в этом

случае, врач обязан предоставить женщине всю информацию, а она должна принять решение.

Таким образом, все попытки расширения показаний к кесареву сечению должны быть оправданы исключительно стремлением обоснованно улучшить показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Следовательно, **поиск возможных резервов для снижения частоты абдоминального родоразрешения** возможен лишь с позиций стратегии перинатального риска. Особенно это касается показаний к кесареву сечению при тазовых предлежаниях и отягощённом акушерско-гинекологическом анамнезе матери, в случае рубца на матке.

Также следует помнить, что кесарево сечение не способно улучшить состояние ребёнка, и когда речь идёт о выраженной задержке роста плода, глубокой недоношенности, внутриутробном инфицировании, пороках развития, следует вместе с женщиной взвесить все «за» и «против» и объяснить ей вероятность неблагоприятного исхода, не зависящего от стратегии родоразрешения.

Соотношение экстренных и плановых кесаревых сечений

Как известно, существует три типа срочности кесарева сечения: плановое, экстренное и запланированное. **Плановое** оперативное вмешательство чаще всего начинают до развития родовой деятельности. Перед ним беременная проходит полноценную предоперационную подготовку (клинико-лабораторное обследование, функциональные методы диагностики, консультации специалистов, лечение осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний). При этом большинство операций происходит в дневное время, а психологическая подготовленность пациентки к вмешательству наилучшая.

При **запланированном кесаревом сечении роды изначально ведут через естественные родовые пути**, однако при развитии осложнений их не пытаются корректировать, а немедленно проводят запланированное абдоминальное родоразрешение. Неоспоримое достоинство запланированного кесарева сечения — гибкое принятие решений, и роды через естественные родовые пути не исключены. **Такая тактика оптимальна в тех случаях, когда возможны роды через естественные родовые пути с благоприятным исходом для матери и плода**, однако при этом высок риск осложнений в родах (рубец на матке, тазовое предлежание, анатомически узкий таз I степени, хроническая плацентарная недостаточность, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез). Метод запланированного кесарева

сечения позволяет в рамках «перинатально ориентированного акушерства» дифференцированно подходить к способу и времени родоразрешения и снижать частоту необоснованных оперативных вмешательств.

Сложный вопрос современного оперативного акушерства — **преобладание экстренных** кесаревых сечений над плановыми и запланированными. В большинстве акушерских стационаров России больше половины, до 2/3 кесаревых сечений выполняют именно в экстренном порядке, без полноценной предоперационной подготовки и выбора оптимальной анестезии, когда беременная или роженица психологически не подготовлена. Немаловажен и временной фактор — **большая часть подобных операций приходится на «дежурное», вечернее и ночное время, распыляя силы и без того немногочисленной дежурной бригады.**

Один из факторов, повышающих частоту экстренных кесаревых сечений, — широкое распространение и тотальное применение КТГ-мониторинга в родах. Нет слов, в каком-то проценте роковых случайностей — при разрыве сосудов пуповины, компрессии тощей пуповины, отслойке плаценты, когда **визуальных признаков этого состояния нет**, — своевременная тревога монитора позволяет спасти ребёнка, который должен был погибнуть. Но эти случаи единичны — один-два на тысячу родов. А что у остальных? Чаще всего мы имеем дело с ложной тревогой — «гипердиагностикой», которая провоцирует «акушерскую агрессию». Проблема кроется в том, что используемые на сегодняшний день методы (УЗИ, КТГ) в состоянии точно определять некоторые показатели (ЧСС плода, скорость кровотока), однако не дают их точной интерпретации, снижая в целом диагностическую ценность самого метода.

К началу XXI века акушеры определились с неутешительными выводами относительно этих методов: непрерывная КТГ не имеет преимуществ перед периодической аускультацией, непрерывный КТГ-мониторинг во время родов из-за гипердиагностики повышает вероятность кесарева сечения, но не снижает перинатальную заболеваемость и смертность, и мониторное наблюдение часто ослабляет личный контроль ситуации медицинским персоналом. Из позитивного: улучшение диагностики за счёт усиления компьютерной обработки полученных показателей, особенно невидимых глазу (STV*).

Другим из частых показаний к экстренному кесареву сечению в родах оказываются **аномалии родовой деятельности** или вызванное ими страдание плода. Однако всё это следствия, а у истоков ситуации стоит **неумение или нежелание лечить нарушения сократительной деятельности матки и запаздывание с родоразрешением.** Всем роженицам, в дальнейшем

* STV — short-term variation, короткая вариабельность, аппаратный синтетический показатель кардиоотограммы плода, в норме колеблется между 5 и 10 мсек, призван заменить показатель амплитуды мгновенных осцилляций, точный расчёт которого технически труден (см. главу 4, раздел «Функциональные методы исследования»).

родоразрешённым путём экстренного кесарева сечения, при обнаружении аномалий родовой деятельности сначала проводили медикаментозную коррекцию, чаще всего неадекватную, не устраняющую проблему, — распространённую, но бессмысленную: спазмолитики, анальгетики, тримеперидин. Если этому сопутствовал недоучёт степени перинатального риска (изначально заниженный или недоучтённый интранатальный прирост), то росла вероятность острой гипоксии плода.

Я призываю всех думающих акушеров-гинекологов отображать динамику родов в виде партограмм. Это позволяет вовремя диагностировать аномалии родовой деятельности и начать лечение, а самое главное — своевременно оценить его эффективность.

Отдельного рассмотрения заслуживает такой фактор, влияющий на частоту кесарева сечения, как **оценка родовых путей**. Часто экстренному оперативному вмешательству предшествовали амниотомии при незрелой шейке матки и излитие околоплодных вод (36 против 22% при плановом кесаревом сечении). Вспомним «симптом крокодила» — животного, которое не умеет отступать: амниотомия → родовозбуждение → родостимуляция → аномалии родовой деятельности → кесарево сечение → «аппаратный» ребёнок (см. главу 6, раздел «Программированные роды...»).

Ещё одной причиной экстренного оперативного родоразрешения часто бывают излитие **мекониальных вод** и **ухудшение функционального состояния плода в родах**. Такое возможно при истинном перенашивании вследствие недоучёта степени перинатального риска.

Снижение частоты именно экстренных абдоминальных родоразрешений должно наиболее эффективно улучшить исходы кесарева сечения. Перинатальные и материнские исходы при urgentных вмешательствах заметно хуже, чем при плановых (Князев С.А., 2003). А **плановые и запланированные абдоминальные родоразрешения следует проводить в соответствии со стратегией перинатального риска** — при высоком перинатальном риске оправдан выбор в пользу запланированного кесарева сечения. Более того, учитывая менее благоприятные исходы при экстренном вмешательстве у женщин с высоким перинатальным риском, если для планового вмешательства показаний нет, то методом выбора можно считать запланированное кесарево сечение.

Но для снижения доли экстренных кесаревых сечений мало разъяснительной работы только со стационарами. Если провести сравнительный анализ историй родов и обменных карт женщин, подвергшихся экстренным кесаревым сечениям, то **очевидны определённые системные нарушения в тактике ведения беременности и родов — дефекты амбулаторного звена акушерско-гинекологической помощи**. Недоучёт степени перинатального

риска имеет место у 77,6% пациенток, к тому же при пересчёте по модифицированной шкале О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой у большинства женщин риск оказался подсчитан неправильно. Результат — лишь 68,6% беременных, впоследствии экстренно прооперированных, были своевременно направлены в стационар. У некоторых прооперированных, поступивших в роды, стационарный срок на этот момент мог доходить до 42 нед.

Пути преодоления высокой частоты абдоминального родоразрешения

Рост числа кесаревых сечений — общемировой тренд, и его быстро преодолеть не получится. Необходимо действовать по нескольким направлениям, но главное — это соединение административных и акушерских мер. Для проводимых мероприятий важна поддержка «на местах», поскольку решение о каждой операции принимает не ВОЗ и не акушерский съезд, а конкретный врач. **Без понимания целей и задач любая благая инициатива сверху утонет на исполнительском уровне**, так как возможностей для её саботажа будет предостаточно — для опытного врача найти причину и грамотно оформить любую проводимую процедуру не представляет никакой трудности.

Попытка грубого административного давления сверху, политика «кнута» может дать определённые результаты, но они будут скромными и кратковременными. Да и зачем врача, человека, одарённого интеллектом, загонять в ситуацию: «направо пойдёшь — выговор получишь, налево пойдёшь — срок схлопочешь». Разжигать этот костёр, в котором происходит профессиональное «выгорание» врача, не имеет смысла. **Организаторам здравоохранения необходимо сделать врача своим союзником, проводником здравых идей**, объясняя цели, задачи и обеспечивая его административной и законодательной поддержкой.

Комплекс мер, направленных на снижение числа кесаревых сечений, состоит из нескольких этапов:

- оптимизация показаний к кесареву сечению;
- система учёта показаний;
- система контроля за эффективностью проводимых операций.

Оптимизация показаний к кесареву сечению — первая и главная часть этой работы, без которой невозможно получить ожидаемый результат. Цель — удалить сомнительные или недоказанные показания к кесареву сечению и понизить ятрогенное индуцирование показаний к операции.

В первую очередь надлежит привести в порядок относительные показания к кесареву сечению, которые следует определять по баллам шкалы перинаталь-

ного риска: их сочетание должно быть не абстрактной «суммой относительных показаний», а конкретной степенью перинатального риска, выраженной суммой баллов. Основные резервы снижения перинатальной заболеваемости связаны с изменением подхода к кесареву сечению по относительным показаниям у беременных, имеющих 25 баллов и более перинатального риска (Радзинский В.Е., 2006–2014). Для определения тактики родоразрешения необходимо в конце беременности оценить динамику изменения перинатального риска, сопоставив её с действующими нормативными документами. Если данных о степени перинатального риска в обменной карте нет, скрининг следует провести в отделении патологии беременных или в родблоке.

Если **риск составляет менее 15 баллов**, то роды ведут через естественные родовые пути, и если нет других осложняющих факторов, то со свободным поведением женщины в родах и обезболиванием по желанию. При перинатальном риске **15–24 балла** следует оценить возможности родоразрешения через естественные родовые пути и при ухудшении состояния плода провести запланированное (а не экстренное!) абдоминальное родоразрешение. Если же перинатальный **риск достигает 25 баллов** и есть относительные показания для кесарева сечения, лучше предпочесть плановое абдоминальное родоразрешение. При тазовом предлежании плода и высокой степени перинатального риска (выше 15 баллов) рекомендовано кесарево сечение.

Вся **стратегия оптимизации показаний** к кесареву сечению выглядит таким образом:

- стратификация беременных по степени перинатального риска (см. главу 5 «Стратегия перинатального риска»);
- рациональное ведение родов без элементов акушерской агрессии и полипрагмазии;
- роды с рубцом на матке — через естественные родовые пути, если не повторились показания, послужившие основанием для первого абдоминального родоразрешения;
- родоразрешение при тазовом предлежании *per vias naturales*;
- миопия — без императивных показаний к исключению II периода родов (квалифицированный консилиум в каждой территории);
- исключение кесарева сечения «по желанию».

К самому бессмысленному кесареву сечению — «по желанию» — в некоторых странах подошли радикально, как в Турции, где это запрещено инструкциями Министерства здравоохранения. Руководитель ведомства Мехмет Мюжиноглу (Mehmet Müezzinoğlu) прокомментировал эту инструкцию так: «...Естественные роды — это естественное право пациента, так и должно быть, обязанность акушерок и врачей — **подготовить женщин к родам**. Пациентка не может сказать: “Я хочу кесарево сечение”, она не имеет такого

права». Такое же ужесточение с 1 сентября 2012 года появилось в некоторых штатах США, где были приняты законы, запрещающие оперативное вмешательство исключительно по желанию женщины. Это вызвало небольшой рост «исключительного» туризма, но его размер совершенно незначителен по сравнению, например, с «абортным» туризмом. В нашей стране давно следует законодательно решить этот вопрос, не оставляя лазеек для коммерческой медицины, поскольку лечить последствия их вмешательств чаще всего приходится бюджетным учреждениям.

Показания к операции кесарева сечения

I. Нарушение плацентации (предлежание/врастание плаценты).

II. Изменения стенки матки:

- несостоятельность рубца на матке по данным УЗИ (после кесарева сечения, миомэктомии, перфорации матки, удаления рудиментарного рога, иссечения угла матки при трубной беременности, пластических операций на матке);
- два и более оперативных родоразрешения в анамнезе;
- множественная миома матки с крупными узлами, особенно в области нижнего сегмента, нарушение питания узлов, шеечное расположение узла.

III. Препятствие рождающемуся плоду:

- препятствие рождению ребёнка со стороны родовых путей (анатомически узкий таз II степени и более, деформация костей таза, опухоли матки, яичников, органов малого таза);
- врождённый вывих тазобедренных суставов, состояние после операций на тазобедренных суставах, анкилоз тазобедренных суставов;
- предполагаемые крупные размеры плода (более 4500 г) при первых родах;
- выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища;
- выраженный симфизит;
- пластические операции на шейке матки, влагалище, ушивание мочеполовых и кишечно-половых свищей, разрыв промежности III степени в анамнезе.

IV. Неправильное положение и предлежание плода:

- тазовое предлежание, сочетающееся с массой плода более 3600–3800 г (в зависимости от размеров таза пациентки) или менее 2000 г, разгибание головки III степени по данным УЗИ, смешанное ягодичное (ягодично-ножное) предлежание у первородящих, ножное предлежание;
- при многоплодии: тазовое предлежание первого плода при двойне у первородящих, тройня (или большее количество плодов), сросшиеся близнецы;

- монохориальная моноамниотическая двойня;
- устойчивое поперечное положение плода.

V. Экстрагенитальные заболевания:

- онкологическое заболевание, в том числе половых органов (яичников, шейки матки);
- миопия высокой степени, сочетающаяся с изменениями на глазном дне (по заключению офтальмолога);
- острый генитальный герпес (высыпания в области наружных половых органов) за 2 нед до родоразрешения и позже;
- обострение экстрагенитальных заболеваний: сердечно-сосудистой системы, лёгких, нервной системы и др.;
- пересадка почки в анамнезе, искусственный клапан сердца.

VI. Состояния плода:

- хроническая гипоксия и задержка, прекращение роста плода II–III степени;
- гибель или инвалидизация ребёнка вследствие осложнений предыдущих родов;
- пороки развития плода (гастрошизис, тератома копчика больших размеров, омфалоцеле и др.).

VII. ЭКО (особенно неоднократно, при наличии дополнительных осложнений).

Показания к экстренному кесареву сечению во время беременности:

- любой вариант предлежания плаценты в случае кровотечения;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- симптомы угрожающего, начавшегося, совершившегося разрыва матки;
- острая гипоксия плода;
- тяжёлые формы преэклампсии (гестоза), не поддающиеся терапии, эклампсия;
- состояние агонии или внезапная смерть женщины при условии, что плод жив.

Показания к кесареву сечению во время родов те же, что и при беременности. Дополнительно необходимость кесарева сечения может возникнуть при следующих осложнениях родов:

- нарушение сократительной деятельности матки, не поддающееся коррекции (слабость, дискоординация);
- клинически узкий таз;
- неправильное вставление и предлежание плода (лобное, передний вид лицевого, высокое прямое стояние стреловидного шва);
- выпадение пульсирующей петли пуповины и/или мелких частей плода при головном предлежании, при тазовом предлежании и неполном раскрытии маточного зева;

- симптомы угрожающего, начавшегося, совершившегося разрыва матки;
- преждевременное излитие околоплодных вод и неэффективность родовозбуждения;
- ножное предлежание плода.

Абдоминальное родоразрешение также выполняют **по комбинированным показаниям**. Например, это может быть совокупность нескольких осложненных беременностей и родов, каждое из которых в отдельности не требует обязательного абдоминального родоразрешения, но вместе они создают реальную угрозу для жизни плода в случае родов через естественные родовые пути. Тем не менее тактику следует выбирать, исходя из степени перинатального риска.

ВОЗ: классификация показаний к кесареву сечению (Robson M., 2001)

В качестве признанной международной схемы классификации показаний к кесареву сечению ВОЗ предлагает принять систему, представленную в 2001 году акушером из Дублина **Майклом Робсоном** (Michael Robson).

Согласно этой системе, каждая женщина, поступающая в родильное отделение, должна быть отнесена к одной из 10 групп на основе легко определяемых характеристик, таких как число предыдущих беременностей, положение и предлежание плода, гестационный срок, кесарево сечение в анамнезе, многоплодие и наличие спонтанной родовой деятельности (рис. 7-29).

Достоинство этой системы в том, что **она состоит из взаимоисключающих критериев**, поэтому делает невозможной путаницу с группами — в любой ситуации пациентка может иметь признаки, характерные только для одной группы. Использование этой системы позволит проводить сравнительный анализ частоты кесарева сечения по разным показаниям как в рамках отдельно взятых учреждений, так и между учреждениями здравоохранения и даже между странами и регионами. Эту классификацию используют во многих центрах по всему миру, однако в Российской Федерации она пока не нашла широкого распространения. Тем не менее в последнее время опубликованы работы из российских регионов, где уже применяют эту систему.

Классификация Робсона, помимо возможности контроля над учреждением, даст фактический материал для анализа, необходимый при разработке дальнейших стратегических мер по снижению частоты кесаревых сечений без ущерба для здоровья матерей и новорожденных.

Это прекрасная система для анализа эффективности работы родильного дома в целом. Вместе с тем мы обоснованно полагаем, что предложенная ниже **количественная оценка** (проф. И.Н. Костин) существенно повышает информативность анализа.



Рис. 7-29. Классификация Робсона.

Коэффициент эффективности кесарева сечения (Костин И.Н., 2016)

Как уже было сказано выше, проблема сверхактуальна. В последнее время в профессиональном сообществе идёт достаточно активное обсуждение проблемы **оценки качества** медицинской помощи как неотъемлемого атрибута современного здравоохранения. Вопросов возникает очень много: каковы критерии, как оценивать, чем измерять? Тем не менее вполне понятны **основные составляющие** этой категории:

- первая — высокоэффективное, безопасное, экономически оправданное вмешательство (лечение), которое должно быть оговорено в клиническом протоколе;
- вторая — удовлетворённость пациента.

Кстати, в 2016 году Министерством здравоохранения РФ издан **Приказ №520н** «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», пришедший на замену одноимённому правовому акту №422ан.

Самым **распространённым** оперативным вмешательством не только в акушерстве, но и в других отраслях медицины сегодня признана операция кесарева сечения. Каждую минуту в мире одновременно оперируют до 50 беременных, при этом частота операции кесарева сечения увеличивается с каждым годом. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) бьёт тревогу в связи с резким увеличением количества абдоминальных родоразрешений: эта тенденция приняла масштабы настоящей эпидемии. Эксперты ВОЗ напоминают, что кесарево сечение может привести к **осложнениям**, инвалидности и даже смерти, особенно если операция выполнена в плохо оснащённых больницах: риск смерти роженицы в 8 раз выше при операции кесарева сечения, чем при естественных родах, риск заболевания дыхательных путей у ребёнка, соответственно, выше в 120 раз. Кроме того, хирургический способ родоразрешения финансово затратнее родов естественным путём. Мировой рекорд количества операций кесарева сечения принадлежит Бразилии, где этим путём рождено 54% всех детей в стране, в Латинской Америке — 39%, в США — 33%, а в Европе — 24%. В Российской Федерации, по данным Министерства здравоохранения РФ, в 2014 году оперативным путём была родоразрешена каждая четвёртая беременная (25%), а это **одна операция каждую минуту!**

Уже упоминавшиеся опубликованные в 2015 году ВОЗ официальные рекомендации относительно выполнения кесарева сечения особо подчёркивают, что выполнять это вмешательство следует только при наличии **медицинских показаний**. В качестве **основных групп** показаний к операции кесарева сечения в документе обозначены угроза жизни и здоровью новорождён-

ного (наиболее многочисленный перечень состояний), угроза жизни матери (редкие показания) и так называемые социальные показания, доля которых значительно возросла в последние десятилетия (к категории высокого риска относят возраст женщины, ЭКО, поздние репродуктивные потери в анамнезе и т.д.).

Конечно, нельзя отрицать тот факт, что с увеличением частоты кесарева сечения за последние десятилетия показатель перинатальной смертности **уменьшился в несколько раз**, при этом коэффициент корреляции $-0,94$ чрезвычайно убедителен и статистически значим (рис. 7-30). Тем не менее в мире продолжается дискуссия по поводу оптимальной частоты кесарева сечения.

Проведённый нами регрессионный анализ выявил **«закономерность»**: чтобы снизить перинатальную смертность на 1%, следует увеличить частоту кесарева сечения на 4%. В соответствии с теоретическими выкладками получается, что **стремление снизить уровень перинатальной смертности до цифр, достигнутых экономически высокоразвитыми странами, рискует обернуться увеличением доли оперативных родов в России почти до 30–40%**. Также было установлено, что вклад кесарева сечения в изменение показателя перинатальной смертности составляет не более 30%, всё остальное — это те **новые технологии**, которые вошли в акушерскую практику в последние годы: использование глюкокортикоидов, препаратов сурфактанта, антибиотиков, современных методов вентиляции лёгких новорождённых, современных перинатальных технологий; улучшенный неонатальный уход, регионализация перинатальной помощи. Следовательно, повышение частоты оперативных родоразрешений — отнюдь не «палочка-выручалочка», на что часто надеются акушеры. Учащение хирургических родов **не может стать резервом** для улучшения качества акушерской помощи.

Тем не менее одним из основных **критериев эффективности кесарева сечения** на данный момент остаётся показатель перинатальной смертности, однако изолированно он не способен удерживать увлечённость врачей оперативными родоразрешениями в разумных пределах. Для сопоставления основных статистических показателей, характеризующих службу родовспоможения, мы **разработали особый коэффициент**. Этот показатель позволяет оценить эффективность абдоминального родоразрешения не только в различных регионах России, но и во всём мире. Эта работа была выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН проф. И.Н. Костиным. Обоснованная им методика получила название **«коэффициент эффективности кесарева сечения» (КЭКС)**. Основными показателями, используемыми для расчёта КЭКС, стали частота операции кесарева сечения и показатель перинатальной смертности.



Рис. 7-30. Динамика частоты кесарева сечения (%) и показателя перинатальной смертности (‰) в РФ.

Базовая формула для расчёта КЭКС:

$$\text{КЭКС} = \frac{\text{Частота кесаревых сечений базового региона, \%} \times \text{перинатальная смертность базового региона, \%}}{\text{Частота кесаревых сечений исследуемого региона, \%} \times \text{перинатальная смертность исследуемого региона}^2, \%} \times 10$$

Примечание. Базовый регион — регион, внутри которого производят расчёт. В большинстве ситуаций это Российская Федерация. Для самой России базовым регионом, например, могут стать Европа, Азия, мир в целом. В силу важности показателя перинатальной смертности его уровень в исследуемом регионе возводится в квадрат для «усиления» его весомости. Множитель «10» введён в формулу для более удобного представления КЭКС.

Математический смысл КЭКС состоит в следующем. Показатели частоты абдоминальных родоразрешений и перинатальной смертности исследуемого региона (роддома, города, области, федерального округа) сравнивают с теми же параметрами базового региона, внутри которого идёт анализ (города, области, федерального округа, России, мира в целом). В результате расчётов выявляют **три основных кластера**: в первый включены регионы, где показатели **хуже** среднероссийских, во второй — **со средними** показателями и в третий — регионы, показатели которых **лучше**, чем по стране. Хотя вариаций сочетаний уровня частоты кесарева сечения и перинатальной смертности может быть больше. Значение КЭКС 1,0 представляет собой своеобраз-

Таблица 7-6. Распределение КЭКС по степеням

Значение КЭКС	Оценка	Характеристика групп
2 и более	Очень высокий	Разные уровни КС сочетаются с очень низким показателем ПС
1,5–1,9	Высокий	Различные уровни КС сочетаются с низким показателем ПС
1,0–1,4	Средний	Сочетание среднего и высокого уровней КС со средними показателями ПС или сочетание низкого уровня КС с показателем ПС выше среднего
0,5–0,9	Низкий	Чаще средний уровень КС сочетается с показателем ПС выше среднего, реже — низкий уровень КС и высокий показатель ПС
Менее 0,5	Очень низкий	Чаще высокий уровень КС и высокий показатель ПС, реже — низкий или средний уровень КС в сочетании с чрезвычайно высокой ПС

ную границу: если коэффициент превышает указанный — это хорошо, и чем больше, тем лучше, а вот если он меньше — плохо (табл. 7-6).

Ежегодные показатели базового региона (в данном случае РФ) в виде коэффициента (числитель формулы) постоянны на протяжении отчётного периода и могут быть использованы для расчёта КЭКС любого региона или отдельного учреждения родовспоможения, входящего в состав базового (рис. 7-31).

Анализируя графики на рисунках 7-30 и 7-31, можно констатировать следующее: до 1998 года увеличение числителя формулы КЭКС происходило за счёт более интенсивного роста частоты кесарева сечения и менее интенсивного уменьшения перинатальной смертности. После указанного периода темпы снижения перинатальной смертности превысили рост частоты оперативного родоразрешения. Скачок 2012 года связан с увеличением показателя перинатальной смертности при переходе к новым критериям живорождения.

Расчёт КЭКС возможен для различных регионов и структур: внутри страны, для городских образований (анализ показателей округов, отдельных акушерских стационаров и т.д.). Базовый регион может быть выбран произвольно (округ, город, страна). Однако коэффициенты разных по расположению (город, село) и оснащению (уровни или группы) акушерских стационаров могут отличаться на порядок, что **нужно учитывать** при анализе этого показателя. Определяя КЭКС для разных регионов, стационаров, важно учитывать



Рис. 7-31. Значения коэффициента базового региона, в данном случае РФ (% кесаревых сечений × перинатальная смертность, ‰), — числитель формулы.

показатели **строго за один и тот же промежуток** времени как для базового, так и для исследуемых регионов (учреждений).

Анализ КЭКС в родовспомогательных учреждениях Москвы (рис. 7-32) за 2015 год позволяет получить и продемонстрировать средние значения основных показателей, включённых в формулу, в зависимости от группы КЭКС (см. табл. 7-6).



Рис. 7-32. Средние значения частоты кесарева сечения, показателя перинатальной смертности в группах КЭКС и средние значения коэффициента в группах (Москва, 2015).

На рисунке хорошо видна **разница средних показателей** в учреждениях родовспоможения в зависимости от группы КЭКС. Очень высокий коэффициент (два и более) имеют учреждения, где частота абдоминальных родоразрешений такая же, как по стране, или ниже, при этом перинатальная смертность значительно ниже, чем в базовом регионе. И наоборот, о низкой эффективности кесаревых сечений (КЭКС 0,5 и менее) можно говорить в учреждениях, где **высокая частота оперативного родоразрешения сочетается с чрезвычайно высоким показателем перинатальной смертности**.

Примеры из отечественной практики

Рассчитаем коэффициент для областной больницы одного из федеральных округов на основании общероссийских данных и показателей, полученных непосредственно из анализируемого учреждения. Базовым регионом будет Россия, частота оперативного родоразрешения в России в 2014 году составила 25,0%, показатель перинатальной смертности — 7,4%.

Частота абдоминальных родоразрешений в областной больнице за тот же период — 35,5%, перинатальной смертности — 13,7%. Подставляем данные в формулу:

$$\text{КЭКС} = \frac{25,0 \times 7,4}{35,5 \times 13,7^2} \times 10 = 0,28$$

Примечание. В числителе указаны расчёты по России (2014), в знаменателе — по областной больнице одного из федеральных округов (2014).

Это «очень низкий КЭКС», другими словами, **очень плохой**. Такого рода показатель никак не может соответствовать учреждению III уровня (группы) оказания помощи.

Следующий КЭКС рассчитаем для одной из ЦРБ в другом федеральном округе. Заманчивый уровень оперативных родоразрешений — 12,7%. Достойный показатель перинатальной смертности — 4,7%.

$$\text{КЭКС} = \frac{25,0 \times 7,4 \text{ (Россия, 2014)}}{12,7 \times 4,7^2 \text{ (ЦРБ, 2014)}} \times 10 = 6,6$$

Примечание. В числителе указаны расчёты по России (2014), в знаменателе — по ЦРБ в другом федеральном округе (2014).

Коэффициент, полученный для ЦРБ, входит в группу «очень высокий». Отличительной особенностью этой группы служит низкий показатель перинатальной смертности при разной частоте оперативного родоразрешения.

Таблица 7-7. Распределение перинатальных центров по значению КЭКС в 2015 году

Оценка КЭКС и средние показатели по группе	Нахождение перинатального центра	Значение КЭКС
Очень высокий		2,0 и более
Высокий		1,5–1,9
Средний:	Воронеж	1,3
■ кесаревых сечений — 36,2%;	Иркутск	1,3
■ перинатальная смертность — 6,3‰	Балашиха	1,3
	Чебоксары	1,1
Низкий:	Белгород	0,8
■ кесаревых сечений — 35,6%;	Волгоград	0,8
■ перинатальная смертность — 8,6‰	Краснодар	0,7
	Курган	0,7
	Тюмень	0,5
Очень низкий:	Киров	0,4
■ кесаревых сечений — 42,0%;	Курск	0,3
■ перинатальная смертность — 14,5‰	Ростов-на-Дону	0,3
	Томск	0,3
	Кемерово	0,2
	Омск	0,2
	Смоленск	0,2
	Красноярск	0,1
	Пермь	0,1

Следует обратить внимание на неоднозначные данные КЭКС при анализе работы перинатальных центров РФ за 2015 год (табл. 7-7).

К сожалению, ни один из перинатальных центров не попал в группы «очень высокого» и «высокого» КЭКС, несмотря на то что средняя частота кесарева сечения в этих учреждениях родовспоможения составляет почти 40%, однако показатель перинатальной смертности (10,7‰) выше, чем по России в целом. **Причины такого распределения понятны — преждевременные роды.**

Анализ КЭКС: место России в мире

Интересные данные получены при анализе КЭКС в Российской Федерации по отношению к другим регионам и миру в целом. Если принять, что средний уровень кесаревых сечений в мировой практике составляет 20%, а показатель перинатальной смертности — 40%, то числитель формулы составит 800. Например, КЭКС для России по отношению к мировым показателям за 2014 год (оперативное родоразрешение — 25%; перинатальная смертность — 7,4%) составляет 5,8, что входит в группу очень высокого коэффициента.

Принятие в качестве базового региона экономически высокоразвитых стран (средние показатели кесаревых сечений — 25%, перинатальной смертности — 5%) приведёт к тому, что российский КЭКС составит всего 0,9, то есть окажется низким.

На сегодняшний день **не существует другого чёткого критерия** эффективности оперативного родоразрешения и его оптимальной частоты. Одной из важных составляющих действенности метода служит показатель перинатальной смертности, однако он не ограничивает уровень кесаревых сечений в разумных пределах. КЭКС может служить **компонентом оценки** оперативной деятельности, совмещающим частоту хирургических вмешательств и уровень перинатальной смертности. Анализ КЭКС в масштабах региона, округа или всей страны позволяет по-другому взглянуть на оперативную деятельность акушерских стационаров и принять соответствующие **организационные меры** (см. табл. 7-7).

ОПЕРИРОВАННАЯ МАТКА (РУБЕЦ НА МАТКЕ)

Как мы уже писали выше, **рост частоты кесаревых сечений вызвал «эффект домино»**, когда каждая вторая операция — следствие предыдущей, и в популяции растёт число женщин с рубцом на матке (рис. 7-33), причём часто это последствие не одной операции, а нескольких. Чем же грозит накопление этой «критической массы», чем она чревата в будущем и есть ли выход из этой ситуации?

Отлично, что зачастую показанием к оперативному вмешательству оказывается **просто рубец на матке, когда состояние рубца не оценивают и анамнестические причины предыдущей операции в расчёт не берут**. А ведь уже не одно десятилетие раздаются голоса, что минимум у половины этих женщин часто можно обойтись без повторного оперативного вмешательства с низким риском для матери и ребёнка!

Рис. 7-33. Так выглядит рубец на матке. Сегодня каждое второе кесарево сечение — следствие предыдущего.



Почему до сих пор большинство врачей следуют принципу Эдвина Крейгина (Edwin Cragin, 1916): после кесарева сечения — всегда только кесарево сечение (once caesarean — always caesarean)? Даже в США, которые в середине 1990-х годов всем приводили в пример 26% успешных естественных родов у женщин с кесаревым сечением в анамнезе, в XXI веке этот показатель неуклонно снижается, и сейчас он ниже 10%.

Полноценность рубца на матке

Несомненно, **любой разрез на матке не обязательно даёт неполноценный рубец**. На множестве медицинских форумов, конгрессов и съездов акушеры-гинекологи обсуждают проблему влагалищных родов у женщин с рубцом на матке и называют цифру 50–75%: у стольких беременных естественные роды возможны. Если отталкиваться от частоты несостоятельности рубца на матке в родах — 1,5% при локализации в нижнем сегменте и до 12% при корпоральном расположении, — то реальный процент возможных естественных родов гораздо более высок! Кстати, понятие «разрыв матки по рубцу» **неодинаково в разных странах**, чем и вызваны сильные разбросы в статистике. Иностранные авторы различают разрыв матки по рубцу и «расползание матки по рубцу» (Wing D.A., Paul R.H., 1999).

Расхождение рубца подразумевает бессимптомное течение, околоплодные оболочки при этом не нарушены, брюшина цела, плод находится в полости матки, кровотечения нет или оно незначительное. По мнению иностранных авторов, при «расползании» рубца на матке после влагалищных родов, если нет кровотечения из матки, лапаротомия не требуется. Тем не менее согласиться с такой рекомендацией трудно.

Итак, отказ от родов через естественные родовые пути **продиктован прежде всего страхом перед разрывом матки по рубцу** — его несостоятельность есть следствие неполноценности. Но как определить, какой рубец можно считать полноценным? Ведь именно от этого зависит возможность родов через естественные родовые пути.

Течение репаративных процессов зависит от множества факторов: преморбидного фона (особенно наличия хронических очагов инфекции), характера микрофлоры половых путей, длительности родов, локализации рубца на матке, методики ушивания, вида шовного материала, продолжительности оперативного вмешательства, степени кровопотери и адекватности её восполнения и течения послеоперационного периода.

Если заживление протекает на качественно сопоставленных краях раны (по первичному типу с преимущественным образованием мышечной ткани), то и последующие факторы риска (медицинские аборты, давность предыдущего кесарева сечения) не влияют принципиально на течение беременности и родов. Для этого необходимо использовать качественный шовный материал и правильную технику — **при двухрядном шве на матке** риск разрыва в последующем в 2–3,5 раза ниже, чем при однорядном. При неполноценном заживлении раны на матке нарушается анатомо-функциональная целостность органа; различные клинические признаки этого состояния объединяют понятием «болезнь оперированной матки».

Большинство акушеров считают, что до наступления последующей после кесарева сечения беременности в идеале должно пройти 1,5–3 года. С нашей точки зрения (Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 1997), **интервал между кесаревым сечением и последующей беременностью не влияет на вероятность разрыва матки**, а большой промежуток времени между беременностями опасен прогрессирующим склерозом, демускуляризацией и неполноценностью тканей в области рубца.

К сожалению, в мировом акушерстве **нет достоверного способа для определения состоятельности оперированной матки** ни в прегравидарный период, ни во время беременности и родов. Применяемые в настоящее время методики (гистерография, УЗИ, гистероскопия и др.) позволяют судить о регенерации рубца на матке после кесарева сечения, однако не дают его качественной характеристики.

Таким образом, **полноценным следует считать рубец, о котором нет данных, что он неполноценный**, и есть косвенные признаки его полноценности (УЗИ, данные анамнеза) и нет факторов риска, провоцирующих его несостоятельность, — многоплодия, макросомии или выраженного многоводия.

К эхографическим признакам несостоятельности рубца на матке в нижнем сегменте большинством исследователей относят толщину нижнего сегмента менее 3 мм (в некоторых руководствах 2 мм) или более 8 мм (толстый рубец), неравномерность миометрия в области рубца (баллонообразную или конусовидную форму нижнего сегмента матки), симптом «ниши» и повышенную акустическую плотность по всей зоне бывшего разреза на матке. Конечно, эти данные не обладают высокой степенью достоверности — по данным различных исследований, расхождение между визуальной и эхографической характеристиками составляет от 24 (Стрижаков А.Н. и др., 2002) до 35% (Титченко В.Н., 1990), а между эхографическим и гистологическим описаниями — до 74,4% (Погорелова А.Б., 1990).

Важно!

Анамнез имеет гораздо большую информативность — локализация рубца, методика ушивания, течение послеоперационного периода могут свидетельствовать о высоком или низком риске несостоятельности рубца. **Самый «безопасный» рубец — поперечный, расположенный в нижнем сегменте, ушитый двухрядным швом**, со спокойным послеоперационным периодом. Анамнез может содержать и другие сведения, позволяющие отнести рубец на матке к группе неполноценных, — аномалии строения матки и генетические мутации, вызывающие неполноценность соединительной ткани. Любую неизвестность: локализацию рубца, метод его ушивания, причину первого кесарева сечения — следует трактовать в пользу высокого риска.

Все остальные методы — гистерография с контрастом, гистероскопия, биопсия с последующим гистологическим исследованием, компьютерная томография, МРТ и прочие — **показали ещё меньшую информативность**, чем рутинное УЗИ. Несоввершенство морфологических методов исследования рубцовой ткани на ранних сроках заживления обусловлено сложностью дифференцировки гладкомышечных клеток и клеток соединительной ткани, генетически родственных и имеющих общий источник развития. Репарация тканей — сложный процесс и зависит от огромного числа причин: состояния макроорганизма, условий, в которых проходит регенерация, генетической предрасположенности к образованию соединительной ткани и других факторов.

В целом ни один рубец на матке нельзя считать абсолютно полноценным, поэтому быть полностью уверенным в благоприятном исходе родов через естественные родовые пути невозможно, однако можно определить относительный риск несостоятельности. В современном акушерстве рубец на матке не следует считать абсолютным показанием к повторному абдоминальному родоразрешению, и, вероятно, справедливо заключение о главенствующем желании женщины, которая хочет родить *per vias naturales*. Одно важное уточнение: **если не повторяются показания**, обусловившие перенесённое кесарево сечение, и отсутствуют новые — предлежание плаценты, аномалии строения матки, биологическая незрелость родовых путей в 41 нед, макросомия, тазовое предлежание и экстрагенитальные заболевания.

А самый лучший залог полноценности рубца — **успешно проведённые роды через естественные родовые пути в анамнезе**. И конечно, во все времена в акушерстве имеют решающее значение кадры. Достаточно было возглавить акушерскую службу одной из крупных многопрофильных больниц специалисту из другого учреждения, как за один год единичные влагалищные роды при оперированной матке сменились 32% естественных родоразрешений. Почему? Потому что этот специалист знает и умеет!

Осложнения в родах при рубце на матке

Самое вероятное осложнение таких родов — **разрыв матки, начавшийся или свершившийся, который, по статистике, сопряжён с большим риском**: со стороны женщины — потери матки, а со стороны плода — перинатальной смерти. Управляем ли он? Да, но при соблюдении ряда условий. На роды через естественные родовые пути при рубце на матке следует допускать беременных с низким риском неполноценности рубца, **роды должны проходить в учреждении III уровня**, оборудованном всем необходимым для контроля за состоянием матери и плода и укомплектованном кадрами в количестве, позволяющем при необходимости без отсрочек провести абдоминальное родоразрешение и оказать реанимационную помощь новорождённому.

При соблюдении этих критериев и требований роды ведут без каких-либо ограничений, кроме постоянного КТГ-мониторинга и присутствия персонала или, возможно, присутствующего на родах мужа. Такая роженица не может оставаться одна, за ней необходимо постоянное наблюдение. **Существовавшие ранее ограничения на обезболивание таких родов с мотивировкой, что оно может стереть симптомы начинающегося разрыва матки, сейчас преданы забвению**: роды — сам по себе процесс болезненный, и выделять какую-то особенную боль — дело фантазии акушера и темперамента роженицы. Единственным достоверным признаком катастрофы, спрово-

ждающим 78–87% всех разрывов матки, как начинающихся, так и совершившихся, выступает острая гипоксия плода.

На втором месте по частоте встречаемости — **нарушение гемодинамики матери**. Именно поэтому в родах при рубце на матке необходим постоянный КТГ-мониторинг, и поэтому в некоторых научных работах **идёт речь о целесообразности ручного обследования полости матки при неожиданном рождении ребёнка в состоянии выраженной асфиксии**. Кстати, эта же высокая частота гипоксии плода позволяет некоторым недобросовестным руководителям в случае лапаротомии «прятать» разрывы матки под диагнозами «острая гипоксия» или (с целью маскировки кровопотери) «отслойка плаценты». В случае успешного завершения родов надлежит проверить целостность матки ручным обследованием, хотя в последнее время звучат дискуссии по поводу целесообразности этой процедуры: по некоторым данным, её эффективность не превышает 40%, поскольку неполные разрывы, расслоения, подбрюшинные гематомы и разрывы малых размеров (несколько миллиметров) часто остаются нераспознанными.

При острой гипоксии плода или нарушениях гемодинамики матери проводят экстренное кесарево сечение. По данным нескольких метаанализов, **надеяться на успешный исход можно, если время от начала брадикардии плода или падения АД матери до извлечения ребёнка и начала мероприятий по остановке кровотечения не превышает 30 мин, а в идеале — 15–20 мин.**

Техника кесарева сечения при рубце на матке

Как при первой, так и при повторной операции кесарева сечения в настоящее время наиболее распространена **методика по Михаэлю Штарку (Michael Stark)**. Преимущества метода — быстрота выполнения операции, меньшие кровопотеря и болезненность в послеоперационный период, меньший риск осложнений (тромбоза и инфекции), лёгкое извлечение плода, снижение срока пребывания в стационаре. Однако есть и противники методики по Штарку. Они аргументируют свою позицию тем, что матку выводить из брюшной полости не следует, а висцеральную и париетальную брюшину необходимо зашивать.

Наш многолетний опыт (1996–2014) показал, что **никаких различий по частоте осложнений первых и повторных кесаревых сечений в модификациях Гусакова или Штарка нет**. Операция в модификации по Штарку быстрее, но не настолько, чтобы это могло повлиять на послеоперационные осложнения. Статистика осложнений одинакова в стационаре, где в год проводят около 1200 операций по Гусакову, и в учреждении, аналогичном по уровню

оказания медицинской помощи, где выполняют около 800 вмешательств по Штарку. **Хирург должен использовать тот метод, которым владеет лучше, а в целом должен владеть всеми современными технологиями.**

Тем не менее анализ интра- и послеоперационных осложнений повторных кесаревых сечений показал, что операции в модификациях Гусакова или Штарка не относятся к технически простым и безопасным. При повторном кесаревом сечении могут возникать затруднения при вскрытии брюшной полости, рассечении матки, выведении головки плода или во время зашивания раны матки. Технические трудности часто обусловлены рубцом на передней брюшной стенке, внутрибрюшными спайками, **осложняющими доступ к матке.**

Во время выведения головки, особенно крупного плода, из-за неподатливости и минимальной растяжимости рубцово-изменённой ткани нижнего сегмента может произойти разрыв матки в одну или обе стороны с травмой сосудистых пучков и массивным кровотечением. В таких случаях нередко приходится перевязывать маточные сосуды.

В настоящее время спаечных процессов при повторном кесаревом сечении стало заметно меньше благодаря совершенствованию оперативной техники и использованию синтетического шовного материала (викрил, дексон). Нельзя, упоминая о современных технологиях, не сказать об **аргоноплазменной коагуляции**, с помощью которой достигается практически «**бескровное**» (со значительно меньшей кровопотерей) **абдоминальное родоразрешение** и, соответственно, укорачивается продолжительность операции. При этом послеоперационные осложнения сводятся к минимуму. Технология операции была разработана отечественными хирургами (в том числе и мною) — проф. Т.А. Обоскаловой, проф. Т.В. Узловой, докт. мед. наук Е.Ю. Глуховым, канд. мед. наук Ю.Д. Вученович, Л.Н. Есиповой, О.В. Бутуновым. Оборудование для этой технологии создано также отечественной компанией «Фотек». Редкий, к сожалению, сегодня в России пример успешного взаимодействия научной медицинской и технической мысли.

Результаты изучения морфогенеза рубца на матке как у экспериментальных животных, так и у женщин в клинической практике показали, что после обработки швов на матке аргоноплазменным факелом быстрее формируется морфологически полноценный рубец, а течение послеоперационного периода после кесарева сечения протекает более благоприятно.

Экономическая выгода электрохирургических методов в оперативном акушерстве доказана тем, что снижается потребность не только в анальгезирующих препаратах, но и в антибактериальных; сокращаются сроки пребывания в стационаре, а это сказывается на уменьшении числа послеоперативных инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц.

Техника операции с использованием широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной коагуляции

Перед операцией проверяют готовность аппарата «ФОТЕК EA142» в соответствии с указаниями в руководстве по эксплуатации аппарата. Укладку пациента на операционный стол осуществляют по рекомендациям, описанным в том же руководстве.

Режимы широкополосной радиоволновой хирургии:

- «СМЕСЬ» — монополярное резание с коагуляцией;
- «БИ-КОАГ» — биполярная коагуляция.

Режимы аргоноплазменной коагуляции таковы.

- «ФУЛЬГУР» — форсированная глубокая аргоноплазменная коагуляция. Глубина термической коагуляции ткани при работе в этом режиме быстро достигает 3 мм и в дальнейшем не зависит от времени воздействия.
- «СПРЕЙ» — мягкая плавная аргоноплазменная коагуляция. Глубина термической деструкции ткани при работе в этом режиме составляет в среднем от 0,5 мм, при увеличении времени воздействия плавно возрастает до 3 мм.

После асептической обработки операционного поля его обкладывают одноразовой стерильной простыней с «окном» и разрезаемой операционной плёнкой.

Эпидермис кожи передней брюшной стенки через плёнку надрезают скальпелем поперечно на 3–4 см выше лонного сочленения по прямой линии. Далее разрез на всю толщину дермы проводят с использованием электрода-ножа EM508 в режиме «СМЕСЬ» на мощности 50–70 Вт.

По средней линии подкожную клетчатку дорезают до апоневроза также электродом-ножом и тупо разводят в стороны пальцами. При **необходимости остановки капиллярного кровотечения** электрод-нож отводят от тканей на 5–8 мм и в режиме «ФУЛЬГУР», не касаясь поверхности раны, на мощности 70 Вт коагулируют ткань с кровоточащими капиллярами. Сосуды диаметром 1,5–2 мм коагулируют с помощью специального биполярного антипригарного пинцета EM252CCE в режиме «БИ-КОАГ» на мощности 20–30 Вт.

После лапаротомии обнажают нижний сегмент матки. Матку **приводят в среднее положение**. Вскрытие полости матки осуществляют в зависимости от конкретной акушерской ситуации — срока беременности, периода родов, предлежания и положения плода — в двух модификациях.

- **Дёрфлера**, когда делают полулунный разрез в нижнем сегменте стенки матки ножницами под контролем указательного и среднего пальцев хирурга без вскрытия пузырно-маточной складки и смещения мочевого пузыря.

- **Гусакова**, когда проводят разрез стенки матки в нижнем сегменте длиной 2–3 см в центре предполагаемого доступа, затем хирург указательными пальцами тупо разводит края раны в поперечном направлении (с позиций цивилизованного акушерства — хулиганство!), также без вскрытия пузырно-маточной складки и смещения мочевого пузыря. Целостность матки восстанавливают с помощью непрерывного обвивного серозно-мышечного шва синтетической нитью (нити Safi I, производство «Эскулап АГ», Германия, или аналогичные марки, №1–2), интервал вколов — 1,5–2 см, отступ от края раны — 0,8–1 см.

Шов на матке обрабатывают факелом аргоновой плазмы в режиме «ФУЛЬГУР» на мощности 70 Вт с использованием электрода EM505 при потоке аргона 7 л/мин в течение 2–4 сек до образования струпа толщиной до 1 мм. Режим «ФУЛЬГУР» **применяют при значительной кровоточивости** из мелких сосудов. Более крупные сосуды коагулируют биполярным пинцетом EM252ССЕ в режиме «БИ-КОАГ» на мощности 20–30 Вт.

Висцеральную и париетальную брюшину не ушивают. Апоневроз восстанавливают непрерывным обвивным швом синтетической нитью №1–2 или №4–5 сек длительным сроком рассасывания. Шов на апоневрозе и края разреза подкожно-жировой клетчатки обрабатывают факелом аргоновой плазмы в режиме «СПРЕЙ» на мощности 70 Вт. Ушивают кожную рану.

Пути преодоления разрывов «оперированной» матки

При тщательном отборе пациенток с рубцом на матке в группу «на самопроизвольные роды» и бережном ведении родов у 40% беременных вариант родоразрешения *per vias naturales* не только возможен, но **иногда предпочтительнее, чем повторная операция**. Беременной с рубцом на матке для выбора метода родоразрешения необходима комплексная диагностика, что подразумевает сбор анамнеза, общее клиническое обследование и ультразвуковую оценку рубца на матке.

При оценке **следует учитывать факторы риска**, специфичные для женщин после кесарева сечения. Приверженность этой стратегии позволяет добиться у женщин с рубцом на матке перинатальных показателей, сопоставимых с популяционными.

Факторы, **неблагоприятные** для родоразрешения через естественные родовые пути:

- расположение плаценты по передней стенке, в области рубца, «врастание» её в рубец;
- аномалии строения матки;
- рубец после корпорального кесарева сечения;

- рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения;
- рубец на матке после ушивания разрыва матки;
- рубец на матке после множественной миомэктомии или коагуляции ложа;
- многоводие, выраженное многоводие, макросомия;
- «попутные» удаления мелких миом и коагуляция очагов эндометриоза, например при лапароскопическом адгезиолизисе;
- однорядный шов на матке;
- неизвестное расположение рубца на матке;
- наследственные заболевания соединительной ткани;
- ультразвуковые признаки неполноценности рубца на матке;
- абсолютные или относительные показания к абдоминальному родоразрешению в настоящую беременность;
- высокая степень перинатального риска.

Факторы, **благоприятные** для родоразрешения через естественные родовые пути:

- успешные роды через естественные родовые пути в анамнезе;
- расположение плаценты по задней стенке;
- низкая или средняя степень перинатального риска.

При состоятельности рубца на матке, согласии женщины и отсутствии противопоказаний возможно ведение родов через естественные родовые пути. В этом случае необходимы тщательное клиническое и инструментальное наблюдение за характером родовой деятельности, состоянием рубца, мониторинг сердечной деятельности плода (рис. 7-34). Используя этот

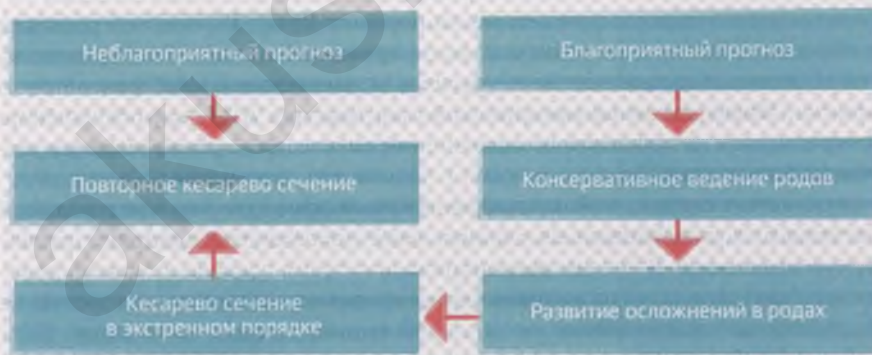


Рис. 7-34. Алгоритм выбора метода родоразрешения для женщины с оперированной маткой.

алгоритм, нам удалось в 2009 году провести родоразрешение через естественные родовые пути у 60 женщин после кесарева сечения и ещё у четырёх — после удаления миоматозных узлов. В 2010 году роды *per vias naturales* после кесарева сечения мы провели у 98 женщин, а за 6 мес 2011 года у 68 после кесарева сечения и ещё у двух — после миомэктомии. В среднем за 2,5 года это составило 32% всех женщин с оперированной маткой — практически каждая третья. И всё же **нельзя не учитывать человеческий фактор: такие результаты достижимы при наличии энтузиаста** — в описываемом случае таковым была зам. главного врача ГКБ №29 г. Москвы Л.Н. Есипова.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Либерализация показаний к кесареву сечению увеличивает частоту абдоминальных родоразрешений. Пропорционально растёт частота хирургических и анестезиологических осложнений этого вмешательства. **Вопросы адекватного обезболивания родов и кесарева сечения беспримерно актуальны для снижения перинатальной смертности и заболеваемости, устранения неблагоприятных последствий гипоксии плода и новорождённого, но главное — для снижения материнских потерь.**

До 2013 года в мире ежегодно 35 000 женщин погибали в родах от врачебных ошибок, в их числе 15 000 смертей были связаны с осложнениями эндотрахеального наркоза при кесаревом сечении. Более 3% смертей рожениц от наркоза связаны с интубацией, аспирацией желудочного содержимого, аспирационным пульмонитом и другими осложнениями эндотрахеального наркоза. Общее снижение материнской смертности к 2013 году обусловлено и сокращением летальности от осложнений анестезии — **стало меньше интубационных наркозов.**

В развитых странах 97% кесаревых сечений проводят под эпидуральной анестезией; в развивающихся странах тоже повсеместно внедряют регионарную анестезию. В России регионарная анестезия сделала крупные, революционные шаги, однако, к сожалению, сегодня она выполняется далеко не в подавляющем числе ЛПУ.

Как всякий новый метод, данное пособие получает самые разнообразные отзывы, от восторженных до отрицательных. Очевидно, именно слабая осведомлённость о недостатках и преимуществах регионарной анестезии не

позволяет этой методике возглавить перечень анестезиологических пособий в акушерстве. Да, в России до сих пор от акушерского наркоза ежегодно гибнут женщины, но только в тех территориях, где не внедрены методы регионарной анестезии. Консерваторы идут по тривиальному пути: «Что они там напридумывали?», «Я этого в жизни делать не буду», «Это просто чушь» и т.д. и т.п., особенно если методом необходимо специально овладевать. Спустя долгое время последующие поколения специалистов недоумевают: «Как же раньше обходились без этого?» А тем временем **за 2009 год в России от анестезиологических осложнений погибли 10 женщин, из них семь — во время родов!**

Увы, на этот «традиционный» путь уходят десятилетия, а женщины погибают от агрессивно-непрофессионального алгоритма, без единых для страны стандартов помощи. Решающим аргументом в вопросе внедрения новых технологий оказывается неумение!

Регионарная анестезия с самого начала нелегко приживалась в России. Привезённый из Германии, этот способ обезболивания был по достоинству оценён отечественными врачами (публикации Я.Б. Зельдовича в 1899 году, монография С.С. Юдина «Спинномозговая анестезия»). Однако дальнейшего внедрения в практику эпидуральная анестезия не получила. Официальное отношение к методам регионарного обезболивания было не только безразличным, но и пренебрежительным. Не заручившись симпатиями высшего эшелона врачебной власти, этот способ анестезии оказался под негласным запретом: в руководствах того времени ему отводили жалкие строчки, применяли регионарное обезболивание крайне редко, а в случаях осложнений следовали жёсткие репрессии.

Такая ситуация сложилась не случайно: в эпоху Советского Союза лавры доставались лишь инфильтрационной анестезии, а затем общему наркозу. Интересно, что эпидуральная анестезия в родах к концу 1960-х годов была хорошо отработана в Институте акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта АМН СССР (проф. Е.А. Ланцев), но распространения не получила, несмотря на отличные результаты.

Времена изменились, и в начале 1990-х на смену глухому равнодушию и отрицанию пришло признание регионарной анестезии: сказалось влияние Запада, где эпидуральное обезболивание родов стартовало тремя десятилетиями ранее.

Несмотря на восторженные отклики зарубежных коллег, **вытеснить общий наркоз из оперативного акушерства регионарная анестезия не смогла**. И вот за последние 5 лет произошёл упомянутый «большой скачок» — 70–90% кесаревых сечений выполняют под эпидуральной или спинальной анестезией (Куликов А.В., 2014). А в 2014 году была создана Ассоциация аку-

шерских анестезиологов, одной из задач которой стало цивилизованное обезболивание родов и кесаревых сечений (президент — проф. Е.М. Шифман, вице-президенты — проф. А.В. Куликов, член-корр. РАН В.Е. Радзинский).



Если бы боль можно было измерить, то человеческий организм может выдержать до 45 единиц. Сила родовой схватки достигает 57 единиц — это равно боли двадцати одновременно сломанных костей.

«Физиологическая денервация» матки (исчезновение болевых интерорецепторов) — механизм защиты от болевого шока во время родов. Но она завершается не ранее 37-й недели. А до этого срока каждая схватка — это стресс для матери и шокогенная ситуация для плода.

Боль при схватке соответствует таковой при одновременном переломе 20 (!) трубчатых костей. Вот почему отказ от обезболивания преждевременных родов — акушерская немотивированная агрессия по отношению и к матери, и к ребёнку.

Эндотрахеальный наркоз и материнская смертность

В 2003 году в одном весьма далёком от Москвы российском городе я задал вопрос заведующему анестезиолого-реанимационным отделением, почему в крупном роддоме нет регионарной анестезии. Тот заговорил о возможных опасностях, недостаточности теоретической базы. Однако, когда я прямо спросил: «Умеешь?» — он честно ответил: «Нет».

Ответ на вопрос о том, почему следует менять проверенный «старый добрый метод» на неопробованный новый, необходимо искать в структуре причин материнской смертности. **В России так называемая наркозная смерть составляет 3,7% всех материнских потерь, тогда как в США этот показатель значительно ниже — 1,6% (Куликов А.В., 2014).** Во всех случаях гибели женщин анестезиологическое пособие было неадекватным, не соответствовало стандартам, как и помощь в послеоперационном периоде.

Когда среди причин материнской смертности в США начал фигурировать общий наркоз, административные меры не заставили себя ждать: **врачей обязали все оперативные родоразрешения проводить с использованием эпидуральной анестезии.** В результате удалось снизить материнскую смертность от анестезиологических осложнений в 4–5 раз.

Чем же так опасен эндотрахеальный наркоз для обезболивания кесарева сечения? Дело в том, что **у беременных бывает трудно выполнить интуба-**

цию трахеи. Сложности обычно вызваны гестационным отёком слизистых оболочек верхних дыхательных путей и акромегалоидной анатомией этой области. Проблемная интубация часто приводит к регургитации и аспирации желудочного содержимого (синдром Мендельсона). Это, в свою очередь, провоцирует асфиксию, кислотно-аспирационный пневмонит, аспирационную пневмонию. Также серьёзными осложнениями могут стать **запоздалое начало ИВЛ**, ранение подключичных сосудов с гидротораксом или пневмотораксом, травматическое повреждение ротовой полости, гортани, глотки, трахеи, пищевода, необоснованно ранняя экстубация на фоне гипоксии и затруднённости дыхания, токсическое влияние избытка лекарственных препаратов, несбалансированная инфузионная терапия.

В случае смертельного исхода для матери трагическое событие заслоняет те второстепенные моменты, которые «всего лишь» ухудшают состояние пациенток. **До сих пор умалчивают о возможности сохранения сознания и неполной блокады болевой чувствительности при эндотрахеальном наркозе.** А подобных случаев не так уж и мало. Другой отрицательный момент — наркотическая депрессия новорождённых и тяжёлое состояние матери сразу после экстубации, часто омрачающее радость первой встречи матери с ребёнком. А ведь этот ранний контакт очень важен, как и первое прикладывание новорождённого к груди матери.

Безусловно, **информирование пациенток о преимуществах того или иного метода обезболивания непривычно для нашего общества**, но вряд ли после тщательного и подробного объяснения у родов под общим наркозом останутся сторонники. Едва ли на фоне альтернативы покажется приемлемым тяжёлый послеоперационный период, когда невозможны и полноценный уход за ребёнком, и даже самообслуживание. Вот она, почва для профилактики дальнейших ятрогений, к тому же препятствующих полноценному внедрению современных перинатальных технологий. И самое главное — если можно обойтись эпидуральной анестезией (рис. 7-35), то зачем такие жертвы? Осложнения, затраты, последствия? Неоправданно.

Рациональное применение эпидуральной анестезии

Всплеск интереса к эпидуральной анестезии совпал с выходом многочисленных пособий и монографий, посвящённых преимуществам этого вида обезболивания. В научной среде широко обсуждали эффективность комбинированного метода, спинально-эпидуральной анестезии (Бабаев В.А., 2006). Одной из точек приложения регионарных методов стали аномалии родовой деятельности и патологический прелиминарный период. **Эпидуральная**



Рис. 7-35. Так со стороны выглядит выполнение эпидуральной анестезии — самого прогрессивного метода обезболивания в родах. Увы, информирование пациенток о преимуществах того или иного метода аналгезии до сих пор непривычно для нашего общества.

анестезия не только адекватно обезболивает схватки, но и оказывает спазмолитическое действие на шейку матки, координирует родовую деятельность.

И тем не менее наряду с широким признанием регионарного обезболивания родов остро стоит вопрос рационального использования метода.

Повседневная акушерская практика полна противоречий. Даже в экономически развитых странах, где доступны любые методы обезболивания, одни роженицы категорически отказываются от их использования, а другие требуют полностью исключить родовую боль. Современные женщины информированы о возможности полного исключения родовой боли регионарными методами. Более того, **при выборе акушерского стационара возможность эпидуральной анестезии нередко выступает основным критерием.**

У рожениц, обезболенных наркотическими аналгетиками, дети рождаются со значительно худшей нейрорефлекторной активностью, чем новорождённые от матерей, рожавших под эпидуральной аналгезией.

Следует признать, что эпидуральная анестезия способна составить полноценную конкуренцию давно применяемым средствам обезболивания родов и регуляции родовой деятельности, анестетикам и аналгетикам (тримепридин, фентанил, закись азота в сочетании с трамадолом, диазепам).

Фентанил, широко применяемый в других странах (10–20 мкг интра-текально и 50–75 мкг эпидурально), для использования при регионарных методах обезболивания в России пока не разрешён.

Преимущества эпидуральной анестезии: управляемость родового акта и гемодинамики роженицы, возможность максимальной сенсорной и симпатической регионарной блокады, регуляция сократительной деятельности матки, отсутствие токсического действия на плод. Все эти особенности делают эпидуральную анестезию особенно удобной для ведения родов высокого риска, в том числе при дискоординации родовой деятельности. Также к преимуществам эпидуральной анестезии можно отнести **стабильность функционирования сердечно-сосудистой системы**, поскольку эпидуральная блокада развивается постепенно. При общей анестезии гемодинамика резко перестраивается по гипертензивному типу, а вот на симпатолитический эффект спинальной анестезии она отвечает гипотензивной реакцией. В отличие от эндотрахеального наркоза, раздражения верхних дыхательных путей при эпидуральной анестезии не происходит и **нет соответствующих рефлекторных реакций**. Несмотря на сенсорную блокаду, двигательная активность сохраняется. По сравнению со спинальной анестезией вероятность возникновения постпункционной головной боли существенно ниже. Есть **возможность пролонгировать эпидуральную анестезию** для выполнения кесарева сечения и обезболивания послеоперационного периода.

Невозможно недооценить положительное влияние эпидуральной анестезии на психоэмоциональное состояние роженицы. Несмотря на редкие, но всё же возможные осложнения, связанные с использованием этого метода обезболивания, лишь он один при правильном выполнении гарантирует полную безболезненность родов. Наиболее привлекательный для матери аспект эпидуральной анестезии — **возможность сохранения сознания, активное участие в процессе родов и контакт с рождённым ребёнком**. Решение об обезболивании родов должно быть принято во время консультирования пациентки врачом, однако окончательный вывод делает сама роженица.

Перинатальные аспекты эпидурального обезболивания до сих пор не уточнены. Сложно учесть совокупное влияние на плод нескольких факторов: сократительной деятельности матки (иногда аномальной), прямого и опосредованного действия местных анестетиков и снижения АД матери. По мнению китайских учёных, **насыщение крови плода кислородом не зависит от применённой эпидуральной анестезии** ни в I, ни во II периоде родов. По нашим данным, эпидуральная анестезия положительно влияет на маточно-плацентарный кровоток за счёт некоторого расширения периферических сосудов и улучшает состояние 94% плодов с хронической гипоксией, не нарушая адаптацию новорождённых в ранний неонатальный период.

Однако этот процесс не должен быть чрезмерным или быстрым: расширение периферических сосудов более чем на 20–30% от исходного уровня вызывает резкое снижение АД, может нарушить маточно-плацентарную перфузию и, соответственно, ухудшить состояние плода. Провоцирующим фактором здесь выступает вовремя не проведённая инфузионная нагрузка (минимум 500 мл до начала анестезии), а также положение роженицы на спине, когда сдавливается нижняя полая вена. В этом случае изменение позиции практически всегда помогает нормализовать ЧСС плода. Для предотвращения резкого снижения АД **безопаснее применять непрерывное (а не болюсное) введение анестетика**. Болюсное введение анестетика примерно в 5 раз чаще, чем непрерывное, провоцирует слабость родовой деятельности, брадикардию плода и затягивает II период родов.

Опубликованы сообщения о случаях брадикардии плода, возникающей при гипертонусе матки через несколько минут после введения анестетика (5–17%). Эти данные подтверждают важность непрерывного электронного мониторинга сердечной деятельности плода, что позволяет своевременно определять изменения состояния ребёнка.

Не менее, чем состояние плода, акушеров волнует продолжительность родов на фоне эпидурального обезболивания. Применение регионарной анальгезии в середине латентной фазы достоверно повышает продолжительность не только I, но и II периода родов. Кроме того, на фоне эпидуральной анестезии в латентной фазе родов есть опасность образования заднего вида затылочного предлежания и развития слабости родовой деятельности, что, по всей видимости, бывает следствием блокады β_2 -адренорецепторов и слабости рефлекса Фергюссона. Именно поэтому при ранней эпидуральной анестезии часто приходится использовать утеротоники; они снижают потребность в оперативном завершении родов. А вот эпидуральная анестезия в активную фазу родов снижает продолжительность I периода у 70% пациенток. Однако в любом случае делать вывод о слабости родовой деятельности следует, используя данные партограммы, а не «на глазок».

Применение регионарной анестезии имеет свои границы. При необходимости быстрого оперативного вмешательства часто прибегают к общей анестезии с интубацией трахеи и ИВЛ, которая значительно выигрывает по временному фактору у эпидуральной анестезии и немного — по сравнению со спинальной. Кстати, в последние годы всё чаще в экстренных вмешательствах используют спинальную анестезию, и многие практикующие врачи стали отдавать ей предпочтение — **ребёнок, страдающий в утробе матери, не получает «анестезиологический удар» и лучше выходит из тяжёлого состояния, чем после общего наркоза**. А временные затраты не превышают времени развёртывания операционной.

Осложнения регионарной анестезии

Эпидуральная анестезия в родах и при кесаревом сечении — тоже не полностью безопасная процедура. Если не обеспечить тщательное наблюдение и комплексную профилактику осложнений при эпидуральной анестезии, то **вместо продолжительного и высокоэффективного обезболивания родов можно столкнуться с серьёзными осложнениями.**

Одной из причин материнской смертности при регионарной анестезии, по статистике США, оказалось использование потенциально токсичного раствора бупивакаина 0,75%. Препарат прекратили использовать сразу после обнаружения его кардиотоксичности.

Сравнивать показатели летальных исходов среди матерей в результате осложнений анестезии в США и в России нет никакой возможности, поскольку в нашей стране эта методика только «набирает обороты». Причинами смерти при использовании регионарных методов анестезии могут стать аллергические реакции, внутривенная перегрузка, «высокий блок» — нарушения дыхания, коллапс сердечно-сосудистой системы и остановка сердца (см. главу 2, раздел «Материнская смертность»).

Осложнения по типу «высокого блока» развиваются, если после введения анестетика пациентке придадут неправильное положение тела — без учёта баричности раствора. **Гипобарические** анестетики (лидокаин 0,5%; бупивакаин 0,25%), плотность которых ниже плотности спинномозговой жидкости, перемещаются вверх, поэтому для предотвращения «высокого блока» положение тела должно быть с опущенным головным концом. В настоящее время эти препараты практически не используют. **Изобарические** анестетики (изобарический раствор бупивакаина 0,5%, лидокаин 2%) в стандартных условиях не перемещаются по вертикали, поэтому положение тела может быть горизонтальным или с чуть приподнятым головным концом. Но самое минимальное повышение плотности ликвора, например при сахарном диабете, способно превратить анестетик в гипобарический, и он начнёт перемещаться вверх, при поднятом головном конце вызывая «высокий блок» и нарушения дыхания, а все попытки поднять головной конец только ухудшат ситуацию.

Самые распространённые **гипербарические** растворы (гипербарический раствор бупивакаина 0,5%, лидокаин 5%) перемещаются вниз и при поднятом головном конце безопасны.

Помимо указанных осложнений могут быть следующие трудности:

- мозаичная анестезия;
- недостаточная анестезия;
- отсутствие анестезии;
- тошнота и рвота.

Как правило, осложнения бывают при неправильном введении препарата: при ошибочной идентификации места введения или смещении иглы. Тошнота и рвота обусловлены прямым действием анестетика на рвотный центр или вследствие нарушения перфузии головного мозга за счёт гипотензии.

Отдалённые осложнения регионарной анестезии — травматические, инфекционные, токсические и постпункционный синдром. **Травматические** повреждения: резкая боль во время пункции возникает при повреждении спинного мозга или корешков иглой. **Крайне редкие** осложнения: эпидуральная гематома на фоне выраженной гипокоагуляции и субдуральная внутримозговая гематома, возникающая из-за выраженной утечки ликвора (в сочетании с падением внутримозгового давления, перенаполнением вен твёрдой мозговой оболочки и последующим нарушением целостности их стенок). К таким же редким осложнениям относят менингит. **Несколько чаще** после регионарной анестезии роженицы жалуются на нарушения мочеиспускания, онемение конечностей, парестезию и слабость, что бывает следствием токсического действия анестетика. И самая **частая проблема — постпункционный синдром**: головная боль, головокружения и тошнота, что намного реже отмечают при использовании тонких игл с заточкой в форме карандаша. И, конечно, самый главный фактор, противостоящий множеству потенциальных осложнений, — опыт анестезиолога, делающего пункцию с первой попытки, без повторных проколов.

Что касается организационных моментов, то в многопрофильной больнице или родильном доме высококвалифицированная анестезиологическая помощь должна быть доступна круглосуточно, с оснащением всем необходимым оборудованием — ИВЛ, дефибрилятором и т.д. — на случай любых внештатных ситуаций при осложнениях анестезии. Редкость этих осложнений провоцирует расслабленность персонала и дезорганизацию работы в случае серьёзных проблем — остановки дыхания или сердца, — поэтому обязательны периодические тренинги.

Пути преодоления анестезиологических осложнений в родах

Основные открытия и достижения акушерской анестезиологии впереди, мы ждём их с нетерпением, однако на сегодня цивилизованный путь в этой области — регионарная анестезия. Этот вопрос решён в масштабах мирового медицинского сообщества, и **точка зрения отдельного, особенно не владеющего методом врача (будь он даже главным анестезиологом региона) не должна влиять на мнение руководителей здравоохранения в целом.**

Регионарные методы обезболивания решают проблему предотвращения летальных исходов от осложнений эндотрахеального наркоза при плановых акушерских чревосечениях. Регионарная анестезия должна стать методом выбора, однако в некоторых ситуациях, когда необходимо управлять дыханием и гемодинамикой, оправдан эндотрахеальный наркоз.

При выборе метода анестезии следует принимать во внимание:

- факторы риска (возраст матери, отягощённый акушерский и анестезиологический анамнез, осложнения беременности или родов, экстрагенитальные заболевания);
- состояние плода;
- характер предстоящей операции — плановая, запланированная или экстренная (неотложная или срочная);
- профессионализм и опыт анестезиолога, наличие оборудования для анестезии и контроля состояния матери и плода;
- желание пациентки.

Последний пункт важен, и им не следует пренебрегать ни акушерам-гинекологам (даже если не хочется оперировать, находясь в контакте с женщиной), ни анестезиологам (особенно тем, кто не умеет проводить регионарную анестезию).

Желание женщины получить обезболивание в родах, разумеется, следует учитывать. Кроме того, к эпидуральной анестезии могут быть **акушерские показания**:

- аномалии родовой деятельности (дискоординированная или чрезмерно бурная родовая деятельность);
- преэклампсия (гестоз) средней и тяжёлой степени;
- преждевременные роды;
- юный возраст и первые роды;
- тяжёлые экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь);
- рубцовые изменения шейки матки;
- индивидуальная непереносимость боли (низкий порог болевой чувствительности).

Абсолютные противопоказания для регионарной анестезии:

- категорический отказ пациентки;
- травмы позвоночника;
- аллергическая реакция на анестетик;
- гнойничковые высыпания и воспалительные процессы на коже в области предполагаемой пункции и в прилегающих областях;
- сепсис;
- гипокоагуляция, тромбоцитопения, в том числе медикаментозная;

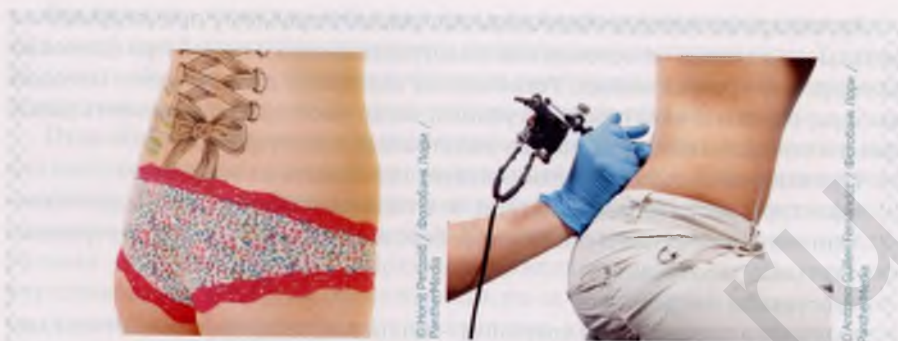


Рис. 7-36. «Опасная красота»: с 2012 года для израильтянок татуировки в области поясницы — абсолютное противопоказание к эпидуральной анальгезии в родах.

- эклампсия, если приступ не купируется стандартной противосудорожной терапией или наступила эклампсическая кома.

Также противопоказанием следует считать выраженное ожирение, когда у стандартной иглы, закупаемой большинством учреждений, не хватает длины.

В последние годы в руководствах по анестезиологии появилось **новое противопоказание — татуировка в месте пункции**. Хотя нет доказательных данных о том, что попадание краски в эпидуральное пространство может привести к осложнениям, согласно опросам, около половины анестезиологов (39%) считают это противопоказанием. И дело даже не в самой краске, используемой для татуировки, а в анаэробах под линиями татуажа (рис. 7-36). В настоящее время идут накопление и обработка данных, и, возможно, появятся доказательные исследования о том, насколько это безопасно. Но пока таких данных нет, и некоторые страны, например Израиль, обязали тату-салоны брать информированное согласие при нанесении татуировки на поясничную область, в котором говорится о возможном отказе в регионарном обезболивании.

Регионарные методы анальгезии эффективны и безопасны для матери и плода, однако **применять их следует лишь при соблюдении обязательных условий**: постоянное наличие анестезиологической бригады в родовспомогательном учреждении, возможность мониторингового наблюдения за состоянием роженицы и плода (монитор пульса, АД, ЧСС плода), оснащённость оборудованием и аппаратурой для оказания неотложной помощи в случае осложнений. Обязательное условие — профилактика синдрома аортокавальной компрессии и артериальной гипотензии у матери.

Одна из новых модификаций регионарной анальгезии — **контролируемая роженицей эпидуральная анальгезия**, где женщине отведена активная роль. Нажимая на пусковой механизм, присоединённый к эпидуральному катетеру, она при необходимости может сама ввести себе разовую дозу местного анестетика. Однако скорость базовой инфузии, объём болюсов и минимальные блокирующие интервалы между введением определяет анестезиолог.

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Хотя материнская смертность во всём мире снижается, **акушерские кровотечения не покидают «большую пятёрку» управляемых причин материнской смертности**, где они продолжают соседствовать с сепсисом, эклампсией, клинически узким тазом и криминальным абортom. Отрадно, что доля кровотечений как причины гибели женщин снизилась в нашей стране за прошедшее десятилетие и колеблется в пределах 16–17% (рис. 7-37). Это меньше, чем в развивающихся странах (25%), но значительно чаще, чем, например, в Скандинавии (1,7%). В мире ситуация меняется хуже: в 2013 году из 289 000 женщин, умерших от осложнений беременности и родов, около 110 000 погибли от кровотечений (25%). В Российской Федерации на 1 910 494 рождённых ребёнка в 2014 году умерли 210 женщин, из них 34 — от кровотечений. Получается, что от причин, связанных с беременностью и родами, в России каждые 42 ч умирает одна женщина, причём каждая шестая — от кровотечения.

Интересны различия в структуре причин послеродовых кровотечений. В цивилизованных странах, в том числе в России, лидируют гипотонические



Рис. 7-37. Динамика частоты кровотечений в структуре материнской смертности в России, %.

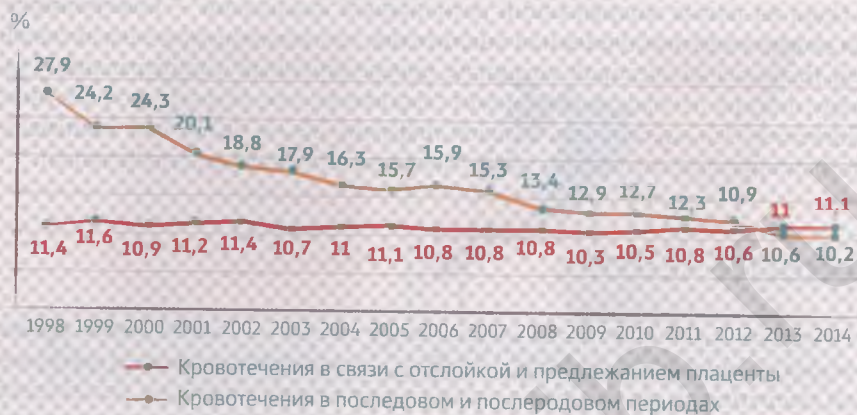


Рис. 7-38. Динамика частоты кровотечений в России (на 1000 родов).

кровотечения (50%), а в развивающихся странах преобладают травматические. Реже встречаются коагулопатические кровотечения.

Показатели, касающиеся кровотечений при предлежании и/или отслойке нормально расположенной плаценты, в последние годы достаточно стабильны (8,9–9%), а незначительное снижение смертности за десятилетие произошло от послеродовых кровотечений — с 8,1 до 7,1%. Интересно, что эти показатели достигнуты при увеличении частоты предлежания плаценты (с 1,84 на 1000 родов в 2005 году до 2,23 в 2014 году) и снижении за этот период частоты послеродовых кровотечений с 15,7 до 10,2 на 1000 родов (рис. 7-38).

Причиной гибели родильниц чаще всего бывают **осложнения массивной кровопотери** (геморрагический шок, полиорганная недостаточность и др.). Основная цель борьбы с кровотечением — его остановка, причём как можно более ранняя, но поскольку доля массивных кровотечений невелика, то бдительность и скорость у медицинского персонала в таких ситуациях притупляются, сбивая алгоритм и слаженность действий. Особенно это касается учреждений с малым количеством родов. Прежде чем ситуация станет критической, необходимо предупредить неуправляемое развитие событий, своевременно и поэтапно корригируя имеющиеся нарушения.

Успешному исходу борьбы с акушерскими кровотечениями, по мнению большинства авторов, мешает отсутствие алгоритма взаимодействия в критической ситуации акушеров, анестезиологов-реаниматологов и хирургов. Затруднения и несогласованность начинаются с пропускаемого этапа профилактики кровотечения и **заканчиваются катастрофическим запазды-**

ванием хирургического лечения или же выбором анахроничных вариантов ведения: отказ от органосохраняющих операций, неверная тактика восполнения кровопотери.

Основными причинами материнской летальности при кровотечениях становятся:

- недооценка кровопотери;
- запоздалый или неадекватный гемостаз;
- неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии;
- нарушение этапности акушерской помощи.

Сомнительно, чтобы в ближайшем будущем удалось снизить частоту гипотонических кровотечений. Это **осложнение чаще всего возникает вследствие морфофункциональных изменений миометрия после хирургического прерывания первой беременности**. Соответствующий анамнез (искусственный аборт, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш) суммарно отягощает 34–48% желанных беременностей (по регионам можно встретить и более высокие цифры).

Риск кровотечений

Риск кровотечений существенно возрастает в следующих клинических ситуациях (с указанием отношения шансов, т.е. во сколько раз риск кровотечения выше при наличии фактора, чем без него):

- предлежание плаценты — ОШ=13,1;
- удлинение III периода родов — ОШ=7,6;
- задержка плаценты и её частей в полости матки — ОШ=5,2;
- преэклампсия (гестоз) — ОШ=5;
- срединно-латеральная эпизиотомия — ОШ=4,7;
- срединная эпизиотомия — ОШ=1,6;
- послеродовое кровотечение в анамнезе — ОШ=3,5;
- многоплодие — ОШ=3,3;
- слабость родовой деятельности — ОШ=2;
- травма мягких родовых путей — ОШ=2;
- крупный плод — ОШ=1,9;
- затяжные роды — ОШ=1,7;
- оперативное вагинальное родоразрешение — ОШ=1,7;
- первые роды — ОШ=1,5.

Часто гипотонические кровотечения становятся причиной удаления матки. Количество подобных вмешательств в России продолжает снижаться, уступая место органосохраняющим методам лечения (компрессионные швы, перевяз-

ка сосудистых пучков маточной артерии и подчревных артерий), однако ещё в 2014 году было проведено 2689 экстирпаций (реже надвлагалищных ампутаций) матки. Недопустимо много! Радикальные вмешательства дискредитируют в целом функцию тазового дна, нарушают кровоснабжение, иннервацию, лимфодренаж внутренних половых органов и провоцируют развитие полигландулярных, полисистемных синдромов.

Вероятность кровотечений **при кесаревом сечении** вчетверо выше, чем при самопроизвольных родах. Кровотечение при абдоминальном родоразрешении подразумевает необходимость хирургических методов гемостаза. Однако необходимо также совершенствовать консервативные способы борьбы с кровотечениями.

В целом же на сегодняшний день поиск эффективного, технически доступного, экономически целесообразного метода восстановления контрактильности матки **становится одной из острейших проблем родовспоможения.**

Кровотечение как следствие акушерской агрессии

Кровотечения часто бывают связаны с нарушением тонуса, вызванным акушерской агрессией в родах: необоснованная амниотомия при незрелой шейке матки, форсирование родового акта (немотивированная индукция и стимуляция родовой деятельности), запрещённые пособия. **Удельный вес ятрогенных факторов, предрасполагающих к гипотонии и атонии матки, достаточно высок**, хотя именно эти причины, серьёзно влияющие на материнскую летальность, теоретически устранимы.

Волюющей ятрогией остаются кровотечения после насильственных разрывов шейки матки — это сочетание безграмотности с безжалостностью, причём при продолжении разрыва глубже, с уходом в параметры, ситуация может стать практически неуправляемой. Кроме того, **кровотечения могут быть следствием неадекватного лечения преэклампсии или аномалий родовой деятельности.**

Недооценка кровопотери

Субъективность оценки кровопотери **может сыграть решающую роль в клиническом исходе.** Неправильный подсчёт кровопотери затрудняет своевременную диагностику критических состояний, вызывающих летальный исход.

В связи с усталостью родильницы реактивность её организма снижается. В этой ситуации даже незначительное превышение физиологической нормы

Рис. 7-39. Ответьте, не задумываясь. Вот такой полный лоток — это сколько миллилитров? Ответ в тексте.



кровапотери может спровоцировать тяжёлое состояние (геморрагический шок) у пациенток со сниженным ОЦК (анемия, гестоз, заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение).

Неадекватная и непостоянная оценка кровопотери делает невозможной полноценную инфузионно-трансфузионную терапию. Последующая **неверная тактика легко может стать поводом для судебного иска по поводу гибели женщины** — таких случаев всё больше. Легкомысленно относиться к этому вопросу — значит подвергать неоправданному риску и пациентку, и себя (рис. 7-39).

Следует критично отнестись к практикуемым методам оценки кровопотери, поскольку и визуальный, и гравиметрический методы несовершенны. К сожалению, простой вопрос «Какова ёмкость никелированного почкообразного лотка?» часто застаёт врасплох даже опытных специалистов. Ответы начинаются с 200 мл (!). А ведь этот предмет ежедневно присутствует в поле зрения каждого практикующего акушера, и вместительность его — 750 мл.

Неожиданностью для многих врачей оказывается необходимость прибавления к оценённому визуально объёму кровопотери 20%. Это так называемая **психологическая поправка*** на недоучёт или ошибку, и она вполне осмысленна: отталкиваясь от большей кровопотери, врач гораздо бдительнее контролирует ситуацию и имеет шансы быстрее справиться с кровотечением.

* Психологи США провели анализ по итогам гравиметрического определения кровопотери. Оказывается, опытные врачи с большим стажем работы недооценивают кровопотерю именно на 20%. Поэтому было предложено к любой оценённой величине добавлять эти «недостающие проценты». Мы пользуемся этим методом более 15 лет, и он ни разу не подвёл! Один замечательный анестезиолог, заведующий отделением анестезиологии и реанимации, прокомментировал: «Я бы посоветовал нашим акушерам добавлять 50%!»

Таким образом, даже банальная оценка кровопотери, выполненная бездумно, представляет собой угрозу и для пациентки, и для акушера-гинеколога. Влияние объёма кровопотери на исход кровотечения не вызывает сомнений.

Важнейшая обязанность врача — оценка кровопотери с помощью градуированных ёмкостей. Если кровопотеря произошла вне стационара, определить объём излившейся крови сложнее. Здесь принцип «возьми и измерь» не работает, приходится сопоставлять не всегда однозначные данные очевидцев с шоковым индексом*, определяемым врачом скорой помощи. Однако этот метод не годится для пациенток с исходно повышенным АД.

В идеале определять объём кровопотери следует, исходя из массы тела конкретной женщины; от этого зависит базовая программа инфузионно-трансфузионной терапии. Масса тела женщины известна всегда, её определяют в приёмном покое.

Почему это так важно? **В зависимости от массы тела и кровопотери в процентах мы ориентируемся в акушерской ситуации.** Предвидя возможное усугубление кровопотери, мы окажемся в состоянии отреагировать мгновенно, не только адекватно восполнив недостающий объём, но и при необходимости прибегнув к экстренной лапаротомии. Потребность в максимальной мобилизации ресурсов возникает при кровопотере уже в 1,5% массы тела. Если кровопотеря превышает 2%, это уже опасно.

Агрессивное восполнение кровопотери

Что касается стратегии инфузионно-трансфузионной терапии, то прогноз состояния роженицы зависит от гиповолемии, а не от гипоксии (или анемии). Нельзя допускать катастрофического снижения ОЦК вследствие массивного кровотечения. **Значимость своевременного гемостаза сложно переоценить:** теоретически при повреждении одной маточной артерии женщина может потерять всю циркулирующую кровь менее чем за 10 мин.

Как сориентироваться в объёме восполнения кровопотери? При кровотечении с утратой 2% массы тела (это «всего лишь» 1200 мл при массе тела 60 кг) пациентка нуждается в восполнении 250% — порядка 4,5 л. К сожалению, **зачастую количество вливаемых жидкостей превышает допустимые пределы, и развивается так называемая гипергидратация.** Печальные последствия такого неадекватного лечения бывают наиболее выражены при преэклампсии (гестозе). Ещё опаснее синдром массивных трансфузий,

* Шоковый индекс (индекс Альговера) — отношение частоты сердечных сокращений к систолическому АД. Если дефицита ОЦК нет, то индекс равен 0,5. Повышение показателя до 1,0 соответствует дефициту ОЦК, равному 30%, а до 1,5 — 50%.

особенно стремление к восполнению кровопотери «всем, что есть в роддоме» (это касается и переливания цельной крови).

В акушерстве для восполнения кровопотерь важно не только количество, но и качество инфузионной терапии. С непродуманностью этого решения во многом связаны пугающие цифры материнской смертности, приведённые выше. Адекватного количественного и качественного восстановления ОЦК можно добиться, следуя определённым алгоритму. И первый вопрос, на который должен ответить врач: чем же восполнять кровопотерю у конкретной пациентки и каковы показания к введению того или иного компонента?

С появлением гидроксиэтилированного крахмала в восполнении акушерской кровопотери началась новая эра. Стабилизируя волевические параметры введением этого препарата, стало **возможным отказаться от бессмысленного и агрессивного воздействия инфузионных сред**, таких как «Желатиноль», «Гемодез-Н», «Реополиглюкин» и других; это значительно снизило частоту ДВС-синдрома.

Введение гидроксиэтилированного крахмала даёт время для правильной разморозки плазмы; при необходимости можно ввести «Перфторан», что даёт время на поиск эритроцитарной взвеси и индивидуального донора.

Что касается запаса времени на организационные мероприятия, то наличие «Перфторана» в морозильной камере бытового холодильника роддома (температура хранения -18°C) обеспечивает 4–8 ч «защищённого» времени. Этот перфторуглеродный раствор позволяет обойтись без препаратов крови даже при остановке самого тяжёлого кровотечения. Дозированная инфузия правильно подобранных сред в определённой последовательности (изотонический раствор натрия хлорида, гидроксиэтилкрахмал, «Перфторан», свежзамороженная плазма, эритроцитарная взвесь) **даёт значительно больше шансов на успешное восполнение кровопотери**. Зачастую бывает, что врач старается «выждать до последнего», начиная вводить замороженную плазму при серьёзных нарушениях гемоциркуляции, и только после этого принимается искать донорскую кровь, что не всегда легко. Разумное дозирование средств **из арсенала первой инфузионной линии** позволяет предупредить трансфузионные осложнения и синдром массивной кровопотери.

Следует сказать несколько слов о лабораторном мониторинге кровопотери. Какими возможностями для оценки эффективности инфузионно-трансфузионной терапии мы располагаем и насколько полно их используем? В отечественных литературных источниках перечислено множество методов, не всегда диагностически ценных и подчас малодоступных, тогда как некоторые хорошо отработанные лабораторные тесты выпадают из арсенала практикующего врача.

Инфузионную терапию следует проводить с **постоянной оценкой кровопотери**, гемодинамических и гемостазиологических показателей («прикратный тест»), анализ данных **тромбоэластограммы**, числа и агрегации тромбоцитов, активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового индекса, содержания антитромбина III, фибриногена, продуктов деградации фибрина/фибриногена, показателей фибринолиза).

Этап консервативного гемостаза

Мероприятия по остановке кровотечения, равно как и поэтапное восполнение кровопотери, должны быть хорошо спланированы. Практика показывает, что осознанного алгоритма в борьбе с кровотечениями нет. Важны одновременная оценка количественного (объём) и качественного (нарушение свёртывающей системы) звеньев кровопотери, адекватная инфузионно-трансфузионная терапия, хирургическое лечение (органосохраняющая тактика). Для успешности перечисленных шагов следует обеспечить постоянный контроль гомеостаза и функций жизненно важных органов.

Выбор основного вмешательства консервативного этапа зависит от причины кровотечения. Многокомпонентное лечение начинают с ручного обследования стенок матки и бимануальной компрессии. Эти забытые методики Снегирёва и Соколова следует выполнять максимально тщательно и бережно.

При ручном обследовании полости матки нужно убедиться в целостности матки и исключить задержку частей плаценты. Бимануальная компрессия выполняется при уверенности в целостности последа и стенок матки; она **гораздо эффективнее восстанавливает тонус матки, чем массаж матки на кулаке** (рис. 7-40). От последнего отказались во многих странах мира, поскольку он травмирует сосуды миометрия. Кроме того, бимануальная компрессия не требует анестезии и исключает возможность инфицирования.

Введение утеротоников для профилактики массивных акушерских кровотечений обязательно. Препаратом первой очереди до начала XXI века был **окситоцин**, а затем эстафету «принял» **карбетоцин** («Пабал»). Использование обоих препаратов оправдано тем, что в основе 87%, а по некоторым данным, 93%, акушерских кровотечений лежит гипотония матки, а значит, главное в недопущении кровотечения — восстановить (повысить) тонус маточной мускулатуры. Именно поэтому самым физиологичным методом и профилактики, и лечения гипотонических кровотечений во всём мире, как уже сказано, считают окситоцин.

Однако появление в 2012 году на российском рынке карбетоцина значительно улучшило ситуацию в положительную сторону. К моменту регистра-



Рис. 7-40. Бимануальная компрессия.

ции карбетоцина в Российской Федерации в мире был накоплен солидный опыт его применения: Кокрейновский систематический обзор 2012 года объединил результаты 11 рандомизированных исследований ($n=2635$), в которых оценивали **эффективность карбетоцина** по сравнению с другими утеротоническими средствами и в одном — с плацебо.

По результатам анализа обзора эксперты пришли к выводу, что **назначение карбетоцина при абдоминальном родоразрешении достоверно снижает частоту дополнительного применения утеротонических препаратов и сопровождается меньшими побочными эффектами в отличие от окситоцина.**

Отечественный опыт

С марта по сентябрь 2014 года в Российской Федерации проводили двойное проспективное рандомизированное многоцентровое сравнительное исследование на восьми разных клинических базах по всей стране по единому утверждённому протоколу, в которое вошли 343 пациентки **с высоким риском гипотонических кровотечений.**

При использовании карбетоцина объём кровопотери был достоверно ниже в среднем на 236 мл, чем при введении окситоцина, а дополнительные методы лечения кровотечений (перевязка сосудов, баллонная тампонада) после введения карбетоцина потребовались 30% родильниц, тогда как после окситоцина необходимость в дальнейшем гемостазе возникла у 43% пациенток.

Таким образом, **карбетоцин стал более удачным и с точки зрения «исчерпывающей профилактики» кровотечений.** В середине 2013 года Приказом Минздрава №583 этот препарат включён в «Стандарт специализированной медицинской помощи при родоразрешении посредством кесарева сечения» как аналог «эталонного» окситоцина. Простой расчёт, выполненный проф. И.Ф. Фаткуллиным, заведующим кафедрой акушерства и гинекологии №2 Казанского ГМУ, показал значимую экономическую эффективность зарегистрированной в России формы карбетоцина: одна доза стоит около 5 тыс. руб., при массивном кровотечении затраты только на экстренный этап гемостаза составляют от 500 до 800 тыс. руб. — без учёта последующей реабилитации, которая требует дополнительного пребывания в стационаре в течение 10–12 дней.

Соответственно, опираясь на эти данные, можно сказать, что введение карбетоцина пациенткам с множественными рубцами, многоплодной беременностью, гигантским плодом и предлежанием плаценты не только достоверно лучше окситоцина предотвращает гипотоническое кровотечение, но и выгоднее с экономической точки зрения.

Другие группы лекарств с утеротоническим действием обладают **более выраженными побочными эффектами.** Не следует многократно вводить возрастающие дозы окситоцина: вместо сокращения матки это вызовет лишь резкую гипотонию, особенно на фоне кризиса микроциркуляторного русла. Препараты эргометрина противопоказаны при артериальной гипертензии, болезнях сердца.

Логика применения простагландинов очевидна — мощный утеротонический эффект и возможность выбора форм с различными путями введения. Можно использовать динопрост (инъекции в шейку матки и в миометрий че-

рез переднюю брюшную стенку или во время лапаротомии, см. ниже). Удобны в назначении таблетированные простагландины, такие как мизопростол. О возможности использования этих препаратов в дозе 1000 мкг было доложено на всемирном конгрессе «Контраверсии в акушерстве и гинекологии» (Барселона, 2006), а последующими рандомизированными исследованиями доказана **эффективность ректального введения 800–1000 мг мизопростола** для лечения акушерских кровотечений. Однако простагландины нельзя вводить при артериальной гипертензии, глаукоме, бронхиальной астме.

Что касается таких акушерских пособий, как наложение шва по Лосицкой, введение эфира в задний свод влагалища и льда в прямую кишку, то их возможно выполнить лишь при полной остановке кровотечения. Эти перечисленные способы признаны малоэффективными, а при продолжающемся кровотечении они бессмысленны (табл. 7-8).

Все мероприятия по консервативному лечению гипотонического кровотечения следует выполнять комплексно.

Своевременное и полноценное лечение гипотонического кровотечения позволяет успешно справиться с ситуацией на консервативном этапе акушерской помощи. Целесообразно избегать столь частого в акушерской практике ошибочного повторения ранее успешных манипуляций, в первую очередь ручного обследования матки. Это расходует драгоценное время, и тяжесть состояния родильницы нарастает. Увы, именно так поступают чаще всего: вызванный квалифицированный специалист «проверяет» дежурного коллегу — и вот уже время упущено!

Родовспомогательные учреждения иногда не готовы оказывать полноценную экстренную медицинскую помощь из-за того, что не налажено вза-

Таблица 7-8. Мероприятия по остановке кровотечения на этапе консервативного лечения

Не надо	Надо
Массаж матки на кулаке	Введение утеротоников (карбетоцин, окситоцин, простагландины), ручное обследование матки с удалением содержимого, бимануальная компрессия
Наложение шва по Лосицкой, введение эфира в задний свод влагалища, льда в прямую кишку	Осмотр родовых путей, ушивание разрывов
Клеммирование маточных артерий по Бакшееву, Генкелю—Тиканадзе, Квантилиани	Применение внутриматочного гемостатического баллона

имодействие различных специалистов, которые не умеют ориентироваться в экстренной ситуации и не информированы об этапности и командном принципе борьбы с кровотечениями.

Промежуточный этап гемостаза

Кровопотеря в 1,5% от массы тела роженицы — весьма драматичный момент, **от которого зависит дальнейшая судьба женщины**; происходит переход от консервативного этапа лечения к промежуточному. Здесь важна чёткость действий врача: нужно выиграть время до разворачивания операционной, прибытия квалифицированного специалиста, насколько возможно, снизить скорость кровопотери.

Поскольку техническое обеспечение и квалификационный уровень персонала разных родовспомогательных учреждений неодинаковы, в идеале владеть манипуляциями промежуточного этапа гемостаза должен любой акушер. Ранее на промежуточном этапе применяли клеммирование боковых стенок матки по Бакшееву, Генкелю–Тиканадзе, Квантилиани. Решением Пленума правления РОАГ эти методы признали малоэффективными и неприемлемыми (2007). **Применение зажимов вместо клемм не исключает травмы мочеточников и венозных сплетений при сдавлении дольше 2 ч, а после снятия зажимов кровотечение часто возобновляется.** В этом случае экстренное чревосечение и экстирпация матки уже неизбежны. Не имеют смысла также криовоздействие (в полость матки вводят наконечник, охлаждённый закистью азота), лечение электротокком (разряд в 2000 В по типу дефибриляции сердца). Эти бесполезные мероприятия должны уйти в прошлое.

Прежде чем рассказывать об альтернативных мероприятиях промежуточного этапа остановки кровотечения (внутриматочный баллон и сдавление брюшного отдела аорты, см. ниже), напомним о длительно существовавшем заблуждении — тампонаде матки специально изготовленными бинтами по J.A. Dührssen. **Такое вмешательство до 1970-х годов было очень распространено, однако большинство акушеров не знают о его опасности.**

Действенность этого метода напрямую зависит от тонуса матки и возможности его повышения после правильной тампонады. При атонии, когда стенки органа дряблые и не реагируют на механические раздражения, тампонируют матку бесполезно, поскольку давление в кровяном русле выше, чем давление, создаваемое тампоном у стенки атоничной матки. Ещё в 1972 году мой учитель, проф. Н.С. Бакшеев установил, что у таких пациентов кровотечение продолжается и после тампонады матки, но врач его некоторое время не видит. Вначале возникает иллюзия, что кровотечения нет, и это отсрочи-

вает более радикальные меры лечения. Когда же кровотечение «возобновляется», но кровь течёт уже из введённого марлевого тампона, становится очевидно, что время для спасения больной упущено.

Оперативный этап остановки кровотечения

Следующий этап — решение о переходе к оперативному ведению акушерского кровотечения. Как было сказано выше, не следует вновь и вновь повторять манипуляции предыдущего этапа. Затем нельзя стремиться к экстирпации матки, пока не исчерпаны все альтернативные возможности хирургического этапа. Столь же неразумно желание любыми способами оттянуть лапаротомию и сохранить матку. Обе позиции принципиально неверны и чреватые неблагоприятными исходами.

Когда в России за 2001 год в родах были оперативно удалены 3067 маток, количество судебных исков по поводу лишения детородного органа превысило таковое по случаям материнской смертности. Так быть не должно! В настоящее время активно и обоснованно внедряют органосохраняющую тактику ведения пациенток с акушерскими кровотечениями — результаты хорошие.

Каковы же возможности остановки кровотечения на хирургическом этапе?

Простагландины (динопрост 0,25 мг) можно вводить парацервикально прямо в миометрий через переднюю брюшную стенку. Лигирование маточных сосудов, как и перевязка внутренних подчревных артерий, достаточно эффективно, но не исключает травмы сосудистых сплетений матки, яичников и мочеочника. Основные организационные проблемы хирургического этапа гемостаза — недостаточная оснащённость, отсутствие единого междисциплинарного подхода и хорошо подготовленных специалистов.

Попытки сократить и сохранить матку предусматривают вначале **перевязку** не внутренних подвздошных артерий, а **сосудистых пучков маточных артерий**. При этом важно не уходить из брюшной полости: матка на глазах сокращается и белеет, становится «мраморной», но всё равно нужно держать лоток под родильницей, лежащей на операционном столе. В случае *placenta accreta* кровотечение из сосудов плацентарной площадки продолжится даже при хорошо сокращённой матке, и экстирпации не избежать.

В отличие от перевязки маточных и подчревных артерий, **компрессионные швы** в России пока широкой популярности не получили. Мировое акушерское сообщество накапливает положительный опыт по применению этих методик, что подтверждают регулярные доклады на международных конгрессах FIGO (2003, 2006, 2009, 2012) и «Контраверсиях в акушерстве и гинекологии» (2007, 2008–2014).

Ранее были описаны две модификации компрессионных швов — по Б-Линчу и по Перейре. В первом случае матку охватывают одним непрерывным швом в виде «рюкзака», во второй модификации используют сочетание продольных и поперечных швов. При этом достигают сближения передней и задней стенок матки и сдавления миометрия; в большинстве случаев для остановки кровотечения этого достаточно.

Вьетнамские врачи изучили исходы и отдалённые последствия 30 случаев применения шва по Б-Линчу в собственной практике. Только трём пациенткам стали необходимы релапаротомия и удаление матки; у остальных 27 пациенток лечение оказалось успешным (2007). Что касается отдалённых исходов, то выраженных нарушений менструального цикла не было ни у одной женщины.

Достоинствами швов по Б-Линчу признаны быстрота выполнения и то, что не требуется специального инструментария. Однако подобные манипуляции пока не распространены в России. Мы связываем это с неинформированностью акушеров-гинекологов о технике наложения компрессионных гемостатических швов (рис. 7-41).

Что касается техники выполнения данной манипуляции, то раньше после вагинальных родов мы не делали поперечного провизорного разреза на матке (показан на рис. 7-41, А-Б), считая, что он нужен только для кесарева сечения.

Мы пытались войти в мышцу через серозную оболочку, однако матка очень «скособочивалась», и ровный шов не получался. Американские коллеги своевременно показали, что можно сделать разрез, войти прямо в мышцу матки, слева (если вы правша) через дно провести один шов, далее через крестцово-маточные связки вернуться в ту же точку и завязать (показано на второй схеме), да ещё и затянуть (как на третьей схеме).

При наложении гемостатических швов применяют толстую нить (1–2 USP) на колющей атравматической игле. После остановки кровотечения и сокращения матки швы провисают, нивелируя тем самым компрессию. Во избежание прорезывания швов крайне важно дозирование нагрузки при затягивании каждой из нитей, это обеспечивает наилучший гемостаз. Шов по Б-Линчу, единственный, «рюкзачный», имеет существенный недостаток — опасность ослабления (провисания) на 2–3-и сутки.

В модификации Перейры гемостатические компрессионные швы накладывают поперечно, от двух, как на рисунке 7-42, — и сколько поместится. Несмотря на эффективность методики, упоминают о возможности прорезывания мышцы матки в зоне узла, разрывах нити, вызванных сложностью дозирования нагрузки при затягивании шва. Возможны и более редкие, но опасные осложнения: повреждение маточного венозного сплетения и травма мочееточника. Такое возможно при выходе лигатуры в нижнем сегменте матки.

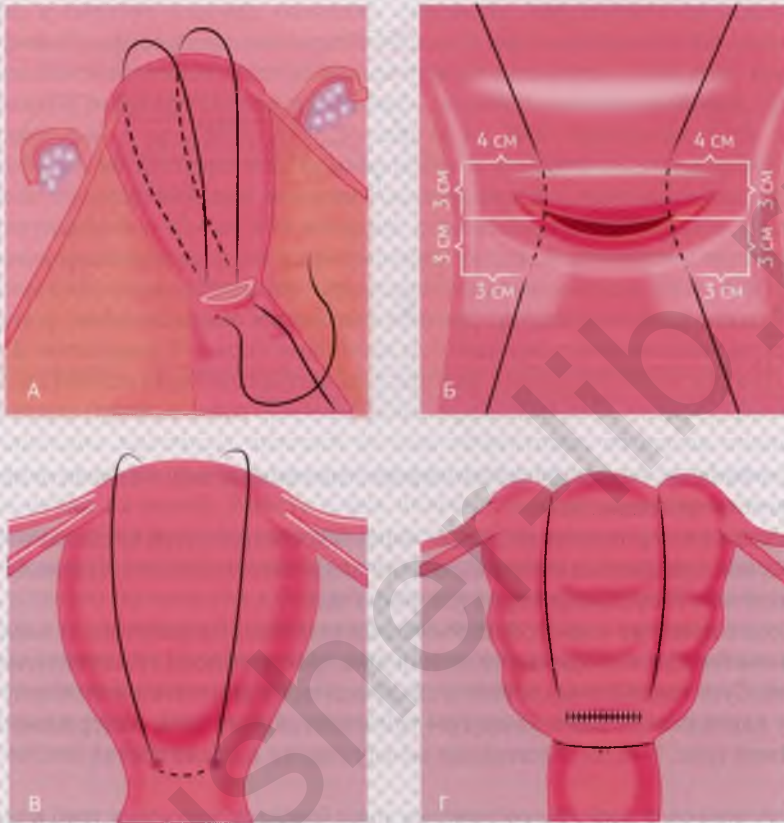


Рис. 7-41. Гемостатические компрессионные швы по Б-Линчу. А — схема расположения нитей; Б — вид спереди; В — вид сзади; Г — окончательный вариант (вид спереди).

Во избежание упомянутых осложнений проф. А.Н. Рымашевский и соавт. (2008) рекомендуют комбинировать лигирование яичниковых и восходящей ветви маточной артерии с наложением шва по Перейре исключительно с поперечным, а не с продольным ходом лигатур, что повышает эффективность борьбы с кровотечением.

В литературе описана методика одновременного использования компрессионных гемостатических швов на матку и внутриматочного гемостати-

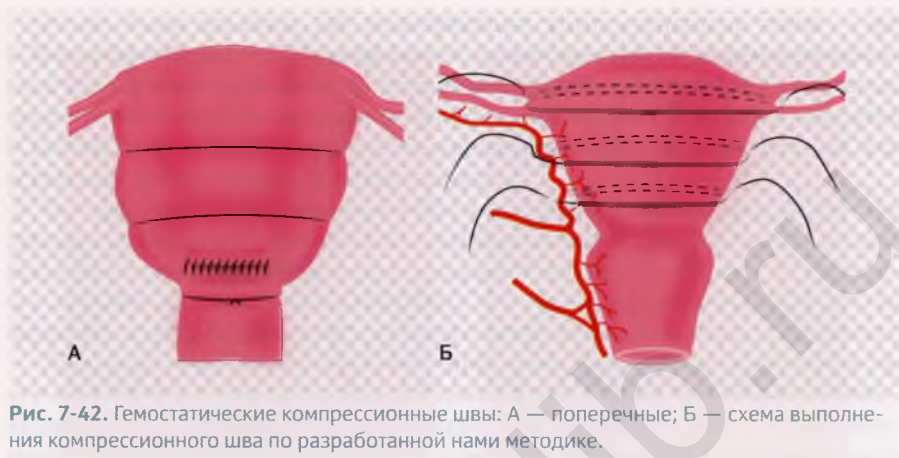


Рис. 7-42. Гемостатические компрессионные швы: А — поперечные; Б — схема выполнения компрессионного шва по разработанной нами методике.

ческого баллона («сэндвич»). При перерастяжении нижнего сегмента накладывают стягивающие швы.

Описаны и корпоральные швы — через обе стенки матки несколько Х-образных или квадратных стежков (обычно около шести), способствующих восстановлению тонуса миометрия (см. рис. 7-42).

Нами совместно с проф. А.Н. Рымашевским была разработана и запатентована авторская методика наложения **компрессионного гемостатического шва**. Суть технологии состоит в следующем: от дна матки к нижнему сегменту накладывают один за другим три циркулярных шва, **содержащих по две нити** (рис. 7-42, Б). Расстояние между швами должно составлять от 5 до 7 см.

Иглу проводят через бессосудистые зоны брыжеек маточных труб и широких связок, не травмируя ткань матки. Сначала следует затянуть по одной нити в каждом из швов, а через 5–8 мин после повышения тонуса матки — завязать вторые нити, создавая тем самым дополнительную компрессию тела матки (рис. 7-43). Для выполнения данного метода мы рекомендуем использовать нити из рассасывающегося материала размером 2 USP, длиной 50 см на колющей игле.

Следующий этап остановки кровотечения — **лигирование внутренних подвздошных артерий**. Эффективность такого вмешательства, по мнению различных авторов, наиболее высока (свыше 95%). Кроме того, эта методика, в отличие от других, по всей видимости, эффективна при коагулопатическом кровотечении и синдроме диссеминированного внутрисосудистого свёртывания.

Если объём кровопотери превышает 2000 мл, то есть кровопотеря массивна, в первую очередь показана перевязка внутренних подвздошных артерий. В этом случае манипуляция выступает альтернативой гистерэктомии. Последствия, столь пугающие врачей (что будет с маткой? как осуществится репродуктивная функция?), изучены вполне достойно (Рымашевский А.Н. и др., 2008–2009; Курцер М.А., 2008; Авраменко Н.В., 2012). По данным исследователей, безопасность и отсутствие отдалённых негативных последствий для женщины можно считать доказанными. Лучшее подтверждение — более 400 женщин, родивших повторно после перевязки магистральных сосудов в предыдущих родах. В некоторых зарубежных публикациях первым этапом хирургического гемостаза в 2004–2009 годах называли **эмболизацию маточных или внутренних подвздошных артерий**. В последние 3–4 года подобных публикаций стало меньше, вероятно, в связи с появлением доказательных данных о недостаточной эффективности метода (прежде всего при массивных кровопотерях). Ангиографическая эмболизация маточных артерий весьма эффективна во время планового кесарева сечения при подозрении на вращение плаценты, особенно в области рубца на матке. Вместе с тем повсеместно экстраполировать такие рекомендации в работу отечественных акушеров вряд ли возможно. Сложностей много: пациентку следует транспортировать в рентген-операционную, а такого помещения в большинстве современных российских больниц просто нет. Кроме того, вмешательство предполагает наличие не только специального инструментария и расходных материалов, но и высококвалифицированного специалиста. Но самое главное: существуют технические трудности из-за различий в анатомии сосудов малого таза и из-за риска сосудистой эмболии.

Рис. 7-43. Наша авторская методика гемостатического шва: завязан второй шов на уровне дна матки. Мы рекомендуем использовать нити из рассасывающегося материала.



Что касается эффективности консервативных методов лечения послеродовых кровотечений в целом, то ещё в 2007 году Британский институт акушерства и гинекологии опубликовал свою оценку: эмболизация маточных артерий — 90,7% результативности, баллонная тампонада — 84%, маточный компрессионный шов — 91,7%, перевязка внутренних подвздошных артерий — 84,6%.

Если кровотечение продолжается, выполняют ампутацию или экстирпацию матки. Чем в этом случае продиктован выбор объёма оперативного вмешательства? Ампутация матки предпочтительна при наличии гипотонического кровотечения, а бесспорным показанием для экстирпации матки служит коагулопатия в любом из её проявлений (преэклампсия [гестоз], заболевания крови и др.).

Следует также отметить, что критическое падение АД не должно выступать противопоказанием к оперативному вмешательству, направленному на остановку кровотечения. Главная тактика в этой ситуации — придерживаться определённого алгоритма действий. После экстренного чревосечения на фоне адекватной инфузионно-трансфузионной терапии следует выполнить временный гемостаз, накладывая зажимы на магистральные сосуды.

Далее все мероприятия направлены исключительно на коррекцию сосудистых, волемиических и реологических нарушений; удаление матки станет завершающим этапом.

Новые методы борьбы с кровотечениями

В России по разным причинам до сих пор не получили заслуженного распространения новые эффективные методы борьбы с массивными акушерскими кровотечениями, предусмотренные Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи (Приказ №572н), например интраоперационная реинфузия отмытых аутоэритроцитов с помощью аппарата Cell Saver, аутодонорство, эфферентные методы (гемоферез, плазмо- и гемосорбция).

Пути преодоления отживших способов профилактики и лечения

Помощь, оказываемая женщинам с акушерскими кровотечениями, максимально эффективна только при соблюдении определённых тактических стандартов. В организационном и методическом плане борьба с акушерскими кровотечениями предусматривает три этапа:

- 1) их профилактика — устранение управляемых причин и механизмов развития;
- 2) определение их источника и лечение;
- 3) патогенетически правильное восполнение кровопотери.

Этапность оказания помощи при акушерских кровотечениях

При ведении пациенток с гипотоническими кровотечениями важны не только лечебные, но и организационные мероприятия:

- строгая этапность, продуманность и организованность работы;
- предварительное распределение ролей (опытный координатор, трансфузиолог и пр.), тренинги (деловые игры);
- круглосуточная работа служб ультразвуковой и лабораторной диагностики;
- привлечение смежных специалистов (сосудистые хирурги, реаниматологи);
- повышение уровня хирургической подготовки акушеров (ответственными врачами можно назначать только специалистов, работавших в гинекологическом отделении не менее года и владеющих хотя бы техникой надвлагалищной ампутации, а лучше экстирпации матки).

Оптимизация тактики при акушерских кровотечениях требует продуманных методических подходов. Все мероприятия выполняют по принципам «от простого к сложному», «от менее инвазивных к более радикальным». Каждый этап следует выполнять однократно, при его неэффективности переходят к следующему пункту алгоритма.

Организационно выделено четыре этапа остановки гипотонического кровотечения:

- предварительный (организационный);
- консервативный;
- промежуточный (использование внутриматочного гемостатического баллона);
- хирургический.

Предварительный этап остановки гипотонического кровотечения включает следующие мероприятия.

- Мобилизация свободного персонала. Не оставляя пациентку без присмотра, нужно позвать на помощь опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, а также анестезиолога-реаниматолога и лаборанта.

- Начальная оценка тяжести кровопотери: визуально или с помощью почкообразного лотка (+20%); при доставке пациентки по скорой помощи можно рассчитать шоковый индекс, если нет тяжёлой формы преэклампсии.
- Начальная оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, ЧСС, температуры тела, частоты дыхания).
- Определение места, где будет оказана помощь — в зависимости от тяжести состояния женщины (непосредственно в родзале или в операционной)*.
- Установление аллергоанамнеза (если позволяет состояние пациентки).
- Катетеризация мочевого пузыря (мочевой пузырь должен быть пустым).
- Катетеризация одной или двух периферических вен (№14–16G) для начала инфузии утеротоников и гидроксипропилированного крахмала.
- Определение группы крови, резус-фактора — при показаниях к гемотрансфузии; если необходимо, берут кровь для анализа на совместимость, выполняют «прикроватный тест».
- Проверка наличия препаратов крови (в соответствии с группой и резус-принадлежностью), при необходимости её заказывают в банке крови.
- Диагностика причины кровотечения — по возможности (принцип «4Т»: тонус, ткань, травма, тромбин).

Особенности остальных трёх этапов остановки гипотонического кровотечения (консервативный, промежуточный и хирургический) перечислены выше.

Для оперативной мобилизации персонала при акушерских кровотечениях несколько раз в год в родильном блоке необходимо проводить тренинги («ролевые игры»).

Алгоритм лечения гипотонических кровотечений в послеродовом периоде, имеющий органосохраняющую направленность, позволяет ограничить материнскую смертность от акушерских кровотечений и сохранить матку у 87,5% родильниц с кровотечениями. Вместе с тем основной резерв снижения частоты акушерских кровотечений — изменение отношения к ведению родов, **отказ от агрессивного акушерства**, в частности, ограничение показаний к амниотомии, применению родостимуляции, стабилизация частоты кесарева сечения и др. По итогам 2010 года главный акушер-гинеколог г. Москвы проф. М.А. Курцер сообщил потрясающие сведения. По поводу гипотонических кровотечений в городских родовспомогательных учреждениях

* При массивной кровопотере хирургический этап следует выполнять в родильном зале: никаких отличий между операционной и родзалом, оснащённым по таблице (наркозный аппарат, стол-трансформер), нет, а экономия времени увеличивает шансы на благоприятный исход.

было проведено 116 лапаротомий, однако матка была удалена всего лишь у 12 женщин, тогда как у 104 — сохранена! Более того, перевязка внутренних подвздошных артерий была необходима только 30% женщин, а у остальных применяли комбинации вышеперечисленных методов.

Кровотечения и акушерская агрессия

Профилактика акушерских кровотечений немыслима без борьбы с акушерской агрессией. За минувшие 10 лет в родильном отделении ГКБ №29 (Москва) в этом отношении удалось достичь хороших результатов. Сокращение числа амниотомий и родовозбуждений уменьшило частоту гипотонических кровотечений в 3,5 раза, а частоту преждевременной отслойки нормально и низко расположенной плаценты — в 2,3 раза (Златовратская Т.В., 2008).

К настоящему времени уже существует целый перечень агрессивных вмешательств, которые следует исключить из врачебного обихода.

- Необоснованные амниотомии при незрелой шейке матки. Отказ от необоснованных манипуляций этого плана позволил нам сократить число всех амниотомий на 10%.
- Форсирование родового акта. В ГКБ №29 родовозбуждение и родостимуляцию стали использовать, соответственно, в 2,5 и 4 раза реже.
- Ускорение периода изгнания с помощью «пособия» по Кристеллеру. Никто из думающих акушеров не хочет пожизненно лишиться права на врачебную деятельность; хоть мы и не во Франции, а всё же помним про принцип «не навреди!».
- Необоснованное кесарево сечение. Следует помнить, что при родах *per vias naturales* кровопотеря в 3,4–4,2 раза ниже.

Аномалии родовой деятельности

К настоящему времени назрела необходимость внедрения эффективных методов профилактики и лечения аномалий родовой деятельности. В основе современной тактики — отказ от «индуцированных» родов при незрелой шейке матки; партография; своевременная коррекция и слабости родовой деятельности, и чрезмерно бурной родовой деятельности.

Преэклампсия и кровотечения

Профилактика и эффективное лечение преэклампсии (гестоза) посредством осмоонкотерапии также снижают риск кровотечений. Инфузию сульфата магния не следует продолжать в родах — но после них она целесообразна

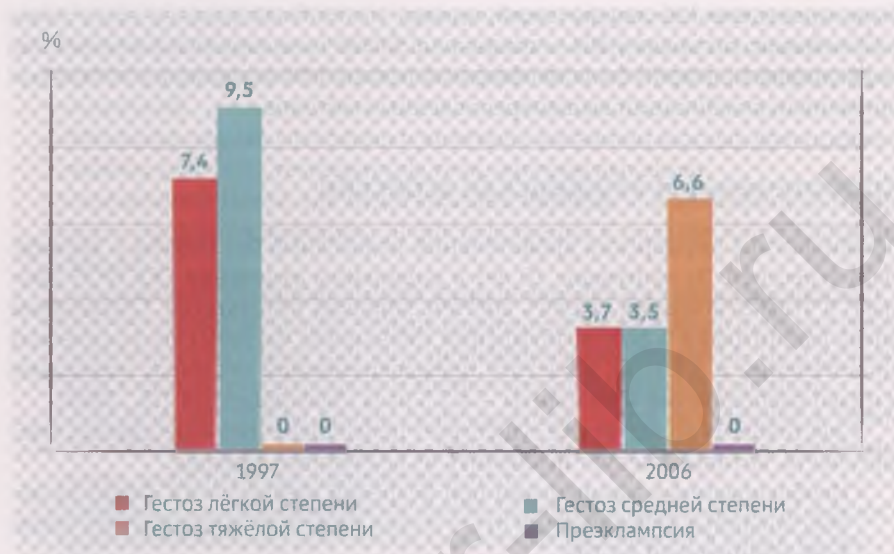


Рис. 7-44. Снижение частоты кровотечений в послеродовом периоде у пациенток с гестозом, получавших комплексное лечение (2006), и в группе сравнения (1997), $p < 0,05$.

в течение не менее 12 ч. Кроме этого показаны введение гидроксиэтилированного крахмала, β -адреноблокаторов центрального действия, длительная непрерывная эпидуральная анестезия в родах.

Под влиянием перечисленных профилактических и лечебных мер в ГКБ №29 удалось снизить частоту акушерских кровотечений на фоне преэклампсии в 2,5 раза (в 2,2 раза при преэклампсии лёгкой степени и в 2,7 раза — средней тяжести, рис. 7-44).

Результаты нашего исследования подтверждают, что сульфат магния обладает мощным регуляторным влиянием на системную гемодинамику. Благодаря его применению кровопотеря в родах не только «не возрастает», что отмечали ещё J.C. Livingston et al. (2003), а, напротив, снижается до среднего значения 175 мл у рожениц, комплексно пролеченных от преэклампсии (гестоза), и среднего значения 200 мл в группе сравнения.

Такой успех связан не только с влиянием сульфата магния, он обеспечен всем комплексом мер по лечению преэклампсии: значительный гемодинамический эффект эпидуральной анестезии, снижение пред- и постнагрузки на сердце, ликвидация гиповолемии и интерстициального отёка с помощью гидроксиэтилированного крахмала, улучшение микроциркуляции, снижение

агрегации эритроцитов, улучшение показателей прокоагулянтного, тромбоцитарно-сосудистого и фибринолитического звеньев гемостаза благодаря перфторуглеродам.

Наши данные, особенно касательно благоприятного эффекта эпидуральной анестезии, вполне согласуются с сообщением о положительном регулирующем влиянии симпатической блокады и снижения АД на частоту послеродовых кровотечений (Куликов А.В., Шифман Е.М., 2013). А вот с высказыванием, что эпидуральная анестезия, снижающая центральное венозное давление вследствие симпатического блока, усугубляет симптомы кровопотери у пациенток с гестозом, мы категорически не согласны. Нами показано, что АД падает на 16,1–31,2%, причём параллельно степени тяжести преэклампсии (гестоза). Однако эта зависимость общеизвестна: лечебный эффект эпидуральной анестезии подтверждён во многих исследованиях (Ланцев Е.А., 2011). Избежать патологического перераспределения крови позволяют водная нагрузка, контроль центрального венозного давления — при тяжёлом течении преэклампсии (гестоза) — и простое приподнятие ножного конца кровати.

В целом общероссийские данные по эффективности профилактики акушерских кровотечений, частоте кровотечений во время беременности, родов и послеродового периода демонстрируют положительные тенденции: в России за минувшие 10 лет частота гипотонических кровотечений стала почти в 1,5 раза меньше (рис. 7-45).

В основе тактики лечения акушерских кровотечений всегда должен лежать органосохраняющий принцип. Противоестественно, если женщину,



Рис. 7-45. Частота кровотечений в последовом и послеродовом периодах (Росстат, 2015).

поступившую в родильный стационар, выписывают без детородного органа. В этом плане морально-этическая сторона органосохраняющей операции крайне тяжела. Без сомнения, бывают исключения из правил, но постулат, что **органосохраняющая тактика при лечении акушерских кровотечений должна быть приоритетом**, не вызывает сомнений.

Анализ причин материнской смертности от послеродовых кровотечений демонстрирует, что контролировать эту проблему возможно, если соблюдать некоторые условия: своевременно и параллельно повышать тонус и контрактильность миометрия, восполняя при этом ОЦК.

Причины послеродового кровотечения

Причинами послеродового кровотечения могут стать четыре базовых процесса, для краткости и лёгкого запоминания обозначаемые как «4Т»:

- тонус (гипотония матки);
- ткань (задержка частей последа в полости матки);
- травма (травма мягких родовых путей);
- тромбин (коагулопатии).

Эта классификация условна, поскольку гипотоническое маточное кровотечение служит причиной нарушения гемостаза — и в свою очередь кровотечения, вызванные нарушением гемостаза различной этиологии, часто сочетаются с гипотонией матки (табл. 7-9).

Консервативный этап борьбы с кровотечением

Стратегические этапы ведения пациенток с массивными кровотечениями:

- объективная оценка количественного (объём) и качественного (нарушение свёртывающей системы) компонентов кровопотери;
- мероприятия по остановке кровотечения;
- своевременная и адекватная инфузионно-трансфузионная терапия;
- реинфузия эритроцитов с помощью аппарата Cell Saver;
- своевременное и адекватное хирургическое лечение (органосохраняющая тактика);
- постоянный аппаратный и лабораторный контроль витальных функций и гомеостаза.

Несоблюдение хотя бы одного из перечисленных пунктов способствует потере контроля над ситуацией, что часто имеет трагический исход.

Методы оценки объёма кровопотери и нарушений гемостаза:

- визуальный метод (погрешность 30%);

Таблица 7-9. Причины послеродовых кровотечений

Аномалия	Причина	Предрасполагающий фактор
Нарушение сократительной функции матки	Перерастяжение матки	Многоводие; многоплодие; крупный плод
	Истощение сократительной способности миометрия	Быстрые роды; затяжные роды; высокий паритет (более 5 родов)
	Инфекция	Хориоамнионит; лихорадка в родах; хроническая вирусно-бактериальная инфекция
	Анатомические или функциональные особенности матки	Пороки развития матки; миома матки; предлежание плаценты; оперированная матка
	Задержка частей последа	Дефект последа; гипотония матки; частичное плотное прикрепление плаценты; частичное вращение плаценты
Травмы родовых путей	Задержка сгустков крови в полости матки	Гипотония матки; гематометра
	Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	Быстрые роды; оперативные вагинальные роды; крупный плод
	Травматический разрыв матки во время кесарева сечения	Неправильное положение плода; низкое расположение предлежащей части
	Разрыв матки	Оперированная матка; несоответствие размеров плода и таза матери
Нарушения коагуляции	Выворот матки	Высокий паритет; расположение плаценты в дне матки (тракция за пуповину)
	Врождённые заболевания крови (гемофилия А, болезнь Виллебранда)	Наследственные коагулопатии; заболевания печени
	Приобретённые заболевания крови при беременности: идиопатическая тромбоцитопения, тромбоцитопения при ДВС-синдроме	Преэклампсия (гестоз); HELLP-синдром; антенатальная гибель плода; тяжёлая инфекция; эмболия околоплодными водами
	Лечение антикоагулянтами и препаратами, влияющими на тромбоциты	Ятрогенная гипокоагуляция

- гравиметрический метод (погрешность 20%);
- измерение мерной ёмкостью (градуированная кружка, лоток).

Для экстренного определения состояния гемостаза можно выполнить тест по Lee White или Е.П. Иванову (1983). Пробирку с венозной кровью пациентки согревают в руке. **Если спустя 7 мин сгусток не образовался либо сформировался рыхлый, легко разрушающийся сгусток, следует думать о гипокоагуляции («прикроватный тест»)**. Объективные данные о состоянии системы гемостаза можно получить, анализируя результаты тромбоэластограммы, количества и агрегации тромбоцитов, активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового индекса, содержания антитромбина III, фибриногена, продуктов деградации фибрина/фибриногена, показателей фибринолиза.

ОЦК рассчитывают как произведение массы тела на 75 мл.

При остановке кровотечения особенно важен фактор времени, поэтому все манипуляции и назначения нужно выполнять слаженно. Мероприятия должны быть направлены на повышение тонуса и сократительной способности миометрия на фоне восполнения ОЦК (рис. 7-46).

Кровопотерю в родах до 500 мл (менее 0,5% от массы тела) принято считать физиологической. Случаи кровопотери более 500 мл составляют от 3 до 5% всех родов. Кровопотеря 800–1000 мл (1,1–1,5% от массы тела) — патологическая, более 1000 мл (более 1,5% от массы тела) — массивная.



Рис. 7-46. Совместные действия при консервативном лечении гипотонического кровотечения.

В истории родов в обязательном порядке отмечают величину кровопотери, выражаемую в процентах по отношению к массе тела и/или к ОЦК. В таблице 7-10 приведены объём кровопотери и сопровождающие её стадии геморрагического шока.

Таблица 7-10. Объём кровопотери и клинические стадии геморрагического шока (для пациентки массой 60 кг при ОЦК 4500 мл)

Показатели	Класс кровотечения			
	1	2	3	4
Кровопотеря, мл	1000	1000-1500	1500–2000	2100
ОЦК*	Менее 15%	15–25%	25–35%	Более 35%
Процент массы тела	Менее 1,5	1,5–2,5	2,5–3,5	Более 3,5
ЧСС, в минуту	Норма	Менее 100	100–120	120–160
Систолическое АД, мм рт.ст.**	Норма	Более 100	80–100	Менее 60–68
Пульсовое давление, мм рт.ст.	Снижено	Менее 30	Менее 30	Значительно
Шоковый индекс***	0,85–1	1–1,5	Снижен	Более 1,5
Заполнение капилляров	Менее 2	Более 2	Более 2	Не определяется
Частота дыхательных движений в минуту	Норма	Более 20	30–50	Более 20
Диурез	Норма	Снижен	Олигурия	Анурия
Сознание	Норма	Норма	Беспокойство, возбуждение	Заторможенность, сопор
Тяжесть/стадия шока	Нет	Лёгкая/I	Умеренная/II	Тяжёлая/III

* % ОЦК = % массы тела × 15, если ОЦК пациентки составляет 1/10 массы тела.

** При исходном АД более 100 мм рт.ст.

*** Шоковый индекс = ЧСС/систолическое АД.

Таблица 7-11. Алгоритм действий при акушерских кровотечениях в послеродовом периоде

Состояние	Способ коррекции
Гипотония матки	Введение утеротоников (окситоцин, карбетоцин, простагландины). Ручное обследование матки с удалением содержимого, бимануальная компрессия (все мероприятия проводят однократно!)
Травма родовых путей	Осмотр родовых путей, ушивание разрывов (при разрыве матки — лапаротомия)
Нарушение коагуляции	Нормализация гемостаза (переливание свежезамороженной плазмы, криопреципитата, тромбоцитарной массы)

Таблица 7-12. Схема введения утеротоников на консервативном этапе лечения гипотонического кровотечения

Время введения	Препарат	Дозировка
Одномоментно	Окситоцин внутривенно	5 ЕД
	Карбетоцин («Пабал») внутривенно	100 мг
Первые 30 мин	Окситоцин внутривенно + динопрост в мышцу матки	10 ЕД + 2,5 мг
Поддерживающая доза	Окситоцин внутривенно + динопрост в мышцу матки	10 ЕД + 5 мг
Одномоментно	Динопрост в шейку матки	5 мг

Остановка кровотечения и инфузионная терапия должны происходить одновременно. В таблице 7-11 приведён базовый алгоритм действий при акушерских кровотечениях в послеродовом периоде. Использование этой схемы в стационарах развитых стран мира позволило снизить материнскую смертность от кровотечений с 1,7 до 0,45%.

Первый (консервативный) этап гемостаза направлен на сокращение гипотоничной матки. В таблице 7-12 приведены схемы введения утеротоников.

Убедившись в отсутствии противопоказаний (преэклампсия, артериальная гипертензия, болезни сердца), можно использовать метилэргометрин 0,2 мг.

При необходимости непосредственно в миометрий прямо через переднюю брюшную стенку (или *per vaginam* парацервикально в две точки) вводят динопрост в дозе 250 мкг. Повторять инъекцию можно каждые 15 мин до 8 раз.

Между консервативным и хирургическим этапами остановки акушерского кровотечения проводят промежуточные мероприятия: установку внутриматочного гемостатического баллона, сдавление брюшной аорты. Внутриматочная баллонная тампонада позволяет в некоторых случаях обойтись без радикальных хирургических вмешательств. Баллонный катетер механически сдавливает плацентарную площадку, кроме того, в ответ на механическое раздражение происходит рефлекторное сокращение матки.

Управляемая баллонная тампонада матки

Внутриматочный баллон — **простейшее приспособление**, кроме самого баллона состоящее из резервуара и полый соединительной трубки. Преимущества баллонной тампонады: быстрота и простота использования, стерильность, атравматичность, не нужно анестезии. Ввести внутриматочный баллон может даже акушерка; это обеспечивает выигрыш во времени.

Метод не нов: первое упоминание о применении физических и механических способов остановки гипотонического кровотечения относится к середине XIX века. Тогда была предложена замена марлевого тампона резиновым баллоном. F. Scanzoni в 1855 году предложил для остановки кровотечения вводить в полость матки резиновый шар, заполненный воздухом или водой. По мнению автора, введение тампона прекращало лишь видимое кровотечение, при этом сдавления сосудов матки не происходило, и родильницы погибали от внутреннего (внутриматочного) кровотечения. P. Chassagny в 1880 году описал введение **сдвоенного баллона** в матку и во влагалище, полагая, что это более эффективно, чем один внутриматочный баллон. W. Drinhausen тоже упоминал применение полого баллона, вводимого в полость матки при атоническом кровотечении и раздутого воздухом или жидкостью. Такое эластичное приспособление облегает внутреннюю поверхность матки и сдавливает сосуды в области плацентарного ложа. F. Holtz в 1951 году предложил для внутриматочной тампонады баллон из специальной резины, после введения в матку заполняемый воздухом. После этого давление в баллоне поддерживали в пределах 15 мм рт.ст. на протяжении 4 ч, а затем на 2 ч снижали до 10 мм рт.ст. Автор оценивал свой метод как достаточно эффективный.

Следует отметить, что заполнение баллона воздухом (даже кислородом) кажется весьма опасным ввиду риска воздушной эмболии при повреждении баллона. Различные виды стерилизации баллонов также снижают их эластичность и повышают угрозу воздушной эмболии.

Sayeba Akhter в 2003 году опубликовал интересное исследование с оценкой эффективности применения обычного презерватива для остановки массивных послеродовых кровотечений путём повышения внутриматочного

давления. Презерватив вводили в полость матки и через трубку заполняли жидкостью. Кровотечение удавалось остановить у большинства больных.

Мы приводим первые данные о принципиально новом баллонном катетере (Регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФСО1262005/1765-05 от 26 мая 2005 года, изделие медицинского назначения КОД ОКП 93980, нормативный документ ТУ 9398-002-175592-2005). Гемостаз при его использовании обусловлен **механическим сдавлением кровотокающих сосудов матки** с последующим образованием пристеночных тромбов. Кроме того, баллон стимулирует механорецепторы матки и вызывает рефлекторное сокращение миометрия. Устройство состоит из силиконового баллона, резервуара для жидкости и соединяющей их полый трубки. Функционирование баллона основано на принципе сообщающихся сосудов. Жидкость из резервуара заполняет катетер, позволяя создать любое требуемое давление (рис. 7-47).

Такой баллон стерилен, его легко вводить, контролировать и извлекать. То, что для наполнения баллона используют физиологический раствор, полностью **исключает риск воздушной эмболии**. Современные силиконовые материалы легко растягиваются, не впитывают кровь, позволяют баллону легко адаптироваться к контурам полости матки и обеспечивают компрессию венозных синусов плацентарной площадки вне зависимости от её локализации.

Баллон под нулевым давлением вмещает 180 мл жидкости, а это более 50% конечного требуемого давления. Дальнейшее растяжение баллона возможно под очень небольшим давлением. Баллон чутко реагирует на меняющееся внутриматочное давление, поэтому по принципу сообщающихся сосудов легко отметить восстановление тонуса матки. Меняя высоту размещения резервуара, можно влиять на силу прижатия стенок баллона к стенкам полости матки.

Баллонная тампонада — временное мероприятие, она даёт выигрыш во времени между консервативным и хирургическим этапами (эффективность 87%). Кроме того, гидротампонада позволяет идентифицировать пациенток, которым на раннем этапе кровотечения показана лапаротомия («тампонадный тест»). Применять баллонную тампонаду целесообразно и при истинном приращении плаценты, когда **при подготовке к операции** утрата контроля над величиной кровопотери может иметь катастрофические последствия.

На базах кафедры проводили апробацию эффективности этого приспособления. На данный момент мы располагаем достаточным количеством клинических наблюдений баллонной тампонады (Оленев А.С. в 2008–2009 годах выполнил кандидатскую диссертацию и успешно её защитил). Большой регистр таких наблюдений накоплен в Сургутском перинатальном центре (проф. Белоцерковцева Л.Д., 2008, 2009) и Тюменском перинатальном центре (проф. Кукарская И.И.).

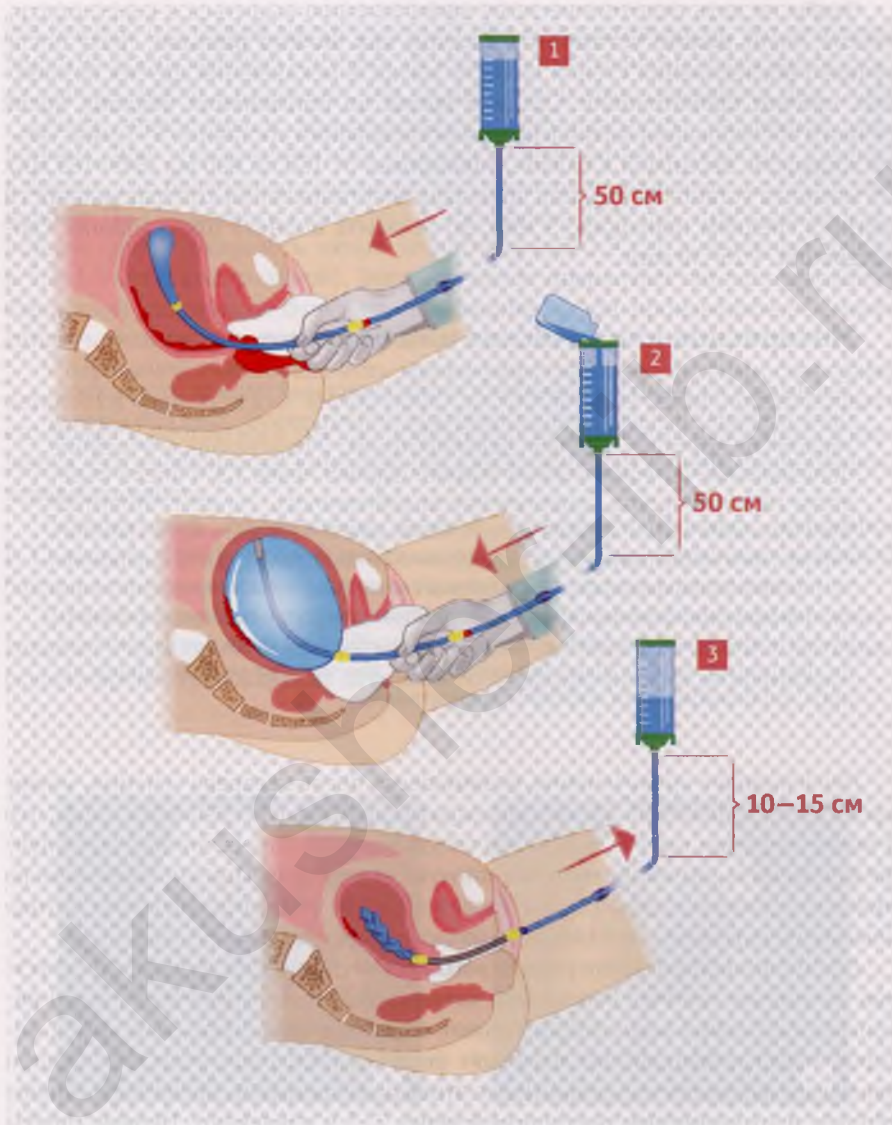


Рис. 7-47. Этапы внутриматочной гидростатической баллонной тампонады: 1 — введение сложенного баллона в матку; 2 — наполнение баллона под контролем объема вводимой жидкости; 3 — извлечение баллона.

Чтобы не дать гипотоническому кровотечению вылиться в коагулопатическое, очень **важно установить баллон как можно раньше**, сразу после ручного обследования стенок полости матки и исключения других возможных причин кровотечения. Среднее время до применения баллона после ручного обследования матки в нашем исследовании составило 5–7 мин. Объём жидкости, вводимой в баллон, варьировал от 150 до 800 мл (349 ± 165 мл). От момента установки баллона до начала восстановления контрактильности матки в среднем проходило 5 мин, до момента полного прекращения кровотечения — 25–30 мин.

Интересное клиническое наблюдение

Однажды у пациентки в ранний послеоперационный период (после кесарева сечения) началось гипотоническое кровотечение. Консервативная терапия не помогала. Сделали релапаротомию и перевязали внутренние подвздошные артерии с обеих сторон. Однако через 1,5 ч после перевязки гипотоническое кровотечение возобновилось. Начали готовиться к экстирпации матки, во время подготовки ввели в полость матки баллон. После этого необходимость в радикальной операции исчезла! Баллонная тампонада позволила сохранить женщине матку. В целом примечательно то, что при продолжающемся кровотечении мы сразу пошли на перевязку магистральных сосудов и лишь затем прибегли к баллонной тампонаде. Вероятно, лучше было бы наоборот... Именно так мы поступаем теперь, по возможности избегая лапаротомий.

Послеродовое кровотечение, развившееся после кесарева сечения, может продолжаться даже при адекватно сократившейся матке. Было показано, что в такой ситуации вместо перевязки сосудов или компрессионных швов лучше **применять управляемую баллонную тампонаду**. При кровотечении из нижнего сегмента хорошо сократившейся матки целенаправленная плотная компрессия стенкой наполненного баллона даёт хороший результат.

Для остановки интраоперационного кровотечения после удаления ступцов и остатков последа баллонный катетер вводят в матку через разрез ретроградно. Первой в разрез помещают осевую трубку, открытый конец которой через маточный зев проводят во влагалище; при этом сам баллон оказывается в полости матки. После этого рану ушивают, баллон заполняют тёплым изотоническим раствором и через 2–3 ч извлекают. Первые опыты оказались вполне успешными.

Ультразвуковой контроль позволяет убедиться, что гематома не нарастает, а баллон правильно расправлен в матке. Оказалось, что при контакте поверхно-

сти баллона со стенкой матки наступает пик контрактильности; это отчётливо видно на ультразвуковой картинке. Исчезает эконегативная полоска (кровь между стенкой матки и баллоном), обе поверхности плотно смыкаются (рис. 7-48).

Была определена и экономическая целесообразность баллонной тампонады. Для этого подсчитали стоимость инфузионной терапии. Лечение в группе, где баллонную тампонаду не применяли, обошлось на 2339,3 руб. дороже. При стоимости койко-дня в стационаре 2200 руб. пребывание в основной группе оказалось менее затратным ($4,3 \pm 1,9$ сут в основной группе и $5,2 \pm 1,9$ сут в контрольной). Экономическое преимущество использования баллонной тампонады будет ещё очевиднее, когда производители смогут снизить стоимость самого баллона.

У баллонной тампонады **есть преимущества** перед другими способами остановки кровотечения. Метод прост, не требует анестезии, и использовать его может и неопытный врач до прибытия ответственного дежурного, и акушерка. Его достоинства: контроль над акушерской ситуацией, стерильность, атравматичность.

Перспективна современная модель двоянного баллона (вспомним Р. Chassagny, 1880!). Вторым (влагалищный) резервуар удерживает основной баллон в полости матки и оказывает давление на сосуды малого таза.

По всей видимости, назрела необходимость оснастить все родовспомогательные учреждения баллонным катетером. Это поможет снизить материнскую смертность и сохранит детородную функцию многим роженицам.

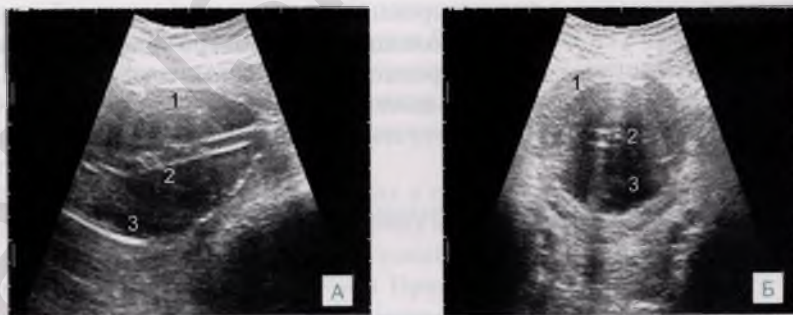


Рис. 7-48. Ультразвуковой контроль успешности баллонной тампонады: А — продольное сечение, Б — поперечное сечение; 1 — стенка матки, 2 — трубка, 3 — баллон.

Хирургический этап остановки кровотечения

Если кровопотеря достигла 1500 мл, а кровотечение продолжается, переходят ко второму, хирургическому этапу остановки кровотечения — выполняют лапаротомию. С самого начала операции желательна интраоперационная **реинфузия отмытых аутоэритроцитов** аппаратом Cell Saver. Последовательность мероприятий зависит от участия хирурга, способного перевязать внутренние подвздошные артерии.

Хирургический этап (лапаротомия) имеет чёткий алгоритм действий. Принцип «от простого к сложному» сохраняется и здесь.

1. После лапаротомии непосредственно в миометрий вводят динопрост 250 мкг.

2. Ишемизации матки достигают путём наложения зажимов и лигатур на сосудистые пучки маточных и яичниковых артерий.

3. Накладывают гемостатические компрессионные швы по Перейре, Б-Линчу и др.; возможно последующее введение гемостатического баллона.

4. Перевязывают внутренние подвздошные артерии.

5. Проводят ангиографическую эмболизацию (если есть соответствующие оборудование и персонал).

6. Выполняют ампутацию или экстирпацию матки.

Мы солидарны с авторами, советующими избегать радикальных хирургических операций (гистерэктомия) при лечении акушерских кровотечений (Курцер М.А., 2004 и 2008; Harma M. et al., 2005). Экстирпация матки не только инвалидизирует женщину — потеря этого значительного резервуара крови усугубляет кровопотерю.

На нашей клинической базе лигирование маточных и яичниковых сосудов используют более 15 лет — **в 60% больших кровопотерь удаётся избежать удаления матки**. Перевязка внутренних подвздошных артерий результативна примерно в 90% попыток, но даже при участии опытного хирурга creativa рядом осложнений (отрадно, что этих наблюдений не так много).

Принципы адекватной инфузионно-трансфузионной терапии

Проводить инфузионно-трансфузионную терапию следует одновременно с остановкой кровотечения. Состав инфузионных растворов зависит от величины кровопотери (табл. 7-13).

При исходных нарушениях гемостаза ещё на ранних этапах кровопотери с профилактической целью начинают переливать свежзамороженную

Таблица 7-13. Первоначальная инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении для пациентки массой 60 кг при ОЦК 4500 мл

Кровопотеря, мл	До 1000	1000–1500	1500–2100	2100 и более
Кровопотеря, % ОЦК	Менее 15	15–25	25–35	35 и более
Кровопотеря, % массы тела	Менее 1,5	1,5–2,5	2,5–3,5	3,5 и более
Кристаллоиды, мл	Объём кровопотери в 8 мл умножают на 3	2000	2000	2000
Коллоиды, раствор гидроксиэтилкрахмала 6%, мл	–	500–1000	1000–1500	2000
Свежезамороженная плазма, мл/кг	–	12–15	20–30	20–30
Реинфузия собственных эритроцитов аппаратом Cell Saver или эритроцитарная масса, мл	–	–	250–500 и более при показателе гемоглобина менее 60–70 г/л	

плазму. Все препараты крови необходимо вводить с использованием лейкоцитарных фильтров (Приказ Минздрава России №244/63 от 03.07.2001 года).

Основные правила инфузионно-трансфузионной терапии.

1. При **восполнении ОЦК и ликвидации гиповолемии** необходимо учитывать количественное соотношение вливаемых сред, объёмную скорость и длительность переливания.

2. При акушерских кровотечениях в первую очередь следует применять изотонический раствор натрия хлорида и растворы гидроксиэтилированного крахмала 6–10%. Объёмы использования этого препарата в России за последние годы выросли почти в 9 раз. **Преимущества препарата:**

- оптимальное молекулярно-массовое распределение;
- восстановление основных показателей макро- и микроциркуляции;
- закрытие пор капилляров;
- улучшение реологических свойств крови;
- восстановление барьерной функции стенок сосудов;

- остановка потери альбумина;
- профилактика и коррекция ДВС-синдрома.

3. Применение альбумина показано при гипопроотеинемии (снижение общего содержания белка в крови ниже 50 г/л), но не для стабилизации гемодинамики. При повышенной проницаемости капилляров молекулы альбумина покидают циркуляторное русло, что грозит осложнениями (отёк лёгких, ухудшение состояния миокарда, тканевые отёки).

4. Свежезамороженную плазму вводят **только для восполнения** факторов свёртывания крови при кровотечении. Плазма стабилизирует гемостаз, но не показатели гемодинамики, волемическое действие этого препарата весьма незначительно и непродолжительно.

5. Применяют ингибиторы протеаз и средства, блокирующие действие пламина.

6. Используют перфторуглероды, что позволяет либо обойтись без гемотрансфузии, либо выиграть время, необходимое для подбора совместимых препаратов крови.

7. Соотношение коллоиды/кристаллоиды при массивной кровопотере должно составлять 2/1.

8. Утраченный объём крови следует восполнять **постепенно**, 70% в течение 1–2 ч.

9. Объём гемотрансфузии зависит от тяжести кровопотери. Введение эритроцитной массы (срок хранения препарата — не более 3 сут) показано при кровопотере 25–30% ОЦК (1500 мл и более), содержании гемоглобина менее 70 г/л, показателе гематокрита менее 25.

10. Количество вводимой эритроцитной массы возрастает пропорционально объёму кровопотери: 2000 мл потери — 750 мл массы, 2500 мл — 1250 мл, 3000 мл и более — 1500 мл. Если в течение первых 1–2 ч удаётся восполнить 70% кровопотери, можно надеяться на благоприятный исход.

11. Критерии эффективности лечения: окраска и температура кожного покрова, ЧСС, величина АД и центрального венозного давления, почасовой диурез, показатели гематокрита, кислотно-основное состояние крови.

12. Показаний к переливанию цельной консервированной донорской крови нет, за исключением случаев острых массивных кровопотерь, когда в стационаре отсутствуют кровезаменители.

Даже при самой массивной кровопотере основные инфузионные среды (гидроксиэтилированный крахмал, свежемороженая плазма, альбумин, «Перфторан») и гемотрансфузию **следует применять дозированно**, в пределах 110–180% объёма, — это снижает вероятность трансфузионных осложнений.

Литература к главе 7

- Albers L.L., Anderson D., Cragin L. et al. Factors related to perineal trauma in childbirth // *J. Nurse Midwifery* – 1996. – Vol. 41. – №4. – P. 269–276. [PMID: 8828312]
- Arregoces L., Daly F., Pitt C. et al. Countdown to 2015: changes in official development assistance to reproductive, maternal, newborn, and child health, and assessment of progress between 2003 and 2012 // *Lancet Glob. Health.* – 2015. – Vol. 3. – №7. – P. e410–e421. [PMID: 26087987]
- Beck H., Gromadzki H., Lorentowicz L. et al. Poloznictwo i choroby kobiece. – Warszawa: Ars Medici, 1933. – P. 141–142.
- Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies // *Reprod. Health.* – 2015. – Vol. 12. – №12. – P. 57. [PMID: 26093498]
- Biasucci G., Rubini M., Riboni S. et al. Mode of delivery affects the bacterial community in the newborn gut // *Early Hum. Dev.* – 2010. – Vol. 86. – Suppl. 1. – P. 13–15. [PMID: 20133091]
- Blencowe H., Cousens S., Bianchi Jassir F. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis // *Lancet Glob. Health.* – 2016. – Vol. 4. – №2. – P. e98–e108. [PMID: 26795602]
- Braun S. Operacjach polozniczych. – Kraków: Wydawnictwo Dziel Lekarskich, 1891. – 149 p.
- Bricker L., Luckas M. Amniotomy alone for induction of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2000. – Vol. 4. – Art. №CD002862. [PMID: 11034776]
- Carroli G., Mignini L. Episiotomy for vaginal birth // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2009. – Vol. 1. – Art. №CD000081. [PMID: 19160176]
- Chang H.H., Larson J., Blencowe H. et al. Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index // *Lancet.* – 2013. – Vol. 381. – №9862. – P. 223–234. [PMID: 23158883]
- Chou Y.C., Yu K.J. Entrapped vaginal pessary presented with frequency and urge incontinenc // *Chin. Med. Assoc.* – 2003. – Vol. 66. – №3. – P. 181–183. [PMID: 12779040]
- Christilaw J.E. Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate // *International J. Gynecol. Obstet.* – 2006. – Vol. 94. – №3. – P. 262–268. [PMID: 16842789]
- Cousens S., Blencowe H., Stanton C. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis // *Lancet.* – 2011. – Vol. 377. – №9774. – P. 1319–1330. [PMID: 21496917]
- Darmstadt G.L., Kinney M.V., Chopra M. et al. Who has been caring for the baby? // *Lancet.* – 2014. – Vol. 384. – №9938. – P. 174–188. [PMID: 24853603]
- Das Skalpell als Geburtshelfer. Der Trend zum Kaiserschnitt scheint unaufhaltsam. – URL: <https://www.ihre-vorsorge.de/magazin/nachrichten/rente/news-single/article/das-skalpell-als-geburtshelfer.html>.
- DeLeeuw J.W., Struijk P.C., Vierhout M.E. et al. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery // *BJOG* – 2001. – Vol. 108. – №4. – P. 583–587.
- Diaz C.R. La maniobra de Kristeller: Revisión de las evidencias científicas // *Matronas. Prof.* – 2011. – Vol. 12. – №3. – P. 82–89.
- Dodd J.M., Crowther C.A., Huertas E. et al. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2013. – Vol. 12. – Art. №CD004224. [PMID: 24323886]
- Dominguez-Bello M.G., Costello E.K., Contreras M. et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* – 2010. – Vol. 107. – №26. – P. 11971–11975. [PMID: 20566857]
- Eason E., Feldma P. Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? // *Obstet. Gynecol.* – 2000. – Vol. 95. – №4. – P. 616–618. [PMID: 10725500]
- Elbourne D.R., Prendiville W.J., Carroli G. et al. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2001. – Vol. 4. – Art. №CD001808. [PMID: 11687123]
- Enekwe A., Rothmund R., Uhl B. Abdominal access for shoulder dystocia as a last resort: A case report // *Geburtshilfe Frauenheilkd.* – 2012. – Vol. 72. – №7. – P. 634–638. [PMID: 25264378]
- Engelmann G. Die Geburt bei den Urvölkern. – Wilhelm Braumüller, 1884. – P. 176–197.
- Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline: SOGC clinical practice guideline. – Canada, 2007. – 57 p.
- Frøen J.F., Friberg I.K., Lawn J.E. et al. Stillbirths: progress and unfinished business // *Lancet.* – 2016. – Vol. 387. – №10018. – P. 574–586. [PMID: 26794077]
- Giguere R. Social determinants of cesarean deliveries in Latin America: A case study of Brazil // *Center for global initiatives.* – 2007. – 47 p.
- Gurel H., Gurel S.A. Pelvic relaxation and associated risk factors: The results of logistic regression analysis // *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* – 1999. – Vol. 78. – №4. – P. 290–293. [PMID: 10203294]
- Haas D.M., Morgan A.D.S., Contreras K. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2010. – Vol. 3. – Art. №CD007892. [PMID: 20238357]
- Hansen A.K., Wisborg K., Ulbjerg N. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study // *BMJ.* – 2008. – Vol. 336. – №7635. – P. 85–87. [PMID: 18077440]
- Harma M., Gungen N., Ozturk A. B-Lynch uterine compression suture for postpartum haemorrhage due to placenta praevia accreta // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* – 2005. – Vol. 45. – №1. – P. 93–95. [PMID: 15730380]
- Hill J.B., Ammons A., Chauhan S.P. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 55. – №4. – P. 969–977. [PMID: 23090466]
- Hyde M.J., Modi N. The long-term effects of birth by caesarean section: The case for a randomised controlled trial // *Early Hum. Dev.* – 2012. – Vol. 88. – №12. – P. 943–949. [PMID: 23056493]
- Kleitman V., Feldman R., Walfisch A. et al. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? // *Arch. Gynecol. Obstet.* – 2016. [Epub ahead of print] [PMID: 27338567]
- Kline-Kaye V., Miller-Slade D. The use of fundal pressure during the second stage of labor // *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* – 1990. – Vol. 19. – №6. – P. 511–517. [PMID: 2269906]

- Knox A.J., Sadler L., Pattison N.S. et al. An obstetric scoring system: its development and application in obstetric management // *Obstet. Gynecol.* — 1993. — Vol. 81. — №2. — P. 195–199. [PMID: 8423949]
- Krassowski W. Akuszerya. Operacje Akuszeryjne. — Warszawa: Gazety Lekarskiej, 1879. — T. 2. — P. 207–210.
- Kristeller S. Die expressio fetus. Neues entbindungsverfahren unter anwendung auserer handgriffe // *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten.* — 1867. — Vol. 29. — P. 337–387.
- Langenhach C. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: a meta-analysis International journal of gynecology and obstetrics. — 2006. — №9. — P. 10–18. [PMID: 16309682]
- Laughon S.K., Berghella V., Reddy U.M. et al. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor // *Obstet. Gynecol.* — 2014. — Vol. 124. — №1. — P. 57–67. [PMID: 24901265]
- Lawn J.E., Blencow H., Pattinson R. et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? // *Lancet.* — 2011. — Vol. 377. — №9775. — P. 1448–1463. [PMID: 21456911]
- Lawn J.E., Gravett M.G., Nunes T.M. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): Definitions, description of the burden and opportunities to improve data // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2010. — Vol. 10. — Suppl. 1. — P. s1. [PMID: 20233382]
- Lewis L., Hauck Y.L., Ritchie S. et al. Australian women's perception of their preparation for and actual experience of a recent scheduled caesarean birth // *Midwifery.* — 2014. — Vol. 30. — №3. — P. e131–e136. [PMID: 24445077]
- Martius H. Die geburtshilflichen operationen. Georg Tieme Leibzig: Verlag, 1934. — P. 123.
- Miller Ronald D. et al. Miller's Anesthesia. — 7th ed. — New York: Elsevier Science, 2009. — 3084 p.
- Molinaro T.A., Barnhart K.T. Ectopic pregnancies in unusual locations // *Semin. Reprod. Med.* — 2007. — Vol. 25. — №2. — P. 123–130. [PMID: 17377899]
- Myers-Helfgott M.G., Helfgott A.W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? // *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* — 1999. — Vol. 26. — №2. — P. 305–325. [PMID: 10399764]
- Niklasson B., Georgsson Ohman S., Segerdahl M. et al. Risk factors for persistent pain and its influence on maternal wellbeing after cesarean section // *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* — 2015. — Vol. 94. — №6. — P. 622–628. [PMID: 25714852]
- O'Neill S.M., Kearney P.M., Kenny L.C. et al. Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: Systematic review and meta-analysis // *PLoS One.* — 2013. — Vol. 8. — №1. — P. e54588. [PMID: 23372739]
- Okada H., Kuhn C., Feillet H. et al. The "hygiene hypothesis" for autoimmune and allergic diseases: An update // *Clin. Exp. Immunol.* — 2010. — Vol. 160. — №1. — P. 1–9. [PMID: 20415844]
- Ola E.R., Bello O., Abudu O.O. et al. Episiotomies in Nigeria — should their use be restricted? // *Niger Postgrad. Med. J.* — 2002. — Vol. 9. — №1. — P. 13–16. [PMID: 11932755]
- Peleg D., Kennedy C.M., Merrill D. et al. Risk of repetition of a severe perineal laceration // *Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 93. — №6. — P. 1021–1024. [PMID: 10362174]
- Peltonen T. Placental transfusion: Advantage and disadvantage // *Eur. J. Pediatr.* — 1981. — Vol. 137. — №2. — P. 141–146. [PMID: 7308224]
- Prenville W.J., Elbourne D., McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2009. — Vol. 3. — Art. №CD000007. [PMID: 19588315]
- Rockner G., Fianu-Jonasson A. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* — 1999. — Vol. 106. — №2. — P. 95–101. [PMID: 10426673]
- Seman E.I., Cook J.R., O'Shea R.T. Two-year experience with laparoscopic pelvic floor repair // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* — 2003. — Vol. 10. — №1. — P. 38–45. [PMID: 12554992]
- Shorten A., Shorten B. Women's choice? The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australian hospitals // *Midwifery.* — 2000. — Vol. 16. — №3. — P. 204–212. [PMID: 10970754]
- Schroeder K. Lehrbuch der Geburtshilfe. — Bonn: Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen), 1880. — P. 264–267.
- Schroeder K. Lehrbuch der Geburtshilfe. — Bonn: Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen), 1884. — P. 272–275.
- Sentilhes L., Sénat M.V., Boulogne A.I. et al. Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice from the French college of gynecologists and obstetricians (CNGOF) // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2016. — Vol. 203. — P. 156–161. [PMID: 27318182]
- Sleth J.C., Guillot B., Kluger N. Lumbar tattoos and neuraxial anaesthesia in obstetrics: Practice survey in Languedoc-Roussillon, France // *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* — 2010. — Vol. 29. — №5. — P. 397–401. [PMID: 20483558]
- Su L.L., Cheng Y.S., Samuel M. Carbetocin for preventing postpartum haemorrhage // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2012. — Vol. 2. — Art. №CD005457. [PMID: 22336812]
- Trojano L., Pregazzi R., Bortoli P. et al. Post-partum urogenital and perineal prolapse // *Minerva Ginecol.* — 2000. — Vol. 52. — №7–8. — P. 299–305. [PMID: 11148852]
- Van de Ven J., van Deursen F.J., van Runnard Heijmel P.J. et al. Effectiveness of team training in managing shoulder dystocia: A retrospective study // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* — 2016. — Vol. 29. — №19. — P. 3167–3171. [PMID: 26669821]
- Verheijen E.C., Raven J.H., Hofmeyr G.J. Fundal pressure during the second stage of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2009. — Vol. 4. — Art. №CD006067. [PMID: 19821352]
- Visco P., Tocca A., Russo P.L. Episiotomy: Clinical, technical and psychological aspects // *Minerva Gynecol.* — 1996. — Vol. 48. — №1–2. — P. 39–43. [PMID: 8750489]
- Vogel P., Betrán A.P., Vindevooghel N. et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys // *Lancet Glob. Health.* — 2015. — Vol. 3. — №5. — P. e260–e270. [PMID: 25866355]
- Waszynski E. Kristeller's procedure — Expressio fetus, its genesis and contemporary application // *Ginekol. Pol.* — 2008. — Vol. 79. — №4. — P. 297–300. [PMID: 18592869]
- Weeks J.D., Kozak L.J. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980–1998 // *Birth.* — 2001. — Vol. 28. — №3. — P. 152–160. [PMID: 11552962]
- Westhoff G., Cotter A.M., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Vol. 10. — Art. №CD001808. [PMID: 24173606]
- Whitehead N.S. Prenatal counseling on seat belt use and crash-related medical care // *Matern. Child Health J.* — 2013. — Vol. 17. — №9. — P. 1527–1532. [PMID: 21811808]
- Statement on caesarean section rates. — Geneva: WHO, 2015. — URL: http://wibwif.com/docs/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.
- Wilkin P. The Kielland forceps and transverse arrest: Statistics from the university maternity of the Hôpital Saint-Pierre under prof. J.

- Snoeck from 1938–1949 // Bull. Fed. Soc. Gynecol. Obstet. — 1951. — Vol. 3. — №2. — P. 177–192. [PMID: 14858968]
- Williams F.L., Florey C., Mires G.J. et al. Episiotomy and perineal tears in low-risk UK primigravidae // J. Public Health. Med. — 1998. — Vol. 20. — №4. — P. 422–427. [PMID: 9923949]
- Yilmaz T. Patients have no right to demand C-sections, says Turkish Health Minister. — URL: <http://www.hurriyetdailynews.com/patients-have-no-right-to-demand-c-sections-says-turkish-health-minister.aspx?PageID=238&NID=75861&NewsCatID=341>.
- You D., Hug L., Ejdemyr S. et al. Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN inter-agency group for child mortality estimation // Lancet. — 2015. — Vol. 386. — №10010. — P. 2275–2286. [PMID: 26361942]
- Абраменко В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей. — СПб.: Специальная литература, 1999. — 668 с.
- Авраменко Н.В., Петряев Ю.Ф., Барковский Д.Е. Перезавязка внутренних подвздошных артерий как метод выбора хирургической остановки кровотечений в акушерской практике // Запорожский медицинский журнал. — 2015. — Т. 3. — №72. — С. 5–6.
- Адамян Л.В., Смольнова Т.Ю., Петрухин В.А. и др. Проект оказания медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений). — Российское общество акушеров-гинекологов. — 27 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1080 с.
- Акушерство: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 773 с.
- Акушерство: Руководство к практическим занятиям / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 728 с.
- Акушерство: Учебник для акушерок / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 904 с.
- Ананьев В.А. Сравнительная оценка некоторых методов рассечения и восстановления промежности в родах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — 25 с.
- Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.
- Бабаев В.А. Управляемая эпидуральная блокада — метод регионарной анестезии в обезболивании родов у рожениц с высокой степенью риска / Регионарная анестезия и анальгезия: Сб. науч. тр. — М., 1987. — С. 123–126.
- Бадаева А.А. Динамика частоты кесарева сечения по Тульской области за 2000–2010 гг.: Мультицентровое ретроспективное исследование // Вестник новых медицинских технологий. — 2014. — №1. — С. 2–117.
- Баев О.Р., Комиссарова Л.М., Пучко Т.К. и др. Базовый протокол ведения родов. — М., 2011. — 20 с.
- Баев О.Р., Румянцева В.П., Кан Н.Е. и др. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение: Клинический протокол. — М., 2012. — 18 с.
- Бакшеев Н. С. Клинические лекции по акушерству. — М.: Медицина, 1972. — 512 с.
- Беломестнов С.Р., Галина Т.В., Жилин А.В. и др. Результаты многоцентрового проспективного сравнительного рандомизированного исследования эффективности и безопасности препаратов пабал (карбетотин) и окситоцин // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. — 2015. — Т. 2. — №1. — С. 48–54.
- Белоцерковцева Л.Д. и др. Управляемая баллонная тампонада матки при послеродовых кровотечениях // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2011. — №10 (5). — С. 36–41.
- Бер А.А., Капилевич Л.В. Влияние водно-дыхательного тренинга на характеристики маточно-плацентарного кровотока // Вестник Томского государственного университета. — 2013. — №371. — С. 153–155. — (Психология и педагогика).
- Баскетт Т.Ф., Калдер Э.А., Арулкумаран С. Оперативное акушерство Манро Керра. — М.: Логосфера, 2015. — 392 с.
- Биддер Э.Ф. Разбор способа выжимания плода при черепных положениях по Kristeller'у. — Сиб., 1880.
- Бумм Э. Руководство к изучению акушерства. — 2-е изд. — СПб., 1907. — 413 с.
- Буштырева И.О., Чернавский В.В., Буштырев А.В. и др. Спонтанный разрыв матки в родах: Клинический случай // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №2 (31). — С. 135–137.
- Вакуум-экстракция плода: Методическое письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации №15-4/10-2-748. — М., 2012. — 12 с.
- Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом: Информационное письмо, 26 ноября 2005 г. №2510/11869-02-32.
- Вербов Я.Ф. Матка женщины, ее нормальная работа и ее разрывы во время родов. — СПб.: Типо-литография Евг. Тиле, 1913. — 152 с.
- Гагаев Ч.Г., Рябинкина Т.С., Добрецова Т.А. КГТ-мониторинг: от субъективного к достоверному // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №1 (24). — С. 103–111.
- Голота В.Я., Сонник Г.Т., Радзинский В.Е. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода. — Киев: Здоровье, 1985. — 185 с.
- Груздев В.С. Курс акушерства и женских болезней. — Т. 2. — Ч. 2. — Берлин, 1922.
- Дистлер В., Рин А. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 416 с.
- Дубинская Е.Д., Добрецова Т.А., Иласова И.Д. Новые возможности профилактики перинатальных спаек при ВЗОМТ // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 90–96.
- Жаркин А.Ф., Жаркин Н.А. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии. — М.: Медицина, 1988. — 160 с.
- Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р., Вергопуло А.А. и др. Гемоконпонентная терапия: плюсы и минусы // Здравоохранение. — 2015. — №11. — С. 40–47.
- Златовратская Т.В. Современные подходы к абдоминальному родоразрешению в условиях многопрофильной больницы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2008. — 49 с.
- Иванкова Н.М. Влияние оперативного валагидного родоразрешения на состояние матери и новорожденного: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2014. — 129 с.
- Игнатко И.В., Липницкая Т.Е., Минкина Т.В. Выбор акушерской тактики при тазовом предлежании с учётом гемодинамики в вертебробазилярной системе плода и новорожденного // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — Т. 4. — №2. — С. 50–55.

- Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 24 с.
- Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний: Выпуск новостей. — ВОЗ, 2015. — URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru>.
- Клинические рекомендации «Акушерство и гинекология»: Протоколы лечения. — М., 2015. — 297 с.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.
- Князев С.А. Можно ли совместить безопасность и комфорт во время родов? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 13–19.
- Князев С.А., Рыжова Т.Е. Визуальные методы оценки дилатации шейки матки в родах // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 141–145.
- Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логутова Л.С. и др. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ТОО «Техлит»: Медицина, 1997. — 285 с.
- Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Озол А.Л. и др. Кесарево сечение. — Киев: Здоровье, 1993. — 240 с.
- Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2012. — 48 с.
- Крассовский А. Оперативное акушерство со включением учения о невравильностях женского таза. — СПб., 1885. — 677 с.
- Кузнецов П.А., Князев С.А., Катаева О.А. Шкала Апгар — рабочий инструмент или «перевод стрелок»? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 18–25.
- Кукарская И.И. Управляемая баллонная тампонада матки при операции кесарева сечения как метод профилактики острой массивной кровопотери // Акушерство и гинекология. — 2012. — №7. — С. 80–83.
- Кукуруза И.Л., Могилевкина И.А. Вакуум-экстракция плода — один из факторов снижения интранатальной смертности на региональном уровне // Таврический медико-биологический вестник. — 2012. — Т. 15. — №2. — Ч. 1 (58). — С. 186–189.
- Куликов А.В., Шифман Е.М. Анестезия в акушерстве: Проект клинических рекомендаций. — Екатеринбург, 2013. — 33 с.
- Куликов А.В., Шифман Е.М., Сокологорский С.В. и др. Клинические рекомендации по обезболиванию при операции кесарева сечения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 115–123.
- Куликов А.В. и др. Клинические рекомендации по нейроаксиальным методам обезбоживания родов // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №4 (21). — С. 107–114.
- Курцер М.А., Бреслав И.Ю. Значение перевязки внутренних подвздошных артерий в лечении массивных акушерских кровотечениях // Акушерство и гинекология. — 2008. — №6. — С. 18–23.
- Лазаревич И.П. Курс акушерства: в 2 т. — Харьков, 1877.
- Ланцев Е.А., Абрамченко В.В. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве: Руководство для врачей. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 624 с.
- Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 8-е изд. — М.: МИА, 2008. — 436 с.
- Малевич Ю.К., Шостак В.А. Вакуум-экстракция плода: Методические рекомендации. — Минск: БГМУ, 2011. — 22 с.
- Марилова Н.А. Влияние повторных родов на состояние тазового дна: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 20 с.
- Марченко Т.Б. Ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2015. — 135 с.
- Материалы II Всероссийского конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии». — М., 2009. — 213 с.
- Нагорная В.Ф. Акушерский травматизм // Здоровье Украины. — 2011. — Тематический номер «Акушерство. Лекция». — С. 34–38.
- Никонов Е.Л., Саверский А.В., Саверская С.А. и др. Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения // Кремлёвская медицина. — 2009. — №1. — С. 128–131.
- Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения РФ, 15 июля 2016 г. №520н.
- О переходе на рекомендованные Всемирной Организацией Здравоохранения критерии живорождения и мертворождения: Приказ Министерства здравоохранения РФ, 4 декабря 1992 г. №318.
- Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий: Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 13 июля 2011 г. №15-4/10/2-6796.
- Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде: Письмо Министерства здравоохранения РФ, 6 мая 2014 г. №15-4/10/2-3185.
- Оленев А.С. Баллонная тампонада матки как метод лечения гипотонических акушерских кровотечений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 21 с.
- Омуркулова Г.С. Особенности соматической и репродуктивного анамнеза женщин, роды которых осложнились цефало-пельвической дистокцией // Медицина и фармакология. — 2016. — №1-2 (24). — URL: <http://universum.com/ru/med/archive/item/2944>.
- Орлова В.С., Калашикова И.В., Булгакова Е.В. и др. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства // Журнал акушерства и женских болезней. — 2013. — Т. LXII. — №4. — С. 6–14.
- Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. — М.: Минздрав России, 2015. — 165 с.
- Пастернак А.Ю. Современные тенденции в родоразрешении женщин с оперированной маткой // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — №2. — URL: <https://www.science-education.ru/116-12294>.
- Перинеология / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: РУДН, 2010. — 372 с.
- Подтетенев А.Д., Стрижова Н.В. Аномалии родовой деятельности. — М.: Медицинское информ. агентство, 2006. — 128 с.
- Пирогова В.И. Вопросы перинеологии в современном акушерстве // Здоровье Украины. — 2012. — №5. — С. 16–18.
- Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А. Регуляция родовой деятельности. — М., 2003. — 53 с.
- Поршняков Н.М. Влияние выпадения пуповины на исход родов для матери и плода: Дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1901.

- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Кирбасова Н.П., Маржарян Н.М. Резервы снижения кровопотери при абдоминальном родоразрешении: Результаты рандомизированного исследования // Акушерство и гинекология. — 2015. — №6. — С. 40–45.
- Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке / Под ред. Т.А. Николаевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 256 с.
- Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М. и др. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов: Учебно-методический комплекс / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2008. — 78 с.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Соловьёва А.В. Санация перед родами и гинекологическими операциями: нужна? Не нужна? Вредна? Диагностика и коррекция нарушений влагалищного биоценоза в программах подготовки к родоразрешению и гинекологическим операциям: Клиническая лекция. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2011. — 20 с.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Жукковский Я.Г. и др. Современные подходы к лечению послеродовых акушерских кровотечений // Акушерство и гинекология. — 2008. — №3. — С. 25–29.
- Радзинский В.Е., Кузнецова О.А., Костин И.Н. и др. Современные технологии лечения акушерских кровотечений // Фарматека. — 2010. — №1. — С. 12–16.
- Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родословия // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 183–184.
- Радзинский В.Е. Контраверсии в акушерстве и гинекологии (по материалам одноимённого конгресса, 22–25 марта 2007 г.) // Акушерство и гинекология. — 2008. — №5. — С. 70–71.
- Радзинский В.Е. Перинеология. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 336 с.
- Радзинский В.Е., Гордеев А.Н. Актуальные вопросы современного акушерства (по материалам XVIII конгресса FIGO, 2006 г.) // Акушерство и гинекология. — 2007. — №6. — С. 83–85.
- Радзинский В.Е., Дурандин Ю.М., Токтар Л.Р. и др. Родовые травмы промежности и их последствия у повторнородящих // Вестн. РУДН. — 2003. — №1. — С. 20–24. — (Медицина. Акушерство и гинекология).
- Радзинский В.Е., Златовратская Т.В., Голикова Т.П. и др. «Аппаратные дети». Кто они? // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». — М.: МИК, 2006. — С. 592–593.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 12–17.
- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Кирбасова Н.П. Сократительную активность матки можно регулировать. Вопросы акушерского мироздания: Информационное письмо. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 24 с.
- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Кирбасова Н.П., Маржарян Н.М. Резервы снижения кровопотери при абдоминальном родоразрешении: Результаты рандомизированного многоцентрового исследования // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №1 (24). — С. 29–36.
- Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Князев С.А. и др. Запланированное кесарево сечение при высоком перинатальном риске // Вестник РУДН. — 2007. — №5. — С. 59–65.
- Радиоволна и аргоновая плазма в практике акушера-гинеколога / Под ред. В.Е. Радзинского, Е.Ю. Глухова. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 216 с.
- Российский статистический ежегодник. 2015. — М., 2015. — 728 с.
- Рымашевский А.Н., Радзинский В.Е., Красникова Н.А. и др. Хирургический компонент лечения акушерских и гипотонических кровотечений // Акушерство и гинекология. — 2008. — №3. — С. 25–30.
- Серов В.Н. и др. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при послеродовом кровотечении: Клинические рекомендации. — 2013. — 20 с.
- Смольнова Т.Ю. Защита промежности в родах // Российский медицинский журнал. — 2012. — №6. — С. 32–35.
- Соловьёва А.А., Стуров В.Г., Руднева О.Д. Современные подходы к профилактике тромбозмембранных осложнений во время беременности // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 59–65.
- Старцева Н.М. Резервы снижения перинатальной заболеваемости и смертности детей с задержкой развития плода при недоношенной беременности: Автореф. дис. ... док. мед. наук — М., 2006. — 62 с.
- Ткаченко Л.В., Деларю А.В. Менеджмент качества медицинской помощи: Классификация дефектов оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи // Медицинское право. — 2007. — №4. — С. 18–20.
- Токтар Л.Р., Крижановская А.Н. Перинеология: очевидное и недоказанное: Пост-релиз и материалы научной программы II Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: Казанские чтения. Здоровье женщины — здоровье нации». — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 28 с.
- Фаткуллин И.Ф. Организационные аспекты внедрения органосохраняющих технологий при акушерских кровотечениях // Акушерство и гинекология. — 2008. — №3. — С. 58–60.
- Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р., Федотов С.В. и др. Кесарево сечение при недоношенной беременности // Акушерство и гинекология. — 2009. — №3. — С. 46–48.
- Феноменов Н.Н. Оперативное акушерство. — 4-е изд., доп. — СПб., 1902. — 491 с.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адамян, Н.В. Артымук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.
- Цхай В.Б. Редкие нетипичные разрывы матки // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 111–114.
- Черепнина А.Л., Панина О.Б., Олешкевич Л.Н. Ведение беременности и родов при крупном плоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии — 2005. — Т. 4. — №1. — С. 15–19.
- Шифман Е.М., Куликов А.В., Беломестнов С.Р. Клинические рекомендации по интенсивной терапии и анестезии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №1 (18). — С. 107–115.
- Штеккель В. Основы акушерства: в 2 т. — М.-Л.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935.



ГЛАВА 8

«ЕСТЕСТВЕННОЕ АКУШЕРСТВО»: ПРАВДА И ЛОЖЬ



В книге, где основной лейтмотив — акушерская агрессия, было бы немислимо обойти вниманием тему «естественного акушерства». Тем более что люди, занимающиеся **родами вне специализированных учреждений**, сами себя рекламируют как идеальную защиту от акушерской агрессии. Речь идёт о вариациях ведения родового процесса, причисляемых к «альтернативному» или «оппозиционному» акушерству, — домашних родах, родах в воду — и о стоящих несколько особняком коммерческих организациях, проводящих на базе лечебных учреждений «духовные», «традиционные», или, как они сами их называют, «естественные роды».

Российские акушеры, как правило, агрессивно выступают против подобной практики, но их противники тоже не остаются в долгу, отвечая градом колкостей и обвинений «во всех смертных грехах». С точки зрения большинства практикующих врачей, периодически сталкивающихся на дежурствах с **последствиями домашних родов**, легче всего было бы запретить подобную деятельность, ввести в Уголовный кодекс РФ соответствующие статьи, показать по телевидению несколько сюжетов с реальными приговорами и тюремными сроками за подобного рода деятельность.

Однако станут ли эти серьёзные меры **решением проблемы**, если ответ на вопрос «Почему женщины это выбрали?» до сих пор так и не найден? И насколько мы, приверженцы традиционного акушерства, имеем право безапелляционно судить, если из содержания этой книги становится ясно, что мы сами не безгрешны.

Исторический экскурс

Для начала стоит разобраться в проблеме, используя крупницы **достоверной** информации, поскольку эта тема по количеству мифов, легенд, прямой лжи и подтасовки фактов, наверное, не имеет себе равных в акушерстве.

Почему вообще в России и в мире есть женщины, которые **не хотят рожать в медицинских учреждениях** и откуда берут начало их на первый взгляд странные предпочтения?

На своих интернет-сайтах «духовные акушерки» историю домашних родов ведут с 1960-х годов. Это странно, ведь домашние роды не возникли в XX веке — они **были всегда**. Очевидно, что до развития сети родовспомогательных учреждений все роды были домашними с небольшими вариациями: в поле, в лесу и т.д. К примеру, графиня С.А. Толстая родила дома в Ясной Поляне 13 (!) детей на одной и той же кушетке при помощи одной и той же акушерки. Однако далеко не всегда такие роды хорошо заканчивались для матери и ребёнка. К концу XVIII века практически каждый третий младенец

не доживал до года, а сам процесс родов проходил **без вмешательств** по той причине, что «вмешиваться» было просто некому.

В наши дни любой сведущий врач и любая информированная мать соглашались, что столь высокий показатель **младенческой смерти** — чрезмерная плата за «естественность процесса».

При этом **материнская смертность** была бичом не только неимущих, но и самых обеспеченных слоёв населения. Вспомните классику: как умирала «маленькая княгиня» в «Войне и мире»; как описывали смерть в родах В.В. Вересаев, М.А. Булгаков! До сих пор в основе человеческой **трагедии мирового масштаба** под названием «материнская смертность» лежит невозможность перевести «домашние» роды в обеспеченные медицинским сопровождением квалифицированного персонала. Кстати, как вы думаете, какое слово здесь **ключевое**: «домашние» или «квалифицированного»? Как ни парадоксально, суть заключается не в искоренении домашних родов, а в **доступности квалифицированного персонала**. Простой перевод из дома в стационар, конечно, снижает риск материнской и перинатальной смертности, но далеко не в той степени, как нам хотелось бы. По данным проф. И.Н. Костина, **самый большой** показатель материнской смертности отмечен именно в **маломощных стационарах**, где проходит менее 600, а чаще 300 родов в год, то есть менее одних-двух родов в сутки. В этих условиях у врача нет возможности приобрести опыт и отработать практически тактику экстренной помощи.

Причина невозможности обеспечить всех квалифицированной помощью — **экономическая**: наша цивилизация слишком бедна, чтобы каждой роженице предоставить специалиста. Даже для создания роддомов (пусть и переполненных!) на такое количество рожениц в мире необходимо \$72 трлн, однако мировое сообщество таких средств не имеет. В этих условиях более актуальна мечта хоть о каком-нибудь учреждении, где была бы возможность получить минимальную помощь. Кстати, в развивающихся странах как раз **почти все роды** происходят дома, однако периодически участвующие в похоронных обрядах родственники умерших молодых матерей почему-то не очень этому рады. Конечно, подобная ситуация — крайность, которую наша страна преодолела ещё к началу 1930-х годов (вот где проявился гений организаторов здравоохранения!), и сейчас перед ней стоят **более сложные цели** и задачи.

В высокоразвитых странах финансовые вложения в родовспоможение превратили механизм оказания экстренной помощи в быстро действующую **отлаженную систему**, а профессиональный подход к определению индивидуальной для каждой беременной степени риска позволил выделить из них тех, кому с наименьшей вероятностью потребуется помощь квалифицированного специалиста. Это дало возможность делать **индивидуальные от-**

ступления от сложившейся системы родовспоможения. Однако далеко не все страны пожелали воспользоваться этим преимуществом.

Частота домашних родов в развитых странах, за исключением Голландии, достаточно низка. По данным Мелиссы Чейни (Melissa Cheyne), в США она не превышает 1–1,5%, а в Словении роды дома вообще вне закона. Каждое государство по-своему относится к домашним родам — в зависимости от системы финансирования здравоохранения, территориальных и прочих особенностей, и эти подходы могут быть различными. Несмотря на более низкую **стоимость** домашних родов: в Великобритании роды в государственном учреждении в пересчёте на долларový эквивалент стоят около \$2500, в частном центре — \$10 000–15 000. В то же время домашние роды с государственной акушеркой обходятся примерно в \$1500, однако многие страны отказываются включать их в систему медицинского страхования.

В 2014 году Европейский суд по правам человека **отклонил иск** чешских сторонников родов на дому, в котором истцы пытались изменить медицинское страховое законодательство и попутно пожаловались на закон, вышедший в Чешской Республике в апреле 2012 года, согласно которому ассистентки, оказывающие акушерскую помощь в домашних условиях и работающие без необходимых для специфики такой работы разрешений, могут подвергнуться весьма высоким штрафам. По мнению сторонников домашних родов, это ущемляет право женщины рожать дома. Суд пришёл к выводу, что роженицы в Чехии в данном случае не были дискриминированы, и констатировал, что статья №8 Европейского соглашения о защите прав человека, предусматривающая уважительное отношение к частной и семейной жизни, нарушена не была. Суд также принял во внимание тот факт, что на европейском уровне **нет единого мнения** по поводу практики осуществления родов на дому, и то, что в законе **не закреплён финансовый аспект** предоставления такой экстренной медицинской помощи. В Чехии услуги акушерки на дому может оплатить сама роженица, так как медицинские страховые компании этот вид помощи не оплачивают. Вся проблема заключается в доступности квалифицированной и хорошо оснащённой помощи в случае возникновения экстремальной ситуации, а застраховаться от неё на 100% невозможно. А есть ли из-за чего «ломать копья», стоит ли сама идея того, чтобы принимать её во внимание?

Давайте посмотрим аргументы «за». Лиц, пропагандирующих роды на дому, можно условно разделить на две группы: предлагающих подобные роды **по убеждениям** и извлекающих из этого **коммерческую выгоду**. Отличить первых от вторых достаточно затруднительно, поскольку ради получения материального вознаграждения нечистоплотные дельцы прикидываются яркими сторонниками любой, даже выглядящей абсурдно идеи. В этом

случае даже профессионалу трудно вычислить за агрессивной маскировкой тонкий меркантильный расчёт. Подобным образом работают многие деструктивные секты, обещая за материальные пожертвования в свой карман попадание в рай или чудесное спасение. В процессе агитации за домашние роды **в ход идут похожие лозунги**: роды от Бога, божественное рождение, связь с космосом и любой подобный набор штампов, сильно действующих на женщин с лабильной психикой. Как и в секте, главное — убедить женщину отказаться от любого общения с лицами, которые могут развенчать пропагандируемые идеи. Именно поэтому многие женщины, подвергшиеся такой обработке, не ходят в женские консультации и не обращаются к врачам до тех пор, пока ситуация не станет совсем критической. Здесь на руку выше обозначенной теории играет изначально **природная естественность** родового акта.

Акушерство в самом широком смысле состоит из физиологически обусловленных процессов и патологических отклонений. Главная задача врача — предупреждение перехода первого во второе или быстрая реакция, если нарушения всё же возникли. Поскольку **здоровая женщина**, как правило, рождает без проблем, деятельность данных «духовных акушеров» может продолжаться довольно долгое время. Даже в случае фатального исхода родов после соответствующей обработки их клиенты думают, что сами виноваты в смерти ребёнка. Далеко **не всегда** дело доходит до юридических последствий. Вопрос **пресечения** подобной деятельности лежит в правовом поле, и врачу следует сообщить правоохранительным органам обо всех ставших ему известными прецедентах такого рода деятельности.

Немного обособленно существуют пропагандисты **родов в воде**. От традиционных они отличаются тем, что роженица периодически погружается в ванну или бассейн с тёплой водой. Ребёнок, рождённый в воду, как говорят «духовные акушерки», призван получить перспективы «океанического сознания», «духовного возрождения через аквакультуру». Некоторые адепты водных родов в подкрепление значимости идеи приводят этнографические свидетельства: в Древнем Египте в воду рожала будущих жрецов; в прибой океана рожают некоторые жители островов Океании и Южной Америки. Однако **специалисты-этнографы осмысливают** традицию рождения в воду иначе. Новорождённого тем самым представляют особенным, «познавшим смерть при рождении», сохранившим статус потустороннего существа. Титул «живого умершего» мог оказаться полезен древнеегипетскому жрецу, но скорее с социальной, а не с биологической точки зрения.

Интересно, что **в русской деревне** также существовали родильные обряды с водой. Если женщина не могла разродиться, для неё выдалбливали из цельного куска дерева «домовину» (гроб), в которую наливали воду, затем



предлагали роженице сесть в эту ёмкость. Это считалось очень эффективным, но крайне радикальным средством: тем самым хотели сказать, что этого ребёнка **не считают живым**. Подобным образом пытались обмануть смерть, уверить её, что ребёнок родителям не нужен. Предполагалось, что смерть тоже не заинтересуется таким «ненужным» младенцем, и это поможет ему родиться. Однако у ребёнка, рождённого таким способом, была незавидная судьба — он практически не имел шансов создать семью. Единственное, что оставалось, — отдаться служению богам.

В профессиональном родовспоможении появление родов в воде обязано идее французского акушера Фредерика Лебуайе (Frédéric Leboyer), считавшего, что ребёнок при рождении **испытывает сенсорный шок**. Для предупреждения этого неблагоприятного воздействия Лебуайе сразу после рождения погружал малыша в подогретую воду и только после этого выкладывал на живот матери. Эту мысль воспринял и развил Мишель Оден (Michel Odent), позволивший женщине **во время схваток**, если у неё возникало такое желание, погружаться в **тёплую воду** для расслабления. Некоторые женщины не успевали выйти из бассейна и рожали прямо в нём. Однако Оден не ставил своей целью сделать все роды водными; случаи изгнания плода в воде были исключением.

В истории советского или российского акушерства не сохранилось имён яростных сторонников водных родов, а многочисленные академики неизвестных науке академий остаются самозванцами, построившими свой имидж на недостоверной информации.

Что говорит официальная наука?

В декабре 2014 года Лондонский национальный институт здоровья и качества медицинской помощи (NICE, National institute for health and care excellence) опубликовал новое руководство по организации помощи при неосложнённых родах, уходу за здоровыми роженицами и новорождёнными. В поле зрения учёных попали исходы родов, проведённых с 1990 по 2007 год в Норвегии. Результатом стало заключение, представленное Эллен Бликс (Ellen Blix), о том, что выбор места родоразрешения отражается на исходах этого процесса. Так, женщины с **низкой степенью акушерского риска** могут выбирать любое место родов: в домашних условиях, в отдельном акушерском учреждении или в родильном отделении в составе многопрофильного стационара, причём у **многорожавших исходы** для детей одинаковы независимо от места родоразрешения. При первых родах случаи рождения ребёнка с мекониальной аспирацией или энцефалопатией в домашних условиях встречали в 2 раза чаще. В целом исследователи отметили, что при домашних родах

была **ниже частота кесаревых сечений** (8 против 12,1% у первородящих и 0,7 против 3,5% у многорожавших), рассечений промежности (16,5 против 24,2% и 1,5 против 5,6% соответственно) и оперативных пособий, таких как вакуум-экстракция и акушерские щипцы (12,6 против 19,1% у первородящих и 0,9 против 3,8% у многорожавших). Из этих данных становится очевидно, что с **наименьшей частотой вмешательств** проходят роды у многорожавших женщин, при этом стоит учесть, что к родам на дому допускают здоровых женщин, что и объясняет разницу показателей.

За счёт чего же достигаются такие неплохие **преимущества** в домашних родах? У наших доморощенных «специалистов» по внебольничным родам ответ на этот вопрос очевиден — за счёт отсутствия медицинского персонала, который не смог своими «вредительскими» действиями испортить природный процесс.

Придётся их разочаровать. **Врачебный контроль** для домашних родов необходим с самого первого шага — отбора женщин с низким акушерским риском, которым врачи, а не «духовные» или «космические» акушеры **разрешают рожать** там, где захочет сама беременная.

В случае родов **в домашних условиях обязательны** наблюдение квалифицированным медицинским персоналом, контроль всех основных показателей жизнедеятельности матери и плода, и в случае отклонений от них роженицу переводят в стационар. Излишне уточнять, что роды на дому разрешены только в случае **небольшой удалённости** от родовспомогательного учреждения, позволяющей в течение 15 мин переместить роженицу из домашней кровати в операционную.

По данным NICE, из 1000 рожениц по различным причинам переводят в акушерский стационар почти половину (450) первородящих и 115 — при повторных родах. В основном причиной перевода служат превышение длительности I или II периода родов (32,4%), появление мекония в околоплодных водах (12,2%), необходимость в хирургическом восстановлении промежности (10,9%), изменение ЧСС плода (7%), желание женщины получить регионарное обезбоживание (5,1%) и состояния новорождённых, требующие вмешательства неонатолога (5%). Становится ясно, что **ни о каком отказе** от квалифицированной медицинской помощи, которой так пугают «духовные акушеры», здесь речь не идёт. Только грамотно построенная **система отбора** беременных и контроля за ходом родов с отлаженной маршрутизацией позволяет сделать роды в домашних условиях относительно безопасными.

Роды в воде, к сожалению, также подробно пока никто не изучал, качественных анализов или многоцентровых исследований с высокой достоверностью обнаружить не удалось.

Пропагандисты идеи водных родов упирают на то, что плод в утробе матери находится в «состоянии невесомости» благодаря водной среде, его окружают тишина (только сердцебиение матери и приглушённые внешние звуки), темнота, постоянная температура и привычные запахи. Следующий по частоте упоминания аргумент — «**гравитационный удар**» сразу после рождения (при переходе из водной среды в воздушную), заставляющий младенца резко вдохнуть и «обжечь лёгкие кислородом» (!). Вышеприведённые доводы, дополненные необходимостью пересечения пуповины, представляют для младенца колоссальный и недопустимый стресс. Однако обычной эрудиции достаточно, чтобы **логично опровергнуть** каждое из положений по поводу этих «чудес рождения в воду».

Начнём с невесомости. Каждому телу, обладающему массой, присуще гравитационное поле, или поле **силы тяжести**. Именно под воздействием этого фактора уже на 4-й неделе жизни у эмбриона появляется билатеральная (двухсторонняя) симметрия. Попытка вырастить в невесомости эмбрион лягушки привела к его гибели, эмбрионы рыб на ранних стадиях развития имеют множественные дефекты. Это означает, что для развития биологических существ воздействие силы тяжести необходимо. Условия внутриутробного существования нельзя сравнить или сопоставить с невесомостью.

Однако любое тело, погружённое в жидкость, испытывает на себе не только силу тяжести, но и действие выталкивающей силы воды. Архимедова сила компенсирует действие силы тяжести и облегчает вес ребёнка. Такова ситуация примерно **до 28 нед** беременности, когда вес плода и околоплодных вод сопоставимы. Когда масса тела плода становится больше, воздействие архимедовой силы прекращается. После 32-й недели беременности значительно выросший плод испытывает давление мускулатуры матки. Равномерность этого воздействия **обеспечивают околоплодные воды**. Во время родов младенец испытывает колоссальное давление, заставляющее его принять оптимальную для рождения позу и конфигурировать головку при прохождении по родовым путям. Именно поэтому после появления на свет ребёнок испытывает вовсе не «гравитационный удар», а, напротив, чувство облегчения — независимо от того, рождается он в воздушную или водную среду.

Ребёнок при рождении действительно попадает из темноты (правда, не абсолютной) в яркий свет, а из условий постоянной температуры тела матери — в «холод» (даже если в помещении +25 °С). Выводы, к которым можно прийти с помощью простых логических рассуждений, подтверждены научными исследованиями. Впрочем, достоверно доказано и то, что такой перепад температур — один из главных **стимулов адаптации** к внеутробному существованию.

Нельзя согласиться и с тем, что плод из тишины попадает в мир громких звуков и сильных запахов, вызывающих у него шок. В матке нет тишины и абсолютного покоя — миометрий и околоплодные воды прекрасно **проводят звуковые волны**, и фоновый шум от сердцебиения и перистальтики кишечника может достигать нескольких десятков децибел, на который дополнительно накладывается шум, исходящий извне. Такие акустические условия можно сравнить с пребыванием в цехах завода, где отсутствует шумовая защита. Таким образом, родившийся младенец попадает не в грохочущий мир из тишины, а наоборот.

Обоняние плода тоже имеет свои особенности. Его окружают запахи, содержащиеся в околоплодной жидкости, постоянно присутствующей в носоглотке плода. После рождения ребёнок начинает ощущать новые запахи, распадающиеся на обрывочные. Хотя **обоняние новорождённого** в несколько раз острее, чем у взрослого человека, травматичность внешних запахов может заключаться только в их новизне, а не в силе.

Ещё один аргумент: «обжигание лёгких кислородом». Околоплодные воды из носоглотки плода при прохождении по родовым путям просто «выжимаются». Когда деформированное после рождения тело новорождённого начинает расправляться, в опустошённые лёгкие должен попасть атмосферный воздух (не вода, не кислород!), в состав которого входит 78% азота, 21% кислорода и 1% прочих газов. Рефлекс **задержки дыхания** новорождённого не всегда может противостоять физическому эффекту «вакуумной бомбы», благодаря которому и происходит первый вдох. Именно поэтому при водных родах бывают случаи нагнетания в лёгкие ребёнка далеко не стерильной воды, что неизбежно приводит к тяжёлой **аспирационной пневмонии**. Случаи расстройства дыхания и судорожные припадки у родившихся в воде младенцев описаны в научной литературе. Этот феномен получил название *fresh water drowning*, что можно перевести как «утопающий в пресной воде». В отдельных графствах Великобритании после смерти нескольких новорождённых в подобных обстоятельствах местные власти запретили роды в воде.

Существуют и другие сложности. Продолжительное нахождение **в тёплой воде** сопровождается расширением периферических кровеносных сосудов, вызывающим перераспределение крови, падение АД и, соответственно, снижение объёма плацентарного кровотока. Потоотделение в тёплой воде повышено, идёт потеря жидкости и повышение вязкости крови. Эти нарушения усугубляют уже затруднённую **плацентарную перфузию**.

Длительная гипертермия матери приводит к повышению температуры тела плода, которая в норме, как известно, на 1 °С выше материнской. Такая ситуация **опасна** для жизни плода.

Риск **инфицирования** матери и ребёнка при родах в воде значительно выше, чем при обычных, — скорость размножения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в воде намного выше, чем на сухой поверхности. В качестве профилактики этого осложнения необходимо часто менять воду, однако всегда ли это выполнимо?

При водных родах существует вероятность редкого смертельно опасного осложнения — **водной эмболии**. Эту возможность осознают практически все адепты родов в воде. Не случайно наиболее ответственные акушерки рекомендуют покидать бассейн до рождения плода, а лучше — в конце I периода родов.

Однако самым весомым аргументом против водных родов следует считать то, что при **внезапно** возникающих осложнениях, например при кровотечении, пребывание роженицы в бассейне, не говоря уже о домашней ванне, становится смертельно опасным и для неё, и для плода. Даже в стационаре на извлечение из воды роженицы, особенно потерявшей сознание, уходит драгоценное время. При осложнённых родах в домашних условиях попросту невозможно оказать необходимую медицинскую помощь.

Горячая вода снижает болевые ощущения (этот приём рекомендуют новичкам в фитнес-центрах), а погружение в неё тела действует как постоянный массаж, стимулируя рецепторы кожи. Согласно закону Архимеда, на тело, погружённое в жидкость, действует выталкивающая сила, пропорциональная объёму вытесненной телом жидкости. Роженица, находящаяся в глубоком бассейне, почти не чувствует своего тела — мышцы бёдер, спины, живота и родовых путей расслабляются прямо пропорционально глубине погружения, облегчая болевые ощущения и позволяя лучше расслабиться в I периоде родов. Этими свойствами **положительные моменты родов в воду** исчерпываются.

В последнее время стали появляться коммерческие организации, арендующие боксы в родильных домах для проведения в них «естественных», «традиционных», «натуральных» родов на платной основе. Рекламируя свои услуги, они акцентируют внимание на «максимальном невмешательстве» в родовый процесс. Кстати, стоимость контракта на эти услуги почему-то оказывается дороже, чем на стандартные коммерческие роды. Парадоксально — **невмешательство стоит дороже**, чем проведённая работа!

С одной стороны, эти организации оказывают благое дело, оттягивая потенциальных клиентов у разного рода «духовных акушеров», не имеющих никакого медицинского образования. С другой — их деятельность часто построена на обмане доверившихся им людей: в договорах используют туманные формулировки, в чём конкретно заключается «невмешательство», заранее узнать невозможно. Кстати, само «невмешательство» тоже лукав-

ство — по рассказам женщин, сопровождавшая их в родах акушерка вводила какие-то препараты, нигде не отмечая их названия и дозы.

Пути преодоления предрассудков и коммерческих устремлений

Состав пациенток, выбирающих внебольничные роды, неоднороден и включает в себя резко полярные группы: от абсолютно адекватных людей, тщательно взвешивающих все «за» и «против» и в зависимости от сложившейся картины принимающих подобное решение, до женщин, полностью отрицающих любую врачебную помощь и проповедующих чуть ли не естественный отбор. Есть и категория пациенток, делающих осознанный выбор на основе собственного негативного опыта от общения с государственным родовспоможением. Как правило, в этих случаях беременную наблюдают в женской консультации, на родах присутствуют приглашённые лица с акушерским образованием и после родов женщину нередко транспортируют в родильный дом.

Главными аргументами своего выбора женщины называют **боязнь ненужных медицинских вмешательств**, некомфортную обстановку, риск госпитальной инфекции и нежелание находиться несколько дней в больничном учреждении при условии, что уже через несколько часов после родов женщина чувствует себя вполне способной вести обычную жизнь и самой ухаживать за своим ребёнком. Если честно посмотреть на проблему — в большинстве случаев озвученные женские **опасения оправданны**. Стоит ли отвергать разумные потребности?

Стремление женщин к комфортному рождению надо поддерживать, главное — оно не должно **пересекать границы здравого смысла** и соответствовать степени акушерского и перинатального риска. Есть ли у нас необходимые кадровые ресурсы для обеспечения безопасности всех родов на дому с гарантией перемещения при необходимости из домашней кровати на операционный стол в течение 15–20 мин? Среди **лицензированных специалистов** (коммерсантов из числа «нетрадиционных целителей») мы не берём необходимое количество набрать вряд ли получится. В отсутствие законодательной базы без чётко прописанной системы отбора ни один здравомыслящий человек за это не возьмётся. Более реалистичным выглядит **создание комфортных условий** в самих родовспомогательных учреждениях за счёт минимизации медицинского вмешательства у здоровых женщин в течение беременности и родов, максимального **сокращения времени** пребывания женщины и ребёнка в стационаре. Конечно, следует отдавать себе отчёт, что

процесс займёт не недели и месяцы, а годы. В настоящее время главное — **задать направление**, в котором следует двигаться врачам и организаторам здравоохранения, и последовательно решать проблемы, возникающие по ходу этого движения.

Приоритетная задача женской консультации — определить группу риска, к которой относится беременная. Без **грамотно проведённой селекции** вся дальнейшая работа по минимизации вмешательств у здоровых беременных невозможна. Ошибки и недоработки в этом вопросе приведут к росту неблагоприятных исходов и поставят под сомнение всю идею.

В отношении здоровых беременных следует применять лишь те медицинские вмешательства, которые обозначены в Приказе Минздрава России №572н. Любые диагностические процедуры сверх этого, а тем более назначения лекарственных препаратов **должны быть вне закона**. В этом вопросе российская законодательная база отстаёт от большинства развитых стран, где многие необоснованные вмешательства попадают под чёткий и недвусмысленный запрет. Чтобы у врача в нашей стране не было соблазна назначать дополнительные исследования, необходимо жёсткое ограничение на них при отсутствии показаний, **аналогичное уже существующему** законодательному запрету медицинского аборта в день обращения.

Причины акушерской агрессии не только в традиционном подходе к пациентке со стороны рядового врача. Администрация и рецензенты больничной документации зачастую при разборе очередного клинического случая указывают на непроведённые обследования или неназначенные препараты как на **упущение со стороны врача**. На самом деле эти препараты могут не оказаться в списках регламентирующих документов, но при этом к врачу применяют административные санкции с туманными формулировками о «недостаточной оценке ситуации» или «недостаточной профилактике наступившего случая».

Эти необдуманные решения моментально дают эффект, стремительно распространяющийся в коллективе подобно кругам на воде. Вред, причиняемый подобными действиями «руководящих специалистов», гораздо опаснее невежества отдельного врача. Он действует сразу на весь коллектив. Именно поэтому издание нормативных документов, **прямо запрещающих необоснованные** вмешательства, сможет обеспечить юридическую защиту врача от претензий некомпетентного руководителя.

Ежедневно на утренних врачебных конференциях мы оцениваем, **были ли показания** к проведённым за сутки кесаревым сечениям, а почти ежедневно — **почему не прооперировали** и ребёнок родился в тяжёлом состоянии? Это апофеоз акушерства: правильный выбор метода и времени родоразрешения. Подробно об этом написано в главе 6 «Стратегия перина-

тального риска». Некомпетентные эксперты об этом не знают, в том числе, увы, сотрудники страховых компаний, «штрафующие» родовспомогательное учреждение за неправильные, **с их точки зрения**, действия врачей. Чем меньше уровень знаний, тем агрессивнее эксперт и его заключения. Путь преодоления один: эксперт по профилю «акушерство и гинекология» должен быть аттестован на общих основаниях по этой же специальности и иметь минимум первую квалификационную категорию.

В развитых странах уже давно пришли к выводу, что нет нужды в **отделениях патологии беременных**. Настало время решать этот вопрос в России. Простое сокращение таких коек — лишь один из элементов в комплексе решения этой проблемы. Необходимо подкреплять данное сокращение соответствующим **развитием амбулаторного звена**, однако этого не произошло. К сожалению, развёрнутая в нашей стране реформа здравоохранения, которая, по заявлениям инициаторов, должна была привести к смещению акцентов со стационаров на амбулатории и преобразовать «отсталую советскую модель» в современную, соответствующую мировым стандартам, превратилась в банальную «погоню за цифрой» по сокращению штатных единиц. В результате существующий **кадровый дефицит** в женских консультациях только усугубился, приведя к ещё большей перегрузке оставшихся врачей. Сокращение времени ожидания очереди к врачу путём снижения времени, отпущенного на приём пациента, обеспечит потерю качества работы. В таких условиях вместо развития стационарзамещающих технологий мы наблюдаем стагнацию.

Остаётся одним из спорных моментов **дородовая госпитализация** беременных. С одной стороны, эта мера необходима для правильной маршрутизации беременной, поскольку расстояния до стационара III уровня в нашей стране могут быть значительными и женщина с высоким перинатальным риском может просто не успеть поступить с началом родов в лечебное учреждение соответствующего уровня. С другой — когда цель достигнута и женщина находится в отделении патологии беременных, **начинается поиск диагноза**, с которым она пребывает в стационаре, поскольку в противном случае страховая компания откажет в оплате. В результате беременная получает совершенно ненужную для неё лекарственную нагрузку, а необходимость быстрого оборота койки побуждает врачей отправить её на родоразрешение как можно скорее.

Разрубить этот гордиев узел можно только **перепрофилированием коек**, предназначенных для дородовой госпитализации, в социальные койки или созданием пансионатов при учреждении III уровня, что пока далеко от реальности. Социальная койка подразумевает отсутствие диагноза, а соответственно, ненужного лечения и ненужных осмотров. В таком отделении

вообще не должно быть медицинского персонала, а тем более врачей. При этом должно быть свободное общение беременной со всеми, с кем она пожелает, при отсутствии какого-нибудь временного ограничения, например сезонного карантина по простудным заболеваниям. **Запрет появления** медицинского персонала в этом отделении снизит степень обсеменённости госпитальной флорой. В идеале отделение социальных коек, как и пансионат, должно располагаться в отдельном здании.

Если подсчитать количество денег, затрачиваемых на оплату «липовых» счетов при нахождении этих пациенток в отделении патологии беременных, то для страховых компаний будет выгоднее самим оплачивать социальные койки, тем более что беременных с медицинскими показаниями для дородовой госпитализации не так уж и много. Для женщин, у кого нет таких показаний, но в силу каких-либо причин они должны или хотят быть перед родами поблизости от родовспомогательного учреждения, необходимо предусмотреть возможность организовать это пребывание.

Мы подошли к главной теме — непосредственно к самому **процессу родов**. Преимущество домашних родов — комфортная обстановка, отсутствие ненужных процедур и минимизация контакта с госпитальной флорой. Первые два требования сегодня вполне реализуемы и в условиях стационара. Например, благодаря выходу нового СанПиНа, **отменившего** обязательные бритё и очистительную клизму в приёмном отделении, женщина сама может определять потребность в них в зависимости от личных предпочтений. Кроме того, сам процесс родов может быть психологически более комфортным за счёт внедрения в практику **партнёрских родов**. Хотя в этом вопросе не обошлось без искусственно созданных сложностей: попытки отдельных руководителей разрешать присутствие родственников только при заключении контракта на оказание дополнительных платных услуг были пресечены только в 2011 году Минздравом России, издавшим специальное методическое письмо о том, что присутствие отца ребёнка на родах как законного представителя должно осуществляться без взимания платы. К сожалению, данная политика ещё имеет место в некоторых учреждениях, где отдельные палаты стали доступны только за деньги, хотя изначально были заложены при постройке учреждения за государственный счёт. Можно констатировать, что коммерциализация государственных учреждений родовспоможения не принесла пациентам никаких выгод — в большинстве случаев это подмена бесплатных услуг платными, причём, за что именно взимаются деньги, при пристальном рассмотрении становится непонятно.

Разумеется, не всегда вина лежит на руководителях учреждений. В давно построенных родильных домах с наличием многоместных предродовых и трёх-четырёх родильных кроватей в родзале организовать партнёрские

роды весьма затруднительно. Однако окончательное решение необходимо принимать коллегиально, с участием главных специалистов территорий и реальной оценкой возможностей каждого конкретного стационара.

В целом же стремление заменить «домашние» роды комфортными условиями в индивидуальных помещениях (блоках) уже стало понятным и вполне успешно реализуемым, прежде всего в современных перинатальных центрах.

Намного хуже обстоит дело с **госпитальной инфекцией**. В процессе домашних родов женщина контактирует только с акушеркой, которая не перемещается по другим родовым залам, производя перекрёстное обсеменение всех рожениц. К тому же штатное насыщение акушерками в Российской Федерации намного ниже, чем в развитых странах, где акушерка, а не врач — основное лицо, ведущее неосложнённые роды. Участие врача в этом случае экономически невыгодно учреждению и страховым компаниям, поскольку его труд оплачивается намного выше, чем у среднего персонала. В нашей стране, согласно действующим правилам, врач вынужден проводить иногда бессмысленные осмотры, подвергая женщину инфекционному риску и затем заполняя большое количество шаблонной документации. До тех пор пока врача **законодательно не заменят** достаточным количеством акушерок для ведения нормально протекающих родов у здоровой женщины, минимизировать контакт с госпитальной инфекцией невозможно. Эта возможность появится только после увеличения количества акушерок в родовом отделении, поскольку именно на акушерке лежит **обязанность контроля за течением родов** и своевременного вызова врача при появлении осложнений. Пока же мы можем наблюдать процесс сокращения персонала, который затронул в том числе и акушерок родильного блока.

«**Индивидуальное**» ведение родов, широко рекламируемое поставщиками платных услуг в акушерстве, на самом деле представляет собой определённый вид лукавства. В этом случае подменяется **право пациента** на выбор лечащего врача, подтверждённое статьёй 21 федерального закона №323. Сегодня это право возможно реализовать только при заключении контракта на платное обслуживание. При этом сопровождающее лицо, как правило, врач; выбрать акушерку возможности нет, хотя во всех странах, практикующих домашние роды, именно акушерка ведёт индивидуальные роды. О каком персональном ведении вообще может идти речь, если всё это может происходить в течение рабочего дня и, помимо контрактной пациентки, «персональный» медицинский работник **выполняет свою повседневную работу**? Вся система оказания коммерческих услуг в государственных учреждениях здравоохранения непрозрачна и полна юридических нестыковок. Именно поэтому она не может быть основой решения вопроса, так как по факту не в состоянии обеспечить рекламируемое индивидуальное ведение родов.

Ведение родов в воде в условиях стационара при наличии соответствующего оборудования — специальных ванн с постоянным обменом воды и антибактериальными фильтрами — возможно, главное — правильно организовать процесс. Во все времена существовали женщины, «настойчиво и осознанно» **стремящиеся к нетрадиционному способу родоразрешения**, обладающие определёнными особенностями психоэмоциональной сферы, особым душевным настроем. Часто к этому примешивается доля фанатизма, полная или частичная, иногда временная утрата объективности восприятия. В России это примерно 1500–2000 женщин в год. Они явочным порядком отвоевали своё право решать, каким образом они собираются рожать. **Наша задача — обеспечить эти условия, чтобы им не пришлось искать врача, акушерку или «духовную акушерку», согласившуюся оказать помощь.** Однако прецеденты, когда лица, называющие себя «специалистами по родам в воде», сами активно предлагают свои услуги, следует пресекать, как и коммерцию, паразитирующую на этих людях. А для этого надо шире развивать предоставление этой услуги бесплатно в государственных родильных домах.

Главному врачу не стоит бояться, что его учреждение превратится в «аквариум». Как показывает практика, в роддомах, где установлены специальные ванны для рожениц, провести I период родов в них соглашаются не более 2–3% пациенток. Мы убедились в этом, побывав в крупнейшем госпитале Нью-Йорка в 2008 году. Считая, что роженица в I периоде родов имеет право вести себя так, как ей комфортнее, администрация в числе других отвлекающих методик установила и ёмкие ванны. На вопрос, как часто используется такой сосуд, занимающий почти четверть площади родильного блока, мы получили неожиданный ответ: 1–2 раза в месяц!

Послеродовое нахождение в стационаре. Как показывает опыт развитых зарубежных стран, пребывание здоровой женщины и здорового ребёнка в стационаре не должно превышать сутки. В США это время составляет в среднем 21–23 ч, в Великобритании — 17–19 ч. Рождённый Кейт Миддлтон в 2013 году будущий король Англии покинул госпиталь через 17 ч, а после вторых родов в 2015 году герцогиня с новорождённой дочерью были дома уже через 10 ч. И дело не в «королевской крови», а в том, что в Великобритании выписка всех женщин происходит не позднее 17–18 ч после нормальных родов — других способов **профилактики госпитальной инфекции** в мире не придумали!

В Российской Федерации уже есть определённый прогресс в этом направлении. Признаны **анахронизмом** рекомендации 50-х годов прошлого века, что родильница с сохранённой промежностью и нормальным течением послеродового периода «через 12 ч после родов может поворачиваться... на 4-й день садиться на кровати... на 5-й день вставать... и выписываться до-



Рис. 8-1. Принц Уильям с супругой покидают госпиталь Св. Марии: А — через 17 ч после первых родов (2010), Б — через 10 ч после вторых (2015).

мой на 10-е сутки». Такие рекомендации в наше время вызывают смех, хотя требование Приказа Минздрава России №572н держать здоровую роженицу **трое суток** после физиологических родов не менее смешное и одновременно грустное. Что мы ожидаем и делаем эти трое суток? Анализы, прививки ребёнку? Всё это можно сделать амбулаторно, если вообще это следует выполнять всем подряд, как, например, рутинное УЗИ, не снизившее ни на десятую долю частоту послеродовых осложнений. Тем более что лечить любые гнойно-септические осложнения родов в той же самой госпитальной флоре, которая их и вызвала, — верх логического абсурда. Здесь сторонники домашних родов абсолютно правы — **после родов женщина с ребёнком должна максимально быстро вернуться в свою родную микробиоту** и психологически комфортную для неё и ребёнка ситуацию. Все медицинские процедуры можно выполнить амбулаторно, и наша задача — **создать систему**, в которой пациентке это будет сделать удобно.

Родильный дом — учреждение для безопасных родов. Оно **не предназначено** для лечения больных новорождённых, если это не перинатальный центр. И тем более это не казарма для удерживания младенцев с целью последующей вакцинации (БЦЖ) и скрининга на врождённые болезни и тугоухость. Эти бесспорно важные мероприятия следует выполнять, как и во всех цивилизованных странах, амбулаторно.

Именно краткосрочное пребывание в комфортной, приближенной к домашней обстановке, с открытым доступом для родственников — лучший способ сокращения «любительских» родов на дому.

Подводя итоги, следует сказать, что сторонники домашних родов из числа образованных и адекватных людей в большинстве своих критических замечаний по состоянию родовспоможения в нашей стране правы. Наша задача —

сделать так, чтобы этих замечаний было как можно меньше, но не путём подавления инакомыслия, а за счёт улучшения своей работы, которая должна выражаться не только в статистических показателях, но и в удовлетворённости возросших потребностей современной женщины. Тем более, как демонстрирует доказательная медицина, для ребёнка и женщины эти потребности **абсолютно обоснованны**, поскольку обеспечивают большую безопасность.

Литература к главе 8

- Aikins M.P., Feinland J.B. Perineal outcomes in a home birth setting // Birth. — 1998. — Vol. 25. — №4. — P. 226–234. [PMID: 9892890]
- Blix E., Huitfeldt A.S., Oian P. et al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study // Sex. Reprod. Healthc. — 2012. — Vol. 3. — №4. — P. 147–153. [PMID: 23182447]
- Bodner K., Bodner-Adler B., Wagenbichler P. et al. Perineal lacerations during spontaneous vaginal delivery // Wien Klin. Wochenschr. — 2001. — Vol. 113. — №19. — P. 743–746. [PMID: 11715753]
- British regulator urges home births over hospitals for uncomplicated pregnancies. — URL: http://www.nytimes.com/2014/12/04/world/british-regulator-urges-home-births-over-hospitals-for-uncomplicated-pregnancies.html?emc=edit_tnt_20141203&nliid=32372197&tntemail0=y&t_r=1.
- Case of Dubská and Krejzová v. The Czech Republic. — URL: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-148632>.
- Cheyney M., Bovbjerg M., Everson C. et al. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 // J. Midwifery Womens Health. — 2014. — Vol. 59. — №1. — P. 17–27. [PMID: 24475690]
- Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth: Clinical guideline №190. — London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014. — 840 p. [PMID: 25950072]
- Liu Y.J., Qu Y., Zhang X.S. et al. Effect of different analgesia on pain relief during labor // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. — 2005. — Vol. 40. — №6. — P. 372–375. [PMID: 16008885]
- Жордания И.Ф. Учебник акушерства. — М.: Медгиз, 1955. — 607 с.
- Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий: Методическое письмо Минздрава России, 13 июля 2011 г. №15-4/10/2-6796.
- Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ, 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ.



PH.

ГЛАВА 9

ВЫНУЖДЕННАЯ АГРЕССИЯ

akusher-lib.ru

АБОРТЫ

Алофеоз агрессии — искусственные аборт.

И.Н. Костин

Понятие **репродуктивного здоровья** сформировалось в 80-е годы прошлого века, и в наши дни это направление — одна из приоритетных задач акушерства. Однако если в развитых странах с низкими показателями материнской и перинатальной смертности доминируют проблемы гериатрического характера, то в России на первом плане оказалось именно **ухудшение** репродуктивного потенциала женщин фертильного возраста.

В журнальных и газетных публикациях часто появляются статьи с рейтингом наиболее значимых событий или изобретений XX века. Список довольно обширен: от шариковой ручки до атомной бомбы. Однако атомная бомба была применена только 2 раза, зато в мире выполняют три аборта каждые 2 сек! И это только вершина айсберга. Аборт, самопроизвольный или искусственный, стал одним из **наиболее распространённых** явлений в акушерской практике.

ВОЗ уже более 30 лет назад признала аборт серьёзной проблемой здравоохранения многих стран. Ежегодно во всём мире 40–50 млн женщин обращаются за прерыванием нежеланной беременности, 78% из них живут в развивающихся странах. Кстати, даже в государствах, где досрочное завершение гестации по желанию женщины запрещено, количество выполненных процедур не меньше, чем там, где законодательных ограничений аборта нет. А в России аборт — не только отражение сложившегося **репродуктивного поведения**, но и национальная трагедия.

Информация о легальности искусственного аборта в мире представлена на рис. 9-1.

По данным ВОЗ, во всём мире 40% искусственных прерываний беременности выполняют по желанию женщины, 25% — при угрозе здоровью пациентки, 23% — по различным социальным проблемам и 12% — ввиду аномалий развития плода.

Немаловажный аспект планирования семьи — **отношение** к нему различных политических и религиозных организаций. Некоторые из них протестуют против легализации абортов и применения вспомогательных репродуктивных технологий, оказывая давление на законодательные органы. Так, на Филиппинах члены парламента, выступающие против искусственного прерывания беременности, хотели принять указ о смертной казни как в отношении тех, кому его выполняют, так и для самих медиков, его выполняющих.

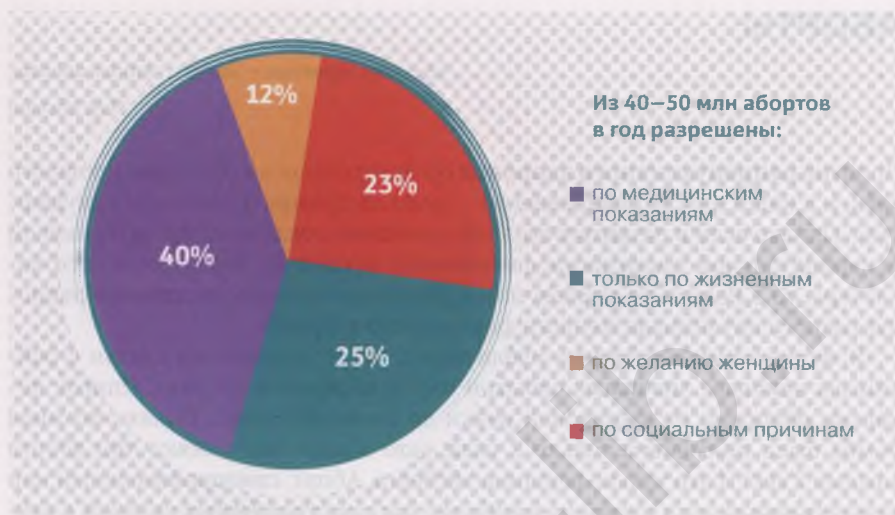


Рис. 9-1. Легальность аборт в мире.

В декабре 1997 года польский парламент в очередной раз рассматривал закон о строгом запрете аборт, однако Конституционный трибунал отклонил инициативу. В США, помимо борьбы с этой процедурой, пытаются ограничивать распространение контрацепции и других репродуктивных технологий, аргументируя это религиозными воззрениями.

Но вот 2016 год: папа римский разрешил католическим священникам **на 1 год** отпускать верующим грех аборт!

Репродуктивное поведение и общественные институты

Основные **религии** мира осуждают до- и внебрачную сексуальную жизнь, при этом отношение представителей различных конфессий к контрацепции и абортам неоднозначно. Ислам разрешает использование прерванного полового акта, контрацептивов, аборт в интересах женщины, но не инсеминацию спермой донора. Отношение иудаизма, православной и католической церкви к контрацептивам и абортam отрицательное, поскольку беременность принято считать Божиим даром, который **необходимо принять**. Католическая церковь согласилась на выпуск презервативов в Мексике, но с надписью: «Этот продукт может быть вреден для вашего здоровья» (1997). Для Африки, например, негативными последствиями обернулась проповедь

папы римского Бенедикта в Анголе (2009) о том, что презервативы всё равно **не предохраняют от ВИЧ-инфекции**, поэтому применять их с этой целью бесполезно. Хотя общеизвестно, что отказ от использования презерватива **неуклонно повышает** распространённость ВИЧ-инфекции и число аборт. Анализ эпидемиологических данных в разных странах убедительно демонстрирует правоту этого утверждения: соотношение между незащищёнными сексуальными контактами и заражением ВИЧ у мужчин составляет 1:500 (0,2%), а у женщин — 1:1000 (0,1%).

На равных с показателями материнской и младенческой смертности уровень абортов определяет цивилизованность страны (рис. 9-2). Однако не следует забывать, что в статистике выполненных прерываний беременности большую роль играет **желание** самой женщины. А оно в свою очередь обусловлено тем, **насколько комфортно материнство** в стране. По данным Г.М. Бурдули и О.Г. Фроловой (1997), репродуктивное поведение женщины определяют социально-экономические (32,46%), медико-организационные (31,7%), социально-когнитивные (21,71%), медико-биологические (19,49%) и семейные факторы (4,63%). Примечательно, что на репродуктивный выбор женщины в основном влияют факторы, находящиеся в компетенции государства.

В современной России можно наблюдать парадокс: судя по стабильному уменьшению доли подростков в структуре населения страны, демографический кризис подошёл к «точке невозврата». Фактически это означает, что любые мероприятия по повышению рождаемости теряют смысл. Следует отметить и то, что политическое решение о материнском капитале радикального изменения репродуктивного поведения у большей части заинтересованных не вызвало. Однако отраднo растущее по всей стране строительство яслей, детских садов, школ. Выделенные в 2016 году деньги на ликвидацию третьих смен в школах — несомненный **вклад в поддержку семьи**, но прямых стимулов деторождения больше не становится.

Сегодняшний объём материнского капитала, не поспевающий за постоянной инфляцией, мировым финансовым кризисом, — довольно слабый стимул для рождения и полноценного воспитания ребёнка. Как показывают социологические опросы, главными причинами отказа от деторождения молодёжь называет **невозможность** содержания и воспитания детей на должном уровне, отсутствие необходимых социальных гарантий от государства, а также распад института семьи.

Среди учащихся одной из московских средних школ был проведён **социологический опрос**. Оказалось, 96% девушек-подростков считают, что нормальная семья должна иметь двоих детей и больше, однако у вступающих в брак отсутствуют материально-бытовые условия для рождения и воспита-

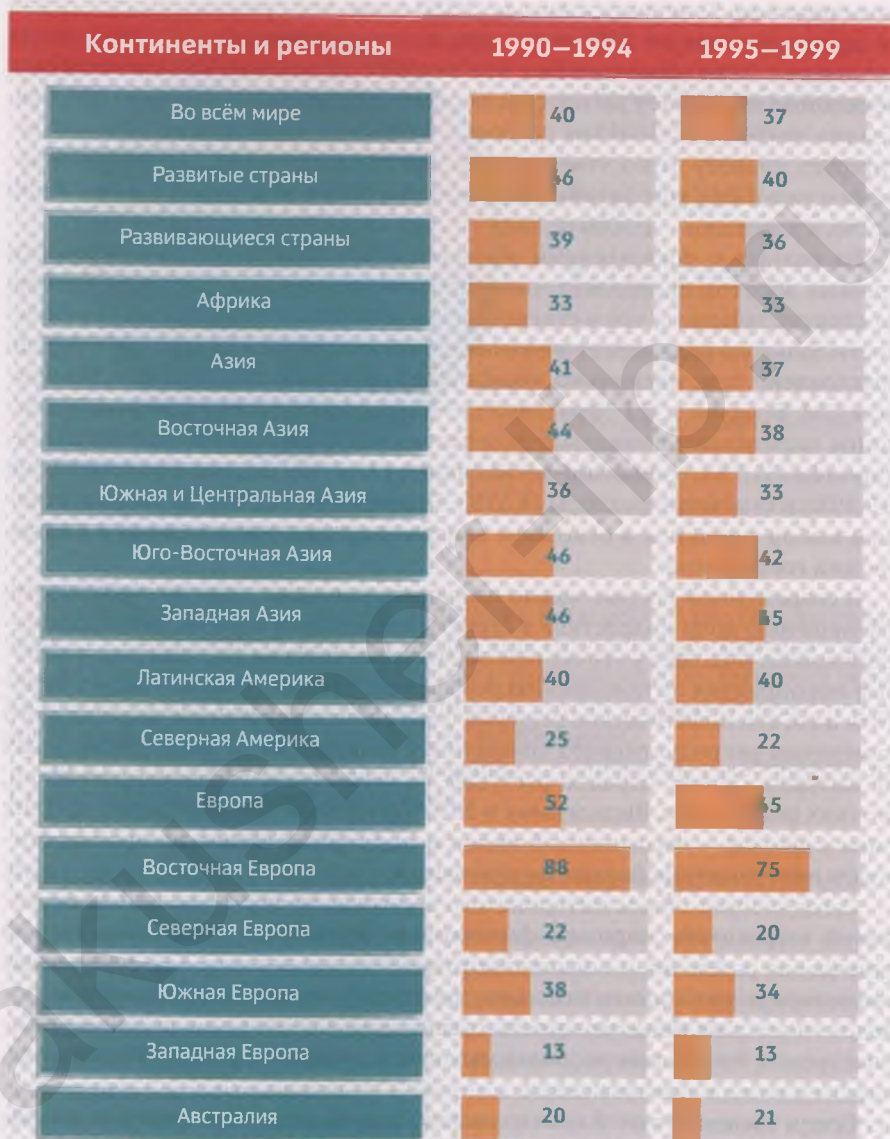


Рис. 9-2. Оценочные показатели количества абортов на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в мире за 1990–2014 годы.

2000–2004	2005–2009	2010–2014	Динамика*
35	34	35	-5
34	31	27	-19
35	35	37	-2
33	33	34	+1
34	34	36	-5
34	34	36	-8
32	33	37	+1
38	36	35	-11
43	37	35	-11
41	44	44	+4
20	19	17	-7
38	34	30	-22
61	51	42	-46
19	19	18	-4
29	27	26	-12
15	18	18	+5
21	20	19	-1

* Сравнения между периодами 1990–1994 и 2010–2014 годов.

ния детей: «душит» квартирный вопрос, детские товары дороги, а уровень заработной платы невысок.

Складывается впечатление, что с абортами по социально-экономическим причинам (а значит, и с демографическим провалом) **бороться невозможно**. А как побеждать в этой борьбе, если ежегодно происходит почти миллион (а если точнее — 929 963 только за 2014 год) искусственных прерываний беременности! При этом **реальные цифры** абортотворения остаются в тени. По мнению экспертов, их количество существенно превышает показатели официальной статистики! За одну минуту в России рождается три человека, а умирает четыре.

Бедность российских семей толкает женщин уничтожать абортами зародившиеся жизни. Как сообщает Росстат, только за 1990–2012 годы в России было выполнено **более 50 млн** искусственных прерываний беременности. То есть были уничтожены десятки миллионов наших будущих соотечественников. Их возможные родители посчитали, что так будет лучше всем...

Число абортотворения как показатель развития общества

Ежегодное количество абортотворения в Российской Федерации в 2 раза превышает таковое во всех европейских странах, вместе взятых. В Швеции на 100 родов приходится 40 абортотворения, в Великобритании — 30, в Италии — 20, в Испании — 10, а в Нидерландах — 5. Хотя в Восточной Европе, куда относится и Россия, за последние 25 лет происходят положительные сдвиги — снижение числа абортотворения на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет почти в 2 раза, это лучший показатель в мире (рис. 9-2)!

Однако относительное число абортотворения на 1000 женщин фертильного возраста выдвигает Россию на **печальное первое место** в числе развитых стран (рис. 9-3, 9-4).

Безусловно, в борьбе с искусственным прерыванием беременности достигнуты по-настоящему значительные результаты: на каждые 10 родов приходится чуть менее пяти абортотворения, два из которых — самопроизвольные.

Увы! Статистика весьма **условна**. В данном случае не потому, что её пытаются исказить государственные органы. Всё проще: коммерческие структуры, выполняющие абортотворения, стараясь приуменьшить налогооблагаемую базу, занижают в отчётах количество процедур прерывания беременности — и хирургических, и особенно медикаментозных. Иначе **чем объяснить** то, что, согласно документам по закупке абортотворительных препаратов, их должно хватить почти на 500 тыс. медикаментозных абортотворения, а в **отчётах фигурируют** лишь несколько тысяч? Ещё яркий пример, который легко проследить на основе региональ-

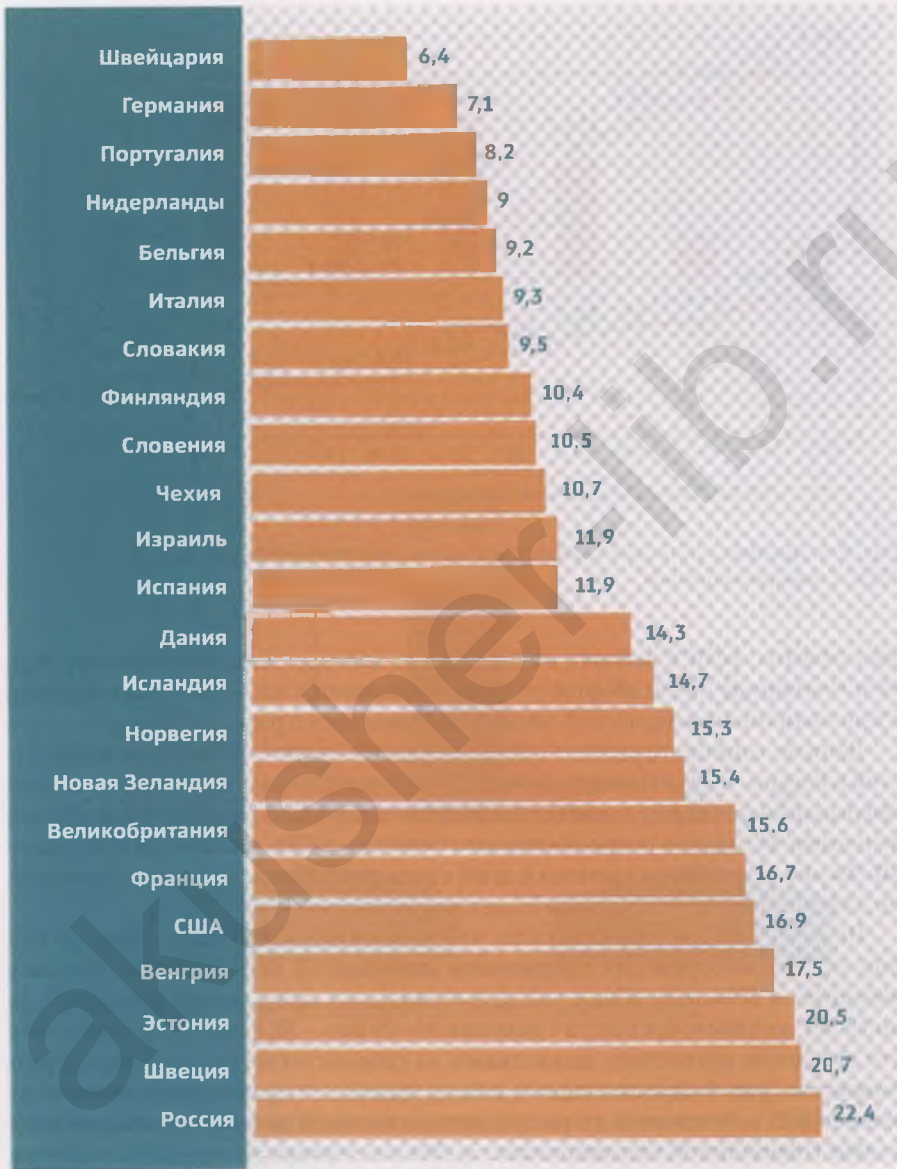


Рис. 9-3. Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста в разных странах (ВОЗ, 2015).

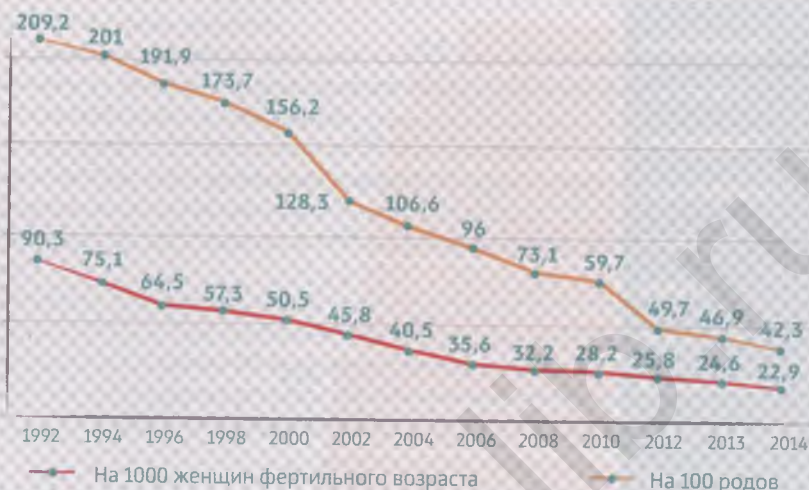


Рис. 9-4. Динамика снижения количества аборт в Российской Федерации (Росстат, 2015). Слишком медленно!

ных отчётов: если в регионе не было и нет частных медицинских структур, то и суммарное число аборт стабильно снижается на 4–5% в год (правда!), а при наличии коммерческой медицины снизилось в разы (неправда!).

Данные социологического опроса свидетельствуют, что 50% беременных в России — незапланированные, 25% — нежеланные. Удручает то, что для прерывания непланируемой беременности чаще всего к врачам обращаются женщины активного репродуктивного периода — 72% пациенток в возрасте 20–34 лет. С течением времени к этой процедуре обращаются реже: примерно 24% пациенток — женщины 35 лет и старше (рис. 9-5).

Не может не настораживать то, что в современной России аборт до сих пор служит выбором для прерывания нежеланной беременности у **юных женщин**: в 2014 году общее число выполненных прерываний у подростков до 15 лет составило 0,4 тыс., а у девушек 15–19 лет — 38,6 тыс. Если дополнить эту страшную статистику выкладками из среднестатистической биографии подростка (рис. 9-6), к окончанию школы имеющего практически «букет» соматических заболеваний, то раннее начало половой жизни, **пренебрежение азами** современной контрацепции, негативные репродуктивные установки, отсутствие реабилитации после первого аборта делают ожидания каких-либо изменений в демографической сфере совершенно напрасными.

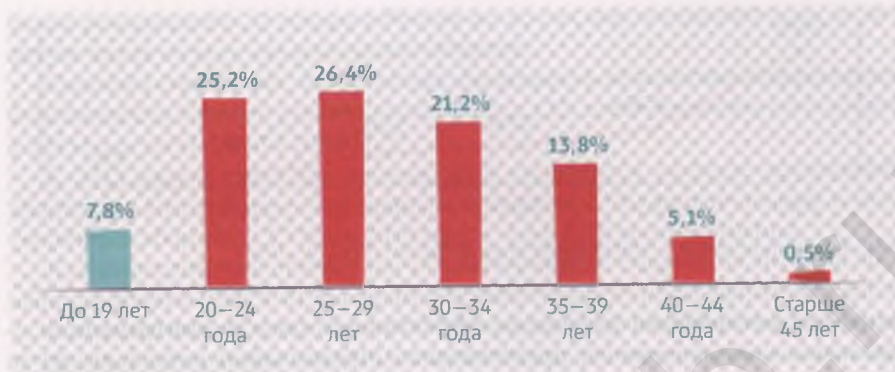


Рис. 9-5. Распределение аборт по возрастным группам (Росстат, 2015). В возрасте до 19 лет около 50% выполнены повторно!



Рис. 9-6. Выдержка из биографий современных девушек-подростков.

Надо сказать, что в отношении **родов у юных женщин** действительно намечились некоторые позитивные тенденции: в сравнении с 2005 годом в 2014 году их стало меньше на 40% у подростков до 15 лет и на 23,3% — у 15–19-летних. Однако **соотношение «роды–аборты»** (в средней возрастной группе составляет 1:1) у девушек достигает 1:5. Сказывается **необъ-**



Рис. 9-7. Доля абортс у первобеременных в России (Росстат, 2015).

яснимое отторжение молодыми эффективных средств контрацепции — оральных контрацептивов, презервативов (чрезвычайно актуальны из-за эпидемического распространения ИППП) или более современных способов биологической контрацепции (тест на определение овуляции).

Ужасно, что аборт продолжает сокрушать здоровье российских женщин, особенно первобеременных. Хотя россиянок, использующих различные методы контрацепции, всё больше, однако количество абортс при первой беременности сокращается слишком медленно. А ведь такой факт **в репродуктивном анамнезе** женщины сказывается на её здоровье всю жизнь.

По официальной статистике, в 2014 году частота абортс при первой беременности приблизилась к 7%. Для наглядности: в 2010 году — 8,3%, 2011-м — 7,6%, 2012-м — 7,6%, 2013-м — 7,1% (рис. 9-7). Однако реальные цифры, полученные при экспертной оценке историй родов, амбулаторных карт женского населения, анонимных опросов, **гораздо выше** — до 40% и более, особенно в городских поселениях, где широко развита сеть коммерческих услуг.

Следует ли ожидать **снижения числа первых абортс** в стране? К сожалению, нет.

Медицинский аборт и материнская смертность

Пагубность этого способа регулирования рождаемости, порицаемого всеми религиями мира, демонстрирует пугающая цифра: **8% всех материнских смертей** обусловлено осложнениями абортс (ВОЗ, 2015). По этой причине в мире умирало более 20 тыс. женщин ежегодно, десятки тысяч оставались больными, в том числе бесплодными. В начале XXI века ситуация стала меняться: в 2012 году материнская смертность после абортс сократилась на 20 тыс., прежде всего благодаря широкому внедрению медикаментозного прерывания беременности. На Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов в Лиссабоне (5 марта 2010 года) **медикаментозный аборт** был назван «ми-

ровой революцией». И только в России он до сих пор составляет едва ли **десятью часть** от всех производимых аборт.

Согласно статистике, **материнская смертность вследствие прерывания беременности** в нашей стране сократилась: с 13% после медицинского аборта в 2013 году до 11,5% — в 2014-м.

В 2013 году в структуре материнской смертности на долю осложнений аборт по медицинским показаниям пришлось 2,3%, криминальных и неутончённых аборт — 3,7%, а в 2014 году — 1,4 и 5,2% соответственно.

В общероссийской статистике 13% материнских смертей за 2014 год обусловили аборт (рис. 9-8). Материнская смертность от послеабортного сепсиса **оказалась выше**, чем от сепсиса послеродового (6 и 4,8% соответственно).

Данные литературы свидетельствуют о том, что **частота летальных исходов зависит** от четырёх принципиальных показателей:

- 1) квалификации медицинского персонала;
- 2) срока беременности;
- 3) вида анестезии;
- 4) метода прерывания беременности.

Следовало бы дополнить этот список ещё одним пунктом — **ятрогенными последствиями аборт**. Это дефекты качества оказания медицинской помо-



Рис. 9-8. Вклад послеабортных осложнений в материнскую смертность (Росстат, 2015).



Рис. 9-9. Риск смерти от осложнений аборта.

щи, её несоответствие стандартам обследования и лечения больных с медицинскими и внебольничными септическими абортами. Речь идёт о **недооценке тяжести состояния** больных в стационаре, неадекватности антибактериальной терапии, недостаточности консультативной помощи высококвалифицированных специалистов, запаздывании оперативного вмешательства (рис. 9-9).

Легализация абортов

Ни строгие показания, ни **регламентация** условий выполнения аборта не помогли снизить частоту нелетальных осложнений. Ранние, отсроченные, отдалённые последствия искусственного прерывания беременности встречаются у 16–52% женщин. Поздние осложнения, преимущественно более тяжёлые, составляют 10–35%, а ранние — 5–18%. Кровотечения возникают у 1,5% пациенток, повреждения шейки матки — у 0,3–2,2%.

В России прерывание беременности может быть осуществлено **до 12 нед** по желанию женщины, после этого срока для вмешательства требуются социальные или медицинские показания. Однако запрет на прерывание беременности сроком более 12 нед легко обходят в подпольных абортариях. Лёгкость, с которой делают аборты в частных структурах, оборачивается не только инвалидностью, а иногда и смертью пациентки, но и уголовным делом в отношении врача, раз его услуги небезопасны для жизни и здоровья. В статистику попадают **лишь «неудавшиеся» аборты**, потребовавшие впоследствии дополнительной медицинской помощи. Столь удручающая ситуация просто не может не отразиться на репродуктивном потенциале всей нации.

Кардинальное изменение статистики криминальных абортс наблюдали при **легализации** этой процедуры в СССР в 1955 году. Уже на следующий год снизилось и количество «подпольных» прерываний нежеланной беременности (на 29,6%), и статистика материнской смертности от всех абортс (на 37,8%). Примерно с этого времени можно говорить об очевидности **взаимосвязи** между летальностью после абортс и «законностью» его выполнения. Уже тогда было заявлено, что для снижения количества искусственных прерываний гестации **запланированы государственные меры** по поощрению материнства, воспитательные и разъяснительные работы (тогда речь не шла о гормональной контрацепции; метод предложили лишь в 1960 году).

Вот пример, иллюстрирующий взаимосвязь между законодательными актами и реакцией общества. В 2002 году было принято непродуманное, с моей точки зрения, **решение об отмене** большего числа (девяти из 13) социальных показаний для прерывания беременности в поздние сроки, теперь вообще осталось одно — изнасилование. После этого количество криминальных абортс возросло сразу на 30%, и не все они завершились благополучно.

Аргументы тех, кто **требует запретить** абортс, основаны на депопуляции, преобладании смертности над рождаемостью и т.п. Однако запрещать, не предложив ничего взамен, бессмысленно. Там, где эта процедура узаконена, безопасна и доступна, реже происходят постабортные осложнения.

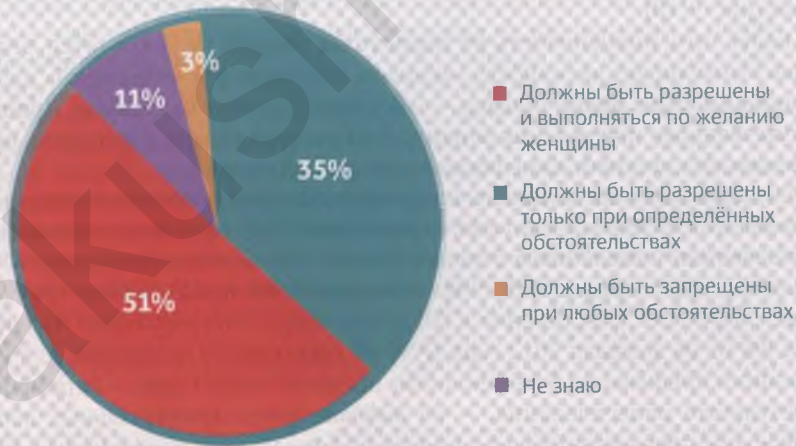


Рис. 9-10. Мнение россиян о медицинских абортс.



Рис. 9-11. Изменения в показаниях для выполнения аборт, их зависимость от легальности вмешательства на примере Российской Федерации (1994–2014 годы), % от общего числа аборт.

В странах, где аборт ограничен или вообще запрещен, женщины часто прибегают к небезопасным методам прерывания беременности. Заканчивается это осложнениями, длительно протекающими заболеваниями или материнской смертью. В России даже мнения самих женщин крайне противоречивы (рис. 9-10).

Более того, **рождаемость от запрета на аборт** не увеличится, эта мера лишь стимулирует активность «чёрных» абортариев и «миграций» для проведения аборт. Яркий пример — «абортный туризм» из Польши. Процедура искусственного прерывания беременности в этой стране запрещена, однако рождаемость уступает даже российским показателям.

Отдадим должное мудрости и профессионализму отечественных врачей-гинекологов. После упомянутого ограничения 2002 года наши коллеги почти не позволили нежеланным беременностям «уйти» в криминальные аборт, увеличив число **прерываний «по медицинским показаниям»** (рис. 9-11). Даже следующее ужесточение в 2012 году, когда Постановление Правительства РФ от 06 февраля 2012 года №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» оставило только одно — беременность в результате изнасилования, — не вызвало роста криминальных аборт. О переходе прерываний беременности по социальным показаниям в аборт по медицинским показаниям свидетельствуют цифры: если в 2003 году доли этих процедур в обеих категориях были практически **равны** (2,31 и 2,25%

ответственно), то в 2004 году эти цифры выглядели по-другому (2,62 и 1,83%), а в 2014 году социальные показания почти исчезли (0,005%), тогда как медицинские (3,6%) **неожиданно выросли** за 10 лет в 1,5 раза.

Благодаря слаженной работе гинекологов амбулаторного звена всплеск криминальных абортотворцев, спровоцированный принятым годом ранее необдуманным ограничением (0,14% к общему числу искусственных прерываний беременности — 2395), сменился устойчивой тенденцией к снижению в течение 10 лет в пределах 0,09–0,02 (2014). К 2014 году были достигнуты **минимальные показатели** по числу криминальных абортотворцев в России (154).

Запрет абортов: за и против. Нужен ли нам закон 1936 года*?

Эта контраверсия в большей степени не медицинская, а **политическая**. Сегодня в обществе широко растиражировано мнение о том, что любое искусственное прерывание беременности — узаконенное детоубийство, а не персональное решение женщины, которое не подлежит общественному обсуждению. В 1930-х годах советский партийный деятель Арон Сольц** писал: «...Аборт — это злое наследие того порядка, когда человек жил узко личными интересами, а не жизнью коллектива... В нашей жизни **не может быть разрыва** между личным и общественным. У нас даже такие, казалось бы, интимные вопросы, как семья, как рождение детей, из личных становятся общественными. Советская женщина уравнена в правах с мужчиной. Для неё открыты двери во все отрасли труда. Но наша советская **женщина не освобождена от той великой и почётной обязанности**, которой наделила её природа: она мать, она родит. И это, бесспорно, дело большой общественной значимости».

Весной 1936 года в советской прессе была организована «широкая поддержка трудящимися» опубликованного в мае проекта закона о запрете абортов. А уже 27 июня Центральный исполнительный комитет и Совет народных комиссаров СССР приняли соответствующее постановление, в преамбуле которого говорилось, что «...советское правительство пошло навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин». Несмотря на **декларативное одобрение** народными массами, запрет на искусственное прерывание беременности не вызвал воодушевления и одобрения со стороны населения, что заставило проводить большую работу по идеологической пропаганде этого непопулярного за-

* Историю запретов и легализации абортов со времён царской России и до наших дней SP подробно освещал в 2011 году. См. статью «История абортов в России» (StatusPraesens. 2011. №1 [4]. С. 75–79).

** Сольц А. А. (1872–1945) — советский партийный деятель, член Коммунистической партии с 1898 года, член Центральной контрольной комиссии Российской коммунистической партии (большевик), председатель юридической коллегии Верховного суда, один из участников массовых репрессий 1930-х годов.

кона. Известно, что народный комиссар здравоохранения Николай Александрович Семашко выступил с оправдательной статьёй, где с восторгом отзывался о принятом постановлении. «Какой замечательный закон!» — писал он. Куда хуже оказались не идеологические, а реальные последствия закона 1936 года. **Запрет** на искусственное прерывание беременности в Советском Союзе привёл к **колоссальному росту материнской смертности** (за счёт криминальных абортсмертность возросла более чем в 10 раз), и снижение материнских потерь произошло только после повторной легализации абортсмертности в 1955 году (рис. 9-12). Конечно, можно было бы предположить, что такая тенденция — исключительная особенность нашей страны, однако не только СССР столкнулся с противозаконным упрямством женщин, не желающих рожать. В частности, в Румынии в 1966 году президент Николае Чаушеску запретил не только аборт, но и любые контрацептивные средства. Результатом стал резкий рост материнских потерь — от 16,9 на 100 тыс. живорождений в 1965 году до 151,3 на 100 тыс. живорождений в 1982 году. Запрещение абортсмертности привело к тому, что материнская смертность в 10 раз превысила таковую в любой европейской стране с легальными абортсмертностями. В период с 1980 по 1989 год **ежегодно от криминальных абортсмертности** в стране умирало около 500 румынских женщин при численности населения около 20 млн. Ситуация нормализовалась только спустя 3 года после отмены запрета на искусственное прерывание беременности.

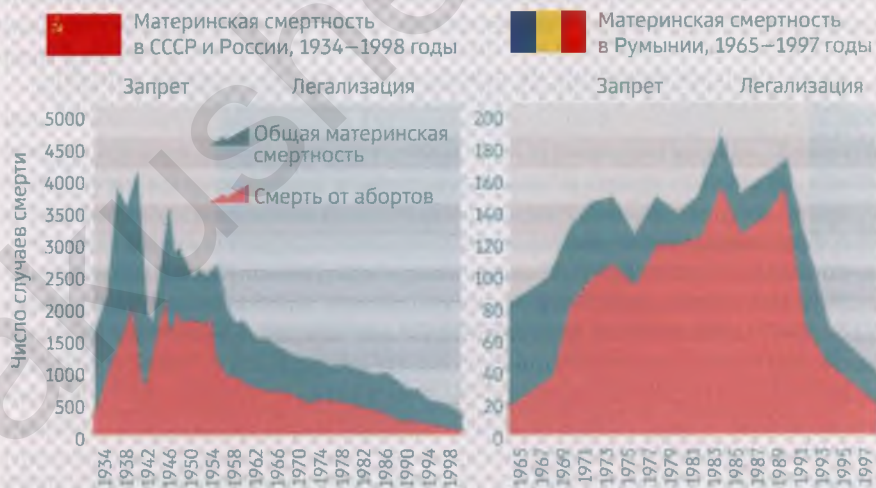


Рис. 9-12. Запретить или разрешить абортсмертность?

Аборт и его осложнения

Согласно определению ВОЗ, «**небезопасный**» аборт — выполнение искусственного прерывания беременности или лечение его осложнений неквалифицированным лицом. Осложнения после аборта — значимая причина смерти и нарушения здоровья женщин репродуктивного возраста. После криминального аборта, как это ни прискорбно, гибель женщин происходит от септических осложнений, кровотечений и травматических повреждений органов малого таза и в первую очередь вызвана поздним обращением за медицинской помощью. А ведь искусственный аборт, **даже выполненный по всем правилам**, — весьма небезопасная операция: осложнения после аборта развиваются у каждой третьей женщины.

К числу наиболее серьезных ятрогенных осложнений, возникающих при хирургическом прерывании беременности на ранних сроках, относят **перфорацию матки** с возможным повреждением соседних органов и сосудов (0,3–4,8%). Риск перфорации возрастает в 3 раза **при аборте у нерожавших** женщин и в 1,4 раза на каждые 2 нед увеличения срока беременности. Вероятность перфорации здоровой матки крайне мала; причиной прободения чаще всего бывает **структурная неполноценность эндометрия**.

Частота осложнений после кюретажа превышает таковую после вакуум-аспирации. Так, кровотечение при вакуум-аспирации отмечают в 0,1–3,1% случаев. В структуре послеабортных осложнений 16,8% составляют **воспалительные** процессы в органах малого таза, которые нередко принимают затяжное хроническое течение, становясь причиной выраженных анатомических изменений гениталий, приводящих нередко к бесплодию, невынашиванию беременности и возникновению внематочной беременности. Внедрение вакуум-аспирации снизило частоту этих осложнений, однако в исследованиях В.И. Краснопольского отмечено, что, несмотря на большую эффективность метода вакуум-аспирации, он представляет риск для здоровья и репродуктивной функции женщины ввиду значительного числа воспалительных осложнений — 12%.

Вместе с тем анонимные опросы гинекологов различных лечебных учреждений показывают, что даже после вакуум-аспирации часто abortируемым выполняют **контрольный кюретаж**. Более того, почти 70% вакуум-аспираций, направленных на коррекцию менструального цикла («мини-аборт»), также завершаются «**проверкой**» **маточных углов кюреткой**. Половина практикующих специалистов делают это «по привычке», остальные — в связи с невозможностью ультразвукового контроля качества проведённой манипуляции. Получается, «мини-аборт» — также небезобидный для репродуктивного здоровья женщины способ прерывания беременности.

Недооценка величины и несвоевременное восполнение кровопотери, неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия, запаздывание оперативного вмешательства — все эти погрешности в оказании медицинской помощи могут стать причиной гибели женщин от **кровотечений** после аборт. Часто наблюдают и **ятрогенные осложнения**, связанные с анестезией (передозировкой препаратов и др.), сосудистой эмболией, аллергической реакцией, повреждением органов, гемотрансфузией.

В грозном списке осложнений существенное место занимает материнская смертность от **послеабортного сепсиса** (70%!). Кроме того, при детальном анализе ситуации становится ясно, что две трети женщин погибают от эндометрита, ранее не диагностированного и не леченного. Ведь **гистологически подтверждённый эндометрит** можно обнаружить у четверти женщин, пришедших на аборт якобы здоровыми. В большинстве случаев эндометрит **не привлекает внимания** врача не только до, но и после аборта: половина впоследствии умерших пациенток обращались к гинекологу, направившему на аборт или выполнившему вмешательство, однако полноценного лечения не получили. Если терапию и назначат, то её фрагментарность и необоснованность (утеротоники, антибиотики без определения чувствительности возбудителя и даже «горячее спринцевание») мешают предотвратить трагический финал, когда женщина погибает от сепсиса.

Зачастую таких пациенток госпитализируют в состоянии септического шока, и **не в гинекологическое, а в реанимационное отделение**. Диагностический поиск, направленный на установление причины шока, затягивается, наступает летальный исход. Впрочем, три четверти женщин, погибших впоследствии от сепсиса, всё-таки как-то лечились, но по «нелепым схемам» с совершенно недостаточной последовательностью и интенсивностью. Не следует забывать, однако, что и в мире **после септического шока** чаще погибают, чем выздоравливают.

Тем более что резервы для борьбы с сепсисом практически растрачены (рис. 9-13): беспорядочное и бездоказательное лечение привело к **антибиотикорезистентности** большинства возбудителей. Агрессивность врачей (преимущественно акушеров-гинекологов), стремящихся «санировать» влагалище при обнаружении в анализах любого симбионта, приводит к **уничтожению всей** защитной микробиоты. Вследствие этого упала эффективность лечения антибиотиками, растёт материнская смертность от сепсиса.

Для периабортной «санации» предложено много противомикробных средств, доказавших свою эффективность. При этом нельзя забывать, что, как при любом вмешательстве в биоценоз половых путей, после аборта необходимо **восстановление нормальной микроэкологии** влагалища (см. главу 4, раздел «Биоценозы...»). Что касается новых препаратов, то предпочтение

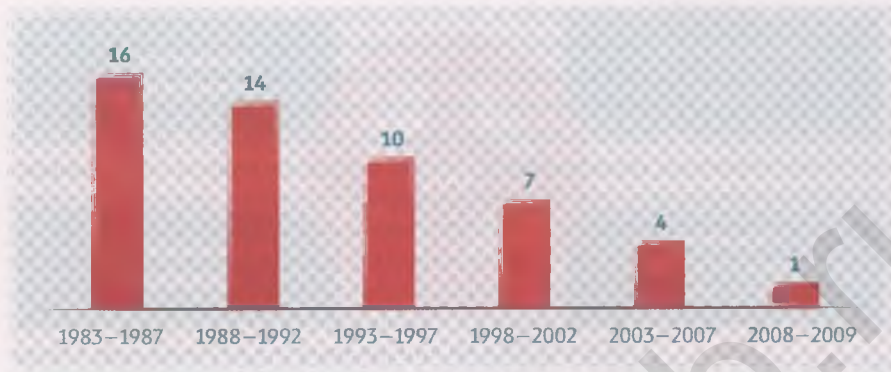


Рис. 9-13. Количество новых антибактериальных препаратов: безрадостная динамика.

следует отдавать тем из них, которые эффективны против всех вероятных возбудителей инфекционных осложнений: против аэробов, анаэробов, трихомонад и дрожжеподобных грибов.

Сотрудник нашей кафедры Л.Д. Оразмурадова в 2007 году выявила, что искусственный аборт в 2,6 раза увеличивает частоту воспалительных заболеваний женской половой сферы; в 4,5 раза — доброкачественных заболеваний молочных желёз. Частота **гинекологических заболеваний** у женщин, чья первая беременность закончилась искусственным абортом, составляет почти 60%.

После аборта **нередко формируется ИЦН**, развивается эндометрит (продуктивный и/или аутоиммунный). Следствием таких осложнений может быть не только infertility, но и разнообразные заболевания матки и других органов репродуктивной системы (хронические воспалительные заболевания половых органов, эндокринные нарушения, эндометриоз).

Увы! Недооценка последствий аборта приводит к тому, что возвращается легкомысленное отношение к самому факту искусственного прерывания беременности. Иногда медики, не очень понимающие ситуацию в стране — лидере по числу абортов, устно и нечётко делятся соображениями о «безопасности» аборта. Действительно, ВОЗ не относит к опасным аборты, выполненные в лечебных учреждениях! В 2015 году ни одна женщина не погибла после хирургического аборта в ЛПУ РФ. Значит, он безопасен при любой технике? Нет, **все они опасны**, включая медикаментозный.

Продуктивный эндометрит обнаруживают у 64% женщин с привычным невынашиванием и у 25% пациенток, пришедших на повторное искусственное прерывание беременности (рис. 9-14). Ситуация парадоксальна. С одной



Рис. 9-14. Хирургический аборт — первопричина репродуктивного нездоровья, финансируемая системой ОМС.

стороны, это **репродуктивно полноценные** женщины: они забеременели. Но, с другой стороны, когда пациентка вынашивает плод в воспалённом эндометрии и дальше, беременность весьма часто заканчивается выкидышем, замирает либо ребёнок оказывается инфицирован внутриутробно. И тогда врачам не надо удивляться преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, ведь эта клиническая ситуация была бы следствием всё той же неразвивающейся беременности и выскабливания в анамнезе.

Искусственный аборт в анамнезе при прочих равных условиях достоверно провоцирует и/или усугубляет патологическое течение беременности и родов у первородящих, что показано в исследовании Т.С. Чередниченко (2002). Риск **хронической плацентарной недостаточности** возрастает в 3,7 раза. А что стоит за этим? Уменьшение маточно-плацентарного и плацентарного кровообращения, снижение артериального кровоснабжения плаценты и плода, ограничение газообмена в плацентарном комплексе нарушают созревание плаценты. **Подавление компенсаторно-приспособительных возможностей** системы «мать-плацента-плод» — одна из причин осложнённого течения беременности и родов.

Первичная недостаточность плацентарного ложа, формирующаяся после аборта, длительная угроза прерывания беременности снижают компенсаторно-приспособительные реакции и оказывают иммунодепрессивное воздействие не только на плод, но и на **постнатальное** развитие ребёнка. Осложнённое течение беременности и родов, спровоцированное абортом (или абортами), особенно длительная угроза прерывания или сочетание с преэклампсией (гестозом) и анемией в 2,2 раза повышают количество **часто и длительно болеющих** младенцев.

Таковы последствия. Однако, хотя мы и «боремся» с абортами, утверждая, что «...аборт страшен, аборт вреден, аборт приводит к нежелательным последствиям», в **системе ОМС** много лет только хирургический аборт царил как единственное бесплатное средство регулирования рождаемости. Зная о тяжелейших осложнениях, резонно спросить: почему государство **спонсировало** эту крайне жестокую акцию, разрушающую репродуктивное здоровье российских женщин? И почему более 10 лет игнорируются призывы прогрессивных гинекологов о необходимости законодательного включения медикаментозного аборта в программу ОМС? Или это следствие успешного лоббирования коммерческой медициной своих финансовых интересов? Опыт регионов, где ОМС оплачивается только медикаментозный аборт, показало возможности его выполнения не в 8%, а в 80%!

Репродуктивное просвещение

В теме планирования семьи часто происходят спекулятивные рассуждения о том, что контрацепция якобы **сдерживает рост** рождаемости. Эта ситуация отнюдь не характерна для России, здесь аборт психологически «не страшен»: в 2014 году численность женщин, применявших гормональную контрацепцию, составила 12,7 на 100 женщин в возрасте 15–49 лет, а внутриматочные контрацептивы — 11,5.

Появление многих **современных противозачаточных средств** приходится на поворотные для России 90-е годы XX века, однако радикальных изменений не произошло. Некоторые группы общества крайне отрицательно отнеслись к попыткам внедрения специальных программ для полового образования и воспитания подростков. Достоинно сожаления, что закрытие проекта «Планирование семьи» произошло не без участия Государственной думы, поддержавшей отмену финансирования. И вот результат — тема сексуального просвещения подростков закрыта, национальная проблема абортот не решена (см. рис. 9-14).

В развивающихся странах **осведомлённость** взрослых женщин о современных методах контрацепции низкая: о них знают менее 50%. В некоторых государствах, где половая жизнь незамужних подростков считается неприемлемой, доступ молодых женщин к средствам регулирования рождаемости ограничен законом. Большинство из них не знают, где можно получить контрацептивы и как ими пользоваться. Предпосылок для подобной ситуации в истории нашего государства немало: во время 20-летнего табу на аборт (1936–1955) **программ по развитию контрацепции** не было. Сказались «железный занавес», изоляция отечественной науки от западных новинок,

недостаток средств, необходимых для внедрения эффективных методов предохранения от беременности. В официальных директивах того времени акценты были смещены к живописанию побочных эффектов от приёма оральных гормональных контрацептивов (1974—1981). На Западе в это время развернулись борьба за рынки сбыта, острая конкуренция фармацевтических компаний, что свидетельствовало о **востребованности** и приемлемости этих средств. Даже в наше время отношение к контрацепции у подростков очень различается в странах мира и приводит к неоднозначной картине подростковой беременности (рис. 9-15).



Совет акушера-гинеколога при подборе метода контрацепции в качестве руководства к действию готовы принять лишь 33% женщин, а 36% сделают так, как скажет мужчина. Собственным мнением при выборе противозачаточного средства руководствуются только 6% респондентов.

В 2015 году независимой исследовательской компанией OMI (Online Market Intelligence, «Маркетинговые онлайн-исследования») при поддержке компании Youer было проведено социологическое исследование, посвящённое знаниям россиян о контрацепции. В опросе участвовали **1662 человека** в возрасте 20–30 лет: 69% женщин и 31% мужчин.

Результаты опроса показали, что **оптимальным** методом контрацепции большинство опрошенных (43%) назвали **презерватив**. На втором месте оказались **оральные контрацептивы**, которые считают удобными и эффективными 25% женщин и 15% мужчин. Третье место разделили прерванный половой акт (ему доверяют 15% мужчин и 5% женщин) и внутриматочные средства (9% женщин). Таким образом, большинство респондентов **считают приемлемыми** ненадёжные способы контрацепции — презерватив и прерванный половой акт (*coitus interruptus*). Более того, россияне не стремятся управлять своей репродуктивной судьбой. Только 48% женщин сообщили, что привыкли доверять презервативу, а 45% продолжают практиковать прерванный половой акт.

Возможно, такие показатели говорят о недостаточной информированности людей о разных методах контрацепции. Хотя, по результатам того же опроса, 97% мужчин и 96% женщин знают о **презервативах**, 32% мужчин и 59% женщин — о вагинальном **кольце**, 8% мужчин и 23% женщин — о **контрацептивном пластyre**. Не более оптимистичны реалии использования оральных контрацептивов: несмотря на то что об их существовании знают 83% респондентов, оптимальным методом их считают 25% женщин, а используют — толь-

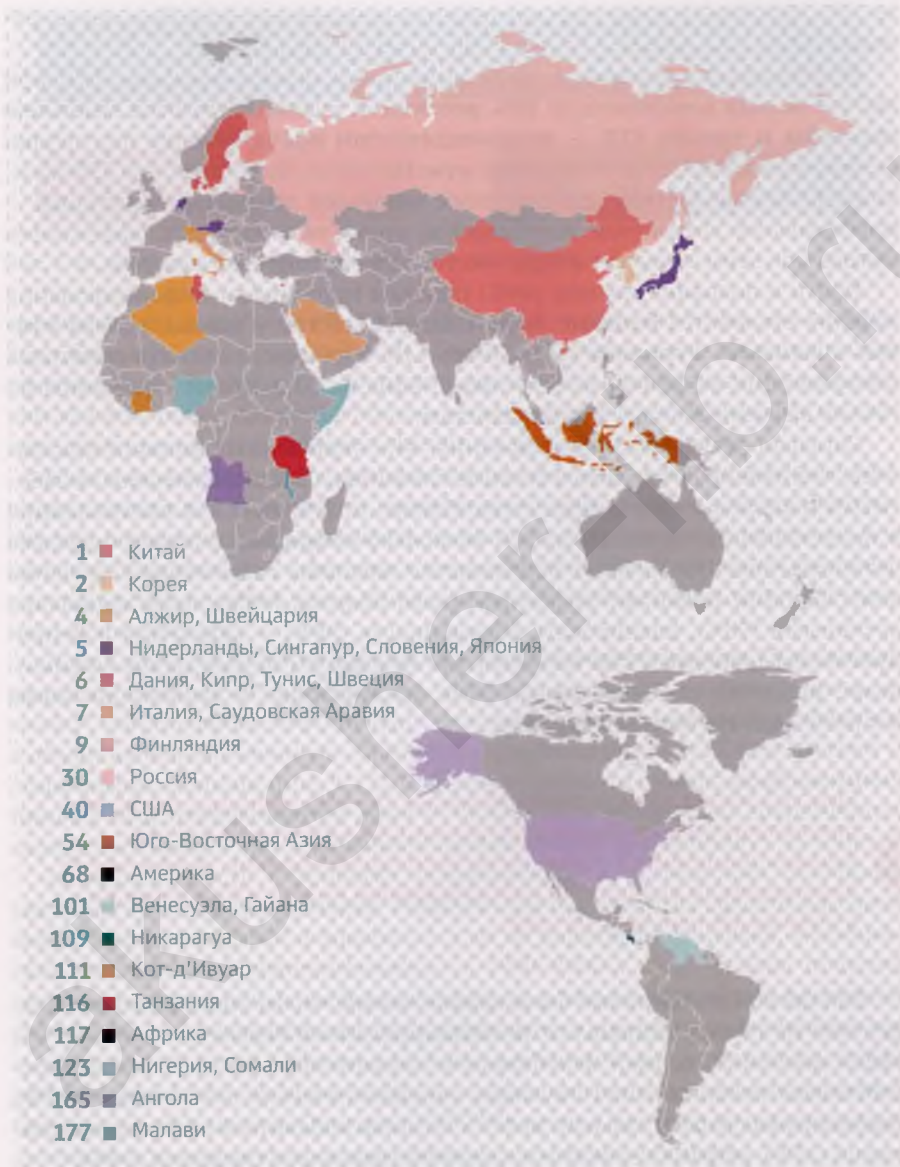


Рис. 9-15. Подростковая беременность в мире, на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет (ВОЗ, 2012).

ко 13%. Мужчины и вовсе считают таблетки ненадёжным способом предохранения (31%), а 6% респондентов вообще ничего о них не знают.

Результаты обсуждаемого социологического опроса показали, что при выборе метода контрацепции **36% россиянок руководствуются мнением партнёра и только 33% — рекомендациями врача**. Мнение партнёрши важно только для 19% респондентов мужского пола. Более того, для 53% мужчин при выборе метода контрацепции **наиболее значимый критерий** — максимальное сохранение ощущений во время полового акта, надёжность метода при этом занимает второе место (51% опрошенных мужчин).

Почти в половине случаев (44%) главным источником информирования женщин становятся **близкие люди** (подруги, сёстры и мамы), а также **статьи в женских журналах** (19%). Лишь 11% опрошенных узнали о методах контрацепции **от врача**, то есть только одна из 10 девушек обращается по такому важному вопросу к специалистам.

Согласно результатам исследования, 44% опрошенных женщин признались, что планируют родить в течение ближайших 5 лет и намерены позаботиться о здоровье своего потомства. Однако получается, что контрацепция в представлениях молодых людей несколько **оторвана** от целей будущего деторождения. По мнению большинства женщин, современные средства контрацепции помогают сократить число аборт (94%), быть социально активными (90%), планировать беременность (88%) и заботиться о репродуктивном здоровье (72%). Большинство мужчин (91%) солидарны с женщинами: рождение ребёнка должно быть продуманным и запланированным и к нему надо **готовиться заранее**.



Спустя 6 мес от начала половой жизни 28–46% молодых женщин прерывают беременность хирургическим методом. Вот с чем связана тенденция к росту числа бесплодных браков, осложнений беременности вследствие неполноценной инвазии бластоцисты в повреждённый эндометрий.

Для респонденток также было крайне важно, чтобы «идеальный контрацептив» не только защищал от незапланированной беременности, но и обладал дополнительными лечебными и косметическими свойствами: способствовал лечению сопутствующих гинекологических заболеваний (17%), нормализовал работу сальных желёз и помогал избавиться от угревых высыпаний (15%), устранял симптомы предменструального синдрома (14%).

Несмотря на все усилия, 70% женщин, проконсультированных при выписке после первых родов весьма грамотным, обученным по программе ВОЗ

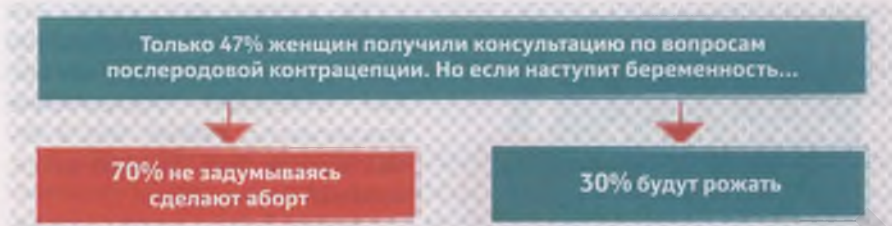


Рис. 9-16. Итоги анкетирования первородящих (РФ, 2012).

специалистом, в анонимном опросе (рис. 9-16) честно ответили, что следующую беременность прервут путём аборта! Некоторые даже объяснили свои предпочтения. В частности, убедительнее мнения специалиста респонденткам кажется **опыт** матерей, старших сестёр, других родственниц. По их словам, даже сделав много абортов, женщины ничего не потеряли.

Никто не знает, почему молодые женщины, не желающие забеременеть после первого в жизни аборта, **игнорируют** эффективные методы контрацепции, несмотря на возможность бесплатно получать эти препараты. Для иллюстрации того, что в вопросах предохранения от нежеланной беременности у России «особый путь», приведём неожиданные результаты собственного эксперимента.

После искусственного прерывания первой беременности **70 молодых женщин бесплатно** получили по упаковке оральных контрацептивов на месяц*. Им сообщили, что они будут получать каждый месяц новую упаковку в обмен на использованную. За второй упаковкой пришли 17, а за третьей — лишь восемь женщин (рис. 9-17). С позиций здравого смысла **необъяснимо, почему они отказываются** даже от бесплатных безвредных современных контрацептивов, а при нежеланной беременности лучше пойдут на аборт.

Осведомлённость в вопросах контрацепции и последствий случайных связей в стране **крайне низкая**. Информация поступает из средств массовой информации, от друзей и знакомых, а не от родителей, учителей, медицинских работников. Предпринимаемые в 1990–2000-х годах робкие попытки создания отечественных **информационных и образовательных программ разумного репродуктивного поведения для подростков и молодёжи** так и остались на бумаге: в России до сих пор нет единой концепции, касающейся сексуального просвещения и вопросов сохранения репродуктивного здоровья. Сегодня эта обязанность Приказом №572н вменена Центрам по охране репродуктивного здоровья подростков, но их на всю страну единицы.

* Это был «Регулон», любезно предоставленный компанией «Гедеон Рихтер».

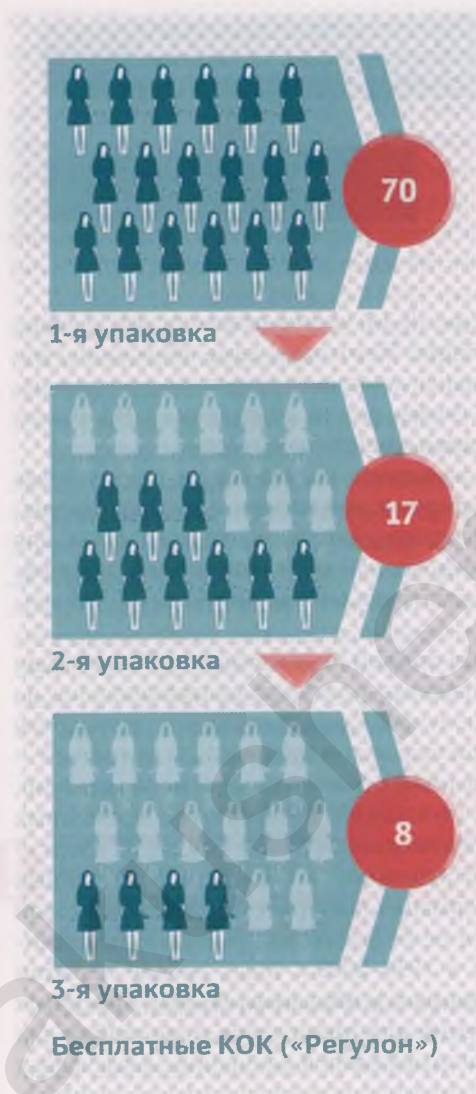


Рис. 9-17. Обращаемость за бесплатными контрацептивами в ходе эксперимента. Мотивация репродуктивного поведения всё так же загадочна.

По данным ВОЗ, около 70% людей согласны, что необходимо планировать число детей. Остальные **отвергают ограничение** рождаемости, считая, что в семье должно быть столько детей, «сколько Бог пошлёт».

Деятельность служб планирования семьи не нарушает конвенцию о правах человека: сами супруги решают, сколько у них будет детей. Однако реализация всех имеющихся прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья возможна лишь при государственной поддержке качественной медицинской помощи. Можно сэкономить огромные средства, направив силы не на лечение бесплодия и не на вспомогательные репродуктивные технологии (например, на ЭКО, на которое не очень сведущие политики возлагают большие надежды в деле увеличения народонаселения России), а **на защиту девочек-подростков** от нежелательных последствий и смерти в результате хирургического аборта. И здесь определённую роль играют акушеры-гинекологи, в среде которых, к сожалению, также сильны гормонофобические настроения.

Медикаментозный аборт

В наши дни медикаментозное прерывание беременности принято в большинстве стран мира

как атравматичный метод, позволяющий снизить риск осложнений до минимума. В марте 2010 года на Всемирном конгрессе по проблемам аборта (Лиссабон) прозвучало утверждение, что медикаментозный аборт — **самая цивилизованная**, признанная мировым сообществом технология прерывания беременности.

К началу XXI века человечество обрело радикальную альтернативу хирургическому аборту — комплексное использование антигестагенных и утеротонических препаратов. В России этот метод разрешён для применения в лечебных учреждениях. Однако в силу достаточно высокой стоимости он не стал рутинным*. До настоящего времени в России данные группы препаратов используют преимущественно коммерческие медицинские центры. Невзирая на несомненные достоинства медикаментозного аборта, проблему представляют **сугубо материальные трудности**. С другой стороны, внедрение этого метода в акушерско-гинекологическую работу в масштабах государства снизило бы стоимость процедуры. Иными словами, процедура **стала бы значительно доступнее** для многих женщин. Оценивая перспективы подобного шага в финансовом отношении, опять заметим, что широкое использование медикаментозного аборта было бы намного выгоднее будущих затрат государства на преодоление бесплодия.

К сожалению, неквалифицированное применение обоих лекарственных средств без учёта показаний, срока беременности, использование несертифицированных препаратов отчасти дискредитировало медикаментозный способ прерывания беременности.

Безусловно, этот метод тоже имеет осложнения, ведь безвредных абортов не бывает. Однако этих нежелательных явлений на порядок меньше, чем при хирургическом прерывании беременности, особенно первой. Вот почему все, кто заинтересован в улучшении репродуктивного здоровья населения России, **должны бороться за замену** хирургического аборта медикаментозным как за этап перехода к цивилизованному планированию семьи.

Прогрессивным решением стало **включение медикаментозного аборта в программу ОМС** с 2012 года. Реализация этого важного шага на пути сохранения репродуктивного потенциала страны ещё не окончена, многие регионы сталкиваются с определёнными трудностями, но прогресс очевиден. Безопасная методика прерывания беременности стала доступна женщинам в большинстве территориальных единиц России. Если в 2012 году медикаментозные аборты выполняли по программе ОМС только в 14 регионах, то в 2014 году — в 20, а в 2016 году — уже в 54 из 85 субъектов РФ (рис. 9-18).

* С 2012 года в России официально зарегистрирован мифепристон в дозе 200 мг для медикаментозного аборта, тогда как ранее было разрешено применение с этой целью мифепристона только в дозе 600 мг. Новая методика позволила существенно снизить стоимость безопасного аборта — теперь он стал дешевле хирургического.

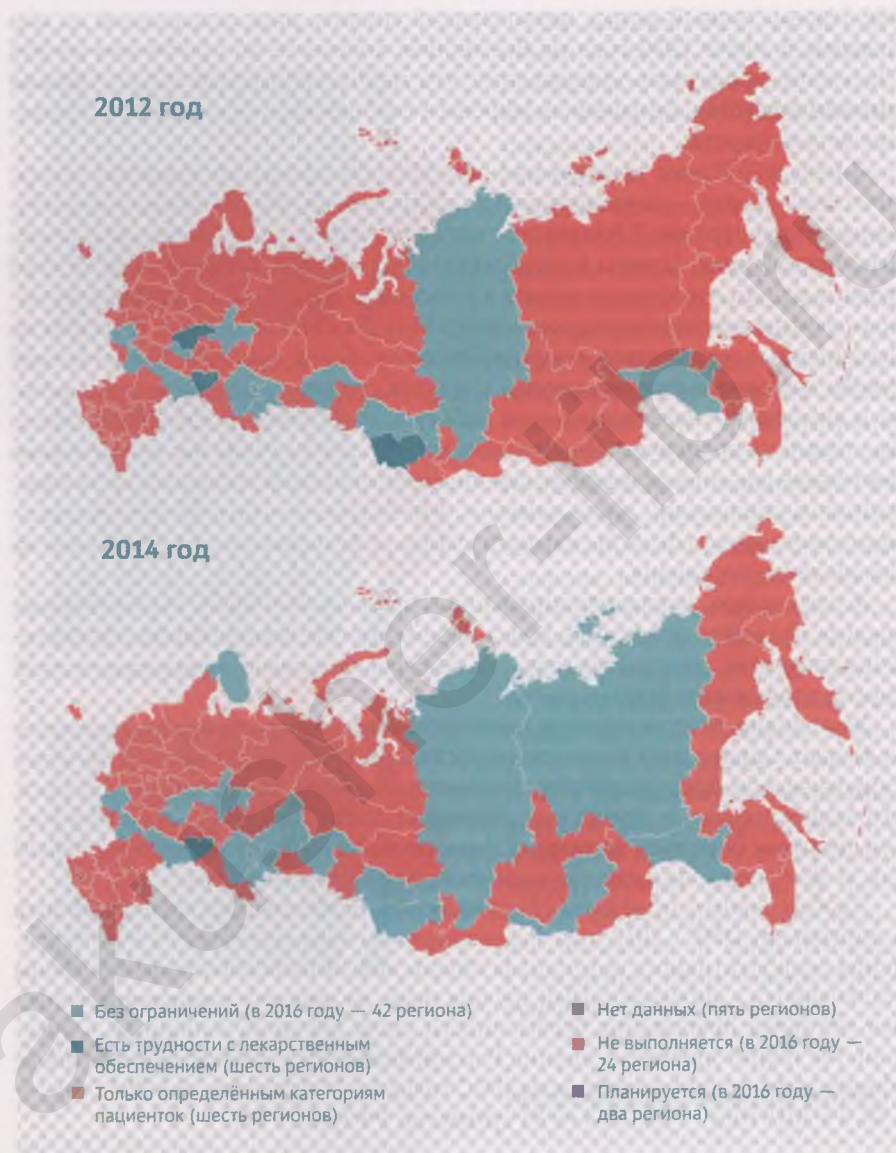


Рис. 9-18. Включение медикаментозного аборта в программу ОМС и результаты реализации программы (StatusPraesens, 2016).

2016 год



- | | | | |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1. Архангельская обл. | 23. Свердловская обл. | 46. Респ. Тыва | 69. Респ. Кабардино-Балкария |
| 2. Астраханская обл. | 24. Томская обл. | 47. Камчатский край | 70. Респ. Карачаево-Черкесия |
| 3. Брянская обл. | 25. Тульская обл. | 48. Забайкальский край | 71. Респ. Северная Осетия–Алания |
| 4. Владимирская обл. | 26. Тюменская обл. | 49. Орловская обл. | 72. Респ. Удмуртия |
| 5. Вологодская обл. | 27. Челябинская обл. | 50. Тамбовская обл. | 73. Краснодарский край |
| 6. Воронежская обл. | 28. Респ. Алтай | 51. Респ. Дагестан | 74. Ставропольский край |
| 7. Ивановская обл. | 29. Респ. Башкортостан | 52. Респ. Татарстан | 75. Ненецкий АО |
| 8. Иркутская обл. | 30. Респ. Ингушетия | 53. Приморский край | 76. Ханты-Мансийский АО–Югра |
| 9. Калужская обл. | 31. Респ. Карелия | 54. Хабаровский край | 77. Чукотский АО |
| 10. Кемеровская обл. | 32. Респ. Коми | 55. Волгоградская обл. | 78. Ямало-Ненецкий АО |
| 11. Кировская обл. | 33. Респ. Крым | 56. Респ. Калмыкия | 79. Москва |
| 12. Курская обл. | 34. Респ. Марий Эл | 57. Амурская обл. | 80. Севастополь |
| 13. Ленинградская обл. | 35. Респ. Мордовия | 58. Калининградская обл. | 81. Еврейская АО |
| 14. Липецкая обл. | 36. Респ. Саха (Якутия) | 59. Костромская обл. | 82. Магаданская обл. |
| 15. Мурманская обл. | 37. Чеченская Респ. | 60. Московская обл. | 83. Респ. Адыгея |
| 16. Нижегородская обл. | 38. Респ. Чувашия | 61. Новгородская обл. | 84. Респ. Бурятия |
| 17. Новосибирская обл. | 39. Респ. Хакасия | 62. Псковская обл. | 85. Санкт-Петербург |
| 18. Омская обл. | 40. Алтайский край | 63. Рязанская обл. | |
| 19. Оренбургская обл. | 41. Красноярский край | 64. Самарская обл. | |
| 20. Пензенская обл. | 42. Пермский край | 65. Сахалинская обл. | |
| 21. Ростовская обл. | 43. Белгородская обл. | 66. Смоленская обл. | |
| 22. Саратовская обл. | 44. Курганская обл. | 67. Тверская обл. | |
| | 45. Ульяновская обл. | 68. Ярославская обл. | |

История медикаментозного аборта

История медикаментозного способа прерывания беременности началась ещё 50 лет назад. ВОЗ в 1970 году огласила концепцию «менструального» аборта как наиболее перспективного на ближайшие 100 лет (!). Первоначально подразумевалось, что при наступлении нежеланной беременности женщина самостоятельно (с помощью утеротонических средств) сможет её прерывать. Тогда **надежду возлагали** на простагландины, однако натуральные препараты были нестойки, малоспецифичны и плохо переносились пациентками. На смену им пришли синтетические аналоги. Мизопростол оказался **стабилен** при комнатной температуре и не терял свойств при применении внутрь, период полувыведения составлял 1,5 ч. Рекомендуемая доза — 800 мкг вагинально и по 400 мкг каждые 3 ч в течение 9 ч либо 800 мкг через 12 ч трижды. Однако такая **схема приёма** препарата часто вызывала побочные эффекты (боль, головокружение, тошнота, рвота, сыпь, диарея). Кроме того, даже самые современные простагландины оказались неспособны вызвать достаточное для менструального аборта резкое сокращение матки. И уже в конце 1970-х годов компания «Руссель» (Roussel Uclaf, Франция) принялась за разработку препарата RU-486: был синтезирован антипрогестин, инактивировавший жёлтое тело беременности. Происходил «менструальный аборт». Это **отдельная полудетективная история** как создания, так и внедрения метода.

Сочетанное использование мифепристона и мизопростола позволяет повысить эффективность метода медикаментозного прерывания беременности до 95–98%. Россия — одна из первых стран мира, которая зарегистрировала мизопростол для медикаментозного аборта, в то время как многие европейские страны и США используют мизопростол off label (не по показанию).

Безопасный аборт

К сожалению, до сих пор российские женщины не осознают разницы между двумя способами регулирования рождаемости — искусственным абортом и контрацепцией. В наши дни заметное преобладание женщин, отдающих предпочтение аборту, а не контрацепции, заставляет всерьёз задуматься о причинах такого положения вещей и способах выхода из **репродуктивного тупика**.

Женщины России традиционно отличаются особым репродуктивным поведением, порой не основанным на обычной логике. В сравнении с другими странами по числу проведённых аборт РФ всегда занимала **одно из лидирующих** мест. В частности, при опросе 23 972 женщин репродуктивного воз-



раста, проживающих в 18 странах Европы (в рамках Pan European FC Study, 2009), 40% российских респонденток указали, что они когда-либо делали аборт, в то время как аналогичный средневропейский показатель оказался вдвое ниже (22%). Для россиянок приемлемы повторные и неоднократные аборт. По данным И.С. Савельевой (2002, 2004), каждая пятая женщина, родившая ребёнка (20,6%), делает аборт в течение года после родов. В то же время 35,9% женщин, перенёвших искусственный аборт, в течение ближайших 12 мес повторно подвергаются этой операции. «Абортная арифметика» последних лет потрясает: **44,2% абортов в возрастной группе 15–19 лет выполняют уже повторнобеременным женщинам.**

Социологические исследования и клинический опыт свидетельствуют, что изменить отношение российских женщин к аборту как к ординарному и допустимому вмешательству после 60 «абортных» лет (с 1955 года) невозможно. В сложившейся ситуации экстренными мерами должны стать **неустанная образовательная и просветительская работа** (профилактика непланируемой беременности как предпосылки к аборту) и снижение риска осложнений аборта. Для этого необходимо обеспечить приоритет и признание общественной ценности медикаментозного прерывания беременности.

Экономическая целесообразность медикаментозного аборта перед хирургическим совершенно очевидна, что легко можно подтвердить расчётами. Так, в 2014 году россиянкам было выполнено 511 799 искусственных прерываний беременности до 12 нед. Доля медикаментозных абортов составила 16%, а хирургических — 84%. По данным Минздрава России, частота бесплодия как осложнения хирургического метода прерывания гестации достигает у первобеременных 5%, у повторнобеременных — 0,5% (табл. 9-1).

Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, составляет 7997,23 руб., стационарной медицинской помощи — 20 768,17 руб. ФОМС возмещает ЛПУ расходы по клинико-статистическим группам «Аборт медикаментозный» в сумме **8317,1 руб.**, «Аборт хирургический» (дневной стационар) — **2639,1 руб.**, «Аборт хирургический» (стационар) — **6853,5 руб.** (табл. 9-2).

На один случай применения ВРТ (ЭКО) за счёт средств ОМС предусмотрено **113 109 руб.**

Как видно из таблицы, на прерывание беременности хирургическим методом и лечение бесплодия методом ЭКО у первобеременных было потрачено 1,339 млрд руб., у повторнобеременных — 3,425 млрд руб. Итого — 4,764 млрд руб. Общие расходы с учётом медикаментозных абортов составили 6,394 млрд руб. (табл. 9-3).

Учитывая, что в 2014 году количество абортов в сроке до 9 нед беременности составило 90% (первобеременные — 49 424, повторнобеременные —

Таблица 9-1. Количество аборт в 2014 году (Минздрав России, 2016)

Показатель	Общее количество прерываний	Медикаментозный аборт до 12 нед (16%)	Хирургический аборт до 12 нед (84%) в дневном стационаре / в обычном стационаре	Частота бесплодия как осложнение хирургического аборта
Первобеременные	65 376	10 460	54 916 (13 010 / 41 906)	2745 (5%)
Повторнобеременные	446 423	71 428	374 995 (88 838 / 286 157)	1875 (0,5%)
Всего	511 799	81 888	429 911 (101 848 / 328 063)	4620

Таблица 9-2. Стоимость хирургического и медикаментозного абортов согласно тарифам (ФОМС, 2016)

Наименование клинико-статистической группы	Стоимость аборта, руб.
Искусственное прерывание беременности (аборт хирургический в дневном стационаре)	2639,1
Искусственное прерывание беременности (аборт хирургический в стационаре)	6853,5
Аборт медикаментозный (в дневном стационаре)	8317,1
Осложнения, связанные с прерыванием беременности (в стационаре)	19 230,7

337 496), **рассчитаем** экономическую выгоду замены хирургического аборта на медикаментозный (табл. 9-4).

Немалую часть материальных расходов в связи с искусственным прерыванием беременности составляют затраты на лечение ранних осложнений после него. Известно, что частота осложнений после хирургического аборта (кюретажа) значительно выше, чем при более щадящих способах — вакуумной аспирации и медикаментозном методе.

По данным литературы, **ранние осложнения** после кюретажа возникают в среднем у 10% пациенток, при вакуумной аспирации и медикаментозном

Таблица 9-3. Затраты на аборт и ЭКО (на количество аборт в 2014 году), руб.

Показатель		Первобеременные (n=408)	Повторнобеременные (n=2789)
Аборты	Медикаментозные	$10\ 460 \times 8317,1 =$ $= 86\ 996\ 866$	$71\ 428 \times 8317,1 =$ $= 594\ 073\ 81$
	Хирургические в дневном стационаре (19,9%)	$13\ 010 \times 2639,1 =$ $= 34\ 334\ 691$	$88\ 838 \times 2639,1 =$ $= 234\ 452\ 366$
	Хирургические в стационаре (64,1%)	$41\ 906 \times 6853,5 =$ $= 287\ 202\ 771$	$286\ 157 \times 6853,5 =$ $= 1\ 961\ 176\ 999$
Три попытки ЭКО		$2745 \times 113\ 109 \times 3 =$ $= 931\ 452\ 615$	$1875 \times 113\ 109 \times 3 =$ $= 636\ 238\ 125$

Таблица 9-4. Расходы на ЭКО при замене хирургического аборта на медикаментозный до 9 нед (на количество аборт в 2014 году), руб.

Показатель		Первобеременные (n=535)	Повторнобеременные (n=3656)
Аборты	Медикаментозные	$10\ 460 \times 8317,1 =$ $= 86\ 996\ 866$	$71\ 428 \times 8317,1 =$ $= 594\ 073\ 819$
	Хирургические в стационаре (10–12 нед)	$5491 \times 6853,5 =$ $= 37\ 632\ 569$	$5491 \times 6853,5 =$ $= 37\ 632\ 569$
	При замене хирургического аборта на медикаментозный (до 9 нед)	$49\ 424 \times 8317,1 =$ $= 411\ 064\ 350$	$337\ 496 \times 8317,1 =$ $= 2\ 806\ 987\ 982$
Три попытки ЭКО		$275 \times 113\ 109 \times 3 =$ $= 93\ 314\ 925$	$1875 \times 113\ 109 \times 3 =$ $= 636\ 238\ 125$

Таблица 9-5. Расходы на лечение ранних осложнений после абортов (на количество аборт в 2014 году), руб.

Расходы		Реальные	Потенциальные
Аборты	Медикаментозные	$818 \times 19\ 230,7 =$ $= 15\ 730\ 713$	$818 \times 19\ 230,7 =$ $= 15\ 730\ 713$
	Хирургические в стационаре (10–12 нед)	$33\ 891 \times 19\ 230,7 =$ $= 651\ 747\ 654$	$4291 \times 19\ 230,7 =$ $= 82\ 518\ 934$
	При замене хирургического аборта на медикаментозный (до 9 нед)	—	$3869 \times 19\ 230,7 =$ $= 74\ 403\ 579$

аборте — примерно у 4% (при этом в стационарной помощи нуждаются не более 1%).

Реальные расходы на аборт и ЭКО в 2014 году составили **6,394 млрд руб.** При замене хирургического аборта на медикаментозный в сроках до 63 дней аменореи расходы на аборт могли бы быть **4,191 млрд руб.** Расходы на ЭКО при этом уменьшаются с **1,567 до 0,792 млрд**, то есть в 1,98 раза (на 49,5%), или на **775 млн руб.** При этом общие расходы на аборт и ЭКО составят **4,983 млрд.** Расходы на лечение ранних осложнений после аборта в стационаре можно уменьшить почти на **500 млн руб.** (494,8 млн), что с финансовой точки зрения не даёт большого преимущества, но с **точки зрения сохранения репродуктивного потенциала нации — бесценно** (табл. 9-5).

Таким образом, внедрение стандартов диагностики, применение современных технологий безопасного аборта и адекватного обезболивания, своевременные и правильно подобранные лечебные мероприятия минимизируют органические повреждения при прерывании беременности.

Молодым необходимо разъяснять пользу **целомудрия до замужества и опасность добрачных половых связей.** Оздоровление подростков (не только девушек, но и молодых людей) поможет уменьшить число дефлорационных циститов. Работа должна вестись в двух направлениях: 1) предупреждение нежеланной беременности; 2) внедрение безопасного аборта. Это единственный безальтернативный путь снижения числа абортов и их вреда в России.

Что же касается «права женщины решать», то среди пациенток, благополучно перенёвших медикаментозный аборт, 91% ответили, что **предпочтут** данный метод хирургическому прерыванию беременности, если такая необходимость возникнет.

Вероятно, по мере работы над препаратами для медикаментозного аборта появятся и более эффективные средства. Однако главное в том, что хирургический метод прерывания беременности должен быть категорически отвергнут. Как ни одно другое вмешательство, хирургический **аборт способен искалечить** не только здоровье женщины, но и всю её жизнь. Мы надеемся, что в ближайшее время удастся предоставить хотя бы юным первобеременным абсолютно легитимный, достаточно эффективный способ сохранения репродуктивного здоровья — бесплатный медикаментозный аборт.

Пути преодоления абортов

Медико-демографическая ситуация в Российской Федерации на протяжении последних 5 лет весьма напряжённая. И всё же, несмотря на неуклонное снижение количества абортов, Россия остаётся страной, где решение про-

блемы регулирования рождаемости носит **нецивилизованный характер**. В 2014 году на территории страны зарегистрировано 930 тыс. аборт, из которых 28,7 тыс. приходится на возрастную группу 18–19 лет, 9,9 тыс. — 15–17 лет и 0,3 тыс. — до 14 лет. При этом за минувшие 5 лет состояние здоровья женского населения заметно ухудшилось:

- расстройства менструации — 564,6 тыс.;
 - бесплодие — 83,1 тыс.;
 - осложнения беременности, родов и послеродового периода — 2801,3 тыс.
- Из числа женщин, закончивших беременность, страдали:
- анемией (32%);
 - болезнями системы кровообращения (9%);
 - сахарным диабетом (1,3%);
 - отёками, протеинурией и гипертензивными расстройствами (14,6%);
 - болезнями мочеполовой системы (17%);
 - венозными осложнениями (4,8%).

За этими мрачными цифрами стоят аборты прошлого десятилетия.

Обеспечение доступа женщин репродуктивного возраста к технологии эффективного и безопасного прерывания беременности крайне важно для реализации права на репродуктивный выбор. Без этого в XXI веке рассматривать проблему охраны репродуктивного здоровья попросту невозможно. Однако в отношении регулирования рождаемости вектор движения общества, претендующего на звание цивилизованного, имеет только одно направление: от «опасного» хирургического аборта к «безопасному» медикаментозному и далее — к рациональной контрацепции, **единственному способу профилактики непланируемой беременности с любым её исходом**.

Уже есть грамотные, заботящиеся о репродуктивном здоровье сограждан губернаторы и главы администраций. Такие чиновники готовы выделять необходимые средства для замены хирургического аборта медикаментозным. На территориях, находящихся под их руководством, снижается стоимость этого вида медицинской помощи. Далёкий от идеала, но в 100 раз менее опасный медикаментозный аборт должен хотя бы на время стать альтернативой хирургическому.

Это необходимо до тех пор, пока пропагандистские и организационные мероприятия не позволят населению страны уйти от аборта — настоящего **анахронизма в регулировании рождаемости** вообще.

Плановая контрацепция как профилактика аборт

В цивилизованном мире постулировано, что чем выше уровень использования контрацепции, тем меньше в популяции аборт. Так, в Европе, где

частота использования оральных контрацептивов у женщин 15–49 лет достигает 75%, уровень абортс на 1000 женщин фертильного возраста не превышает пяти (рис. 9–19). В России же, где оральные контрацептивы применяются в среднем 14% женщин репродуктивного возраста, распространённость абортс на 1000 женщин 15–49 лет достигает 22,4.

Принято считать, что причиной «бойкота» контрацепции выступает глобальная **неинформированность** современных женщин (в том числе и подрастающего поколения) о методах эффективной контрацепции. Однако данные масштабных социологических исследований позволяют расставить соответствующие акценты — россиянки знают о контрацепции и имеют возможность узнать о ней, **но не видят в этом особой необходимости**. Только контрацептивы, рекомендованные с **лечебной целью**, как правило, пациентки принимают довольно добросовестно.

Печально, что новой гранью проблемы становятся недостаточная информированность и неприятие контрацепции как социального (и медицинского!) феномена **врачами** различных специальностей, порой и акушерами-гинекологами.

Далеко не все готовы рекомендовать гормональную контрацепцию только для предупреждения нежеланной беременности, если нет лечебных показаний; нередко врачи не хотят назначать гормональные препараты вообще (скопом отрицая как гормональную контрацепцию, так и заместительную гормонотерапию).



Рис. 9-19. Сколько женщин используют гормональную контрацепцию в Европе и в России?

Например, один из самых распространённых среди врачей **мифов** заключается в том, что необходимо делать **перерывы в приёме КОК**, «чтобы отдохнуть». Правильно ли это? Ведь влияние КОК на репродуктивную систему само по себе подобно «медикаментозному сну-отдыху». Нужно ли прерывать его, когда весь эффект, в том числе лечебный, основывается на **адекватном торможении эндокринной активности** гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси?

Если начало приёма КОК можно сравнить со «стартом», то перерывы в их использовании — это «фальстарт». Всё начинается заново: происходит активация компенсаторных изменений системы гемостаза, обмена липидов и углеводов, развиваются адаптационные нарушения вегетативных и психосоматических связей. **Прекращение программированной блокады** овуляции воспринимается организмом как одобрение возможности наступления беременности, что зачастую и происходит. Перерыв в приёме КОК нейтрализует не только контрацептивное влияние, но и их лечебно-профилактические эффекты — улучшение состояния кожи, купирование симптомов предменструального синдрома, сокращение менструальной кровопотери, снижение риска рака яичников. Весьма важен и тот факт, что все риски конкретной женщины-потребительницы КОК, в том числе сердечно-сосудистые, максимально выражены сразу именно после начала приёма, а через год после старта они минимальны. Возобновление приёма после перерыва полностью нивелирует это преимущество. **Подобные факты неадекватного использования препаратов — яркий пример теперь уже гинекологической агрессии.**

Одной из причин слабого использования гормональной контрацепции в России выступает недостаточная информированность врачей, которым **сложно ориентироваться в многообразии торговых наименований**. Не случайно, как отмечают психологи, слишком большое предложение (например, лекарственных средств одной группы) не только не облегчает, а, наоборот, затрудняет выбор. Так, из представленных в РФ нескольких десятков эстроген-гестагенных комбинаций с разными дозами активных субстанций в разной ценовой категории акушеры-гинекологи делают выбор между двумя-тремя известными лично им гормональными контрацептивами. Авторитетный журнал JAMA Internal Medicine в течение нескольких майских дней 2016 года опубликовал подборку статей, посвящённых дженерикам. В одном из исследований был установлен весьма любопытный факт: многие врачи в написании рецептов используют торговые наименования. Такой необычный подход респонденты объяснили **удобством запоминания**.

Можно и дальше продолжать гадать, что ещё служит причиной такого «консерватизма» — неинформированность самих врачей или их страх оши-

биться при выборе средства из обширного арсенала, но в любом случае в проигрыше остаётся женщина, упускающая свои шансы стать стройнее, красивее, здоровее или решить свои гинекологические проблемы.

Одним из примеров такого **грамотного подхода к консультированию** по вопросам контрацепции может быть использование интерактивного мобильного приложения «Модель выбора контрацепции». В основе алгоритма лежат Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции ВОЗ и базирующиеся на них Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции.

В основу контрацептивной линейки положено исследование **индивидуальных особенностей** и предпочтений женщин, которые при выборе «идеального» контрацептива негласно объединяются в «группы по интересам». Упоминание бренда и название препарата по ключевому действию позволяют специалисту быстрее ориентироваться в показаниях.

Кроме того, каждый медицинский работник, особенно акушер-гинеколог, должен быть на передовой борьбы за безопасное репродуктивное поведение женщин. Эффективность этой работы пока ещё недостаточна; до сих пор не внедрена методология обучения, ориентированная на различные возрастные и социальные группы.

Именно поэтому **репродуктивное просвещение студентов**, которое в течение 6 лет ведёт кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (подробнее см. главу 1 «Демографические аспекты деторождения»), специалисты здравоохранения и образования должны не только признать необходимым, но и рекомендовать для повсеместного внедрения. Два академических часа лекций, прочитанных с привлечением специалиста акушера-гинеколога, позволяют **сократить число абортот среди студенток на 26%** (Хамошина М.Б. и др., 2010, 2011). Организация специализированного приёма в студенческой поликлинике вблизи от места учёбы также способствует распространению современных методов контрацепции. По нашим данным, эта мера **обеспечивает прогресс** по использованию рациональной контрацепции в 4,5 раза (5,6% до начала реализации программы, 25,2% — через 2,5 года), о чём свидетельствует опыт работы кабинета контрацепции в медицинском центре РУДН.



Согласно опросу, только 14% россиянок используют контрацепцию; при этом среднее число детей в семье 1,8. Для сравнения: в Норвегии, Дании и Франции среднее число детей в семье составило 2, в то время как частота использования контрацепции опрошенными из этих стран — 25, 29 и 49% соответственно.

Примечательно, что в мотивации женщин в последние годы уже не прослеживается такой жёсткой зависимости от стоимости контрацепции: если пациентка приняла информированное решение, то финансовые вопросы не имеют для неё столь большого значения, как раньше.

Рациональная контрацепция как **единственный метод профилактики** аборта, ассоциированных с ним осложнений и материнской смертности накладывает на врачей особую ответственность. Показатель рождаемости формируют здоровые женщины, способные к успешному деторождению. Те, кто использует современные контрацептивы, как правило, имеют уровень репродуктивного здоровья **выше популяционного**.

В течение жизни женщины можно выделить несколько «острых» периодов, **определяющих контрацептивный выбор**.

- Период от начала половой жизни до первых родов. Чаще всего он приходится на подростковый (ранний репродуктивный) и оптимальный репродуктивный возраст. Медико-социальную значимость предупреждения аборта при первой беременности трудно переоценить, поскольку первый аборт **запускает порочный круг** исходного репродуктивного неблагополучия, что требует в последующем значительных усилий пациентки, желающей родить ребёнка. При этом сколько-нибудь приемлемые критерии прогноза отсутствуют.
- Период лактации. Чрезмерная уверенность в гарантированной контрацептивной эффективности лактационной аменореи поставляет 10% в контингент женщин, пришедших на аборт.
- Контрацепция после аборта.

Послеродовая контрацепция

В настоящее время, когда грудное вскармливание наконец-то получило в России государственное и общественное признание, **контрацепция в период лактации** приобретает особую актуальность. По мнению экспертов ВОЗ, послеродовой период целесообразно рассматривать как «критический» для непланируемой беременности, ибо промежуток между родами, равный двум и более годам, способствует выживаемости детей грудного возраста и снижает материнскую смертность. При этом только 35,9% женщин имеют чёткую установку на повторное деторождение, а **каждая десятая** женщина в течение года после рождения ребёнка обращается за прерыванием беременности.

В послеродовом периоде женщины могут использовать метод лактационной аменореи, добровольную хирургическую стерилизацию, чисто прогестинные имплантаты, инъекционные и оральные контрацептивы, внутриматочные контрацептивы и барьерные методы. При этом любые оральные контрацепти-

вы противопоказаны в течение 6 нед после родов, а затем до окончания периода лактации без ограничений могут быть использованы чисто прогестиновые контрацептивы (категория приемлемости 1). **КОК кормящим** женщинам можно назначать не ранее 6 мес после родов (категория приемлемости 2).

Новый виток развития послеродовой контрацепции начался после 2000 года, когда были доказаны эффективность и безопасность контрацептивов на основе только гестагенов. На фоне приёма прогестагенсодержащих контрацептивов не было зафиксировано случаев наступления эктопической беременности, а **восстановление фертильности** происходило сразу после отмены препарата. Их контрацептивный эффект связан с подавлением овуляции в 99% циклов (Тихомиров А.Л., 2011). При этом современные дезогестрелсодержащие чисто прогестиновые оральные контрацептивы (например, «Лактинет», «Модэлль Мам», содержащий 75 мкг дезогестрела*) не влияют на качество и количество грудного молока. По некоторым данным, дезогестрел благодаря воздействию на ЦНС, эндометрий и цервикальную слизь оказывает лечебно-профилактический эффект в отношении дисменореи, воспалительных заболеваний органов малого таза, анемии, эндометриоза и др. Отсутствие эстрогенового компонента расширяет возможности применения дезогестрелсодержащих чисто прогестиновых препаратов женщинами, нуждающимися в эффективной контрацепции в том числе даже при наличии противопоказаний к использованию эстрогенов.

В 2011–2015 годах в России была проведена **многоцентровая** исследовательская программа, получившая название «Мирабель». Пожалуй, впервые в нашей стране исследование, связанное с контрацепцией, включило столь масштабную выборку — 2348 женщин с установленными внутриматочными контрацептивами на протяжении года делились с исследователями собственными впечатлениями, а также регулярно проходили обследование.

В ходе «праймериз», проведённых в рамках исследования «Мирабель», удалось выяснить, что 40% респонденток оставляют преимущество на стороне левоноргестрелсодержащей внутриматочной системы («Мирена»), причём именно по причине **хорошей регуляции менструального цикла**. Аналогичное количество женщин склонялись в пользу внутриматочного контрацептива с содержанием меди, но уже по экономическим соображениям. Вообще стоимость контрацептивного средства — крайне важный маркер его доступности.

* Дезогестрелсодержащие пероральные контрацептивы не влияют на количество и качество грудного молока. Оценка роста, физического и психомоторного развития не выявила каких-либо различий у детей, чьи матери принимали дезогестрел, и малышей, чьи матери использовали негормональный метод контрацепции (медные ВМС). Тем не менее необходимо тщательно наблюдать за развитием и ростом грудного ребёнка, мать которого принимает препарат.

Внутриматочную гормональную рилизинг-систему допустимо использовать спустя 6 нед после родов. Что касается медьсодержащего внутриматочного контрацептива, его введение в течение 48 ч после родов или кесарева сечения также считают безопасным и эффективным. В целом **время установки внутриматочного контрацептива не влияет и на степень удовлетворённости методом**, которая в среднем составляет 89%. Раннее применение внутриматочного контрацептива сопряжено лишь с более высоким риском экспульсии по сравнению с отсроченной установкой (24 и 4% соответственно).

Специалисты Американской академии семейных врачей (American family physician) считают назначение левоноргестрелсодержащей внутриматочной системы приемлемым методом контрацепции для кормящих женщин. Анализ кокрейновских обзоров не выявил существенного воздействия гормональной внутриматочной системы на лактацию (количество и качество грудного молока) или рост младенцев.

Что касается постабортной контрацепции, то, по мнению международных экспертов, пролонгированная внутриматочная гормональная рилизинг-система («Мирена») — высокоэффективный обратимый противозачаточный метод для женщин после прерывания нежеланной беременности, причём устанавливать систему можно непосредственно после выполнения аборта в первом триместре при условии отсутствия воспалительных заболеваний половых органов, чтобы свести к минимуму внутриматочные манипуляции и риски, связанные с ними.

Контрацепция юных женщин

Начинать использовать контрацепцию следует с того времени, когда у женщины **появляется потребность** в предохранении от беременности, непланируемой или нежеланной в настоящее время по самым различным причинам. Миф о том, что контрацепция, особенно гормональная, опасна и вредна для подростков и молодых нерожавших женщин, — один из самых распространённых среди населения и медицинских работников. Между тем **в рекомендациях ВОЗ** чётко сказано, что «...оральные контрацептивы могут быть использованы без ограничений у юных и нерожавших женщин с менархе...», а «...оценку факторов риска у подростков проводят по тем же критериям, что и в других возрастных группах...». Если учесть, что, по данным Pan European FC Study (2009), 85% российских девушек **не посещают гинеколога перед** началом половой жизни, становится понятным, почему так медленно снижается количество абортов у подростков: **они попросту не предохраняются.**

Данные 2012 года свидетельствуют: доля аборт в возрасте до 19 лет составляет 7,3%, и почти половина юных женщин прерывают беременность уже повторно. В возрастных группах 20–24 и 25–29 лет доля абортов тоже очень высока и не снижается — 25,2 и 26,4% соответственно. Противозачаточные средства используют только 35–72% сексуально активных девушек. 40% школьниц серьёзно не думают о последствиях половой жизни, каждая третья девочка не знакома с контрацептивными средствами. Только 17% девушек и 25% юношей **планируют свои первые половые контакты**, чем моложе подростки, тем меньше вероятность использования любого метода контрацепции. Как правило, подростки прибегают к малоэффективным методам и средствам контрацепции: 53,3–65,2% из них используют презерватив, 15,9% применяют экстренную контрацепцию в виде приёма чистых гестагенов, 11,7–30,1% прибегают к прерванному половому акту, 8,8% используют спермициды. Лишь 5,2–7,8% живущих половой жизнью девушек используют современные методы — оральные контрацептивы. Нужно отметить, что у 19% девушек беременность возникает в результате первого в их жизни незащищённого полового акта.

Контрацепция «старта» отдаёт предпочтение **КОК с минимальной дозой эстрогенов (15–30 мкг)**. Индивидуальный подбор препарата необходим при потребности в антиандрогенном эффекте («Джес во флекс-картридже», «Мидиана», «Димиа», «Модэлль Пьюр»), для купирования дисменореи («Линдинет 20», «Мидиана», «Модэлль Тренд»), коррекции метаболического риска («Джес во флекс-картридже», «Линдинет 20», «Белара», «Модэлль Про»), предпочтительности удобной схемы приёма («Джес», «Димиа», «Модэлль Тренд»).

В качестве первого КОК для девушек-подростков, учитывая высокую частоту угревой сыпи в этом возрасте, лучше подбирать низко- или микродозированные препараты с антиандрогенным воздействием — на основе **дроспиренона**. На данный момент в России зарегистрированы несколько КОК с дроспиреноном, в числе которых «Джес», «Димиа», «Модэлль Тренд» (этинилэстрадиол 20 мкг + дроспиренон 3 мг), «Мидиана», «Модэлль Про» (этинилэстрадиол 30 мкг + дроспиренон 3 мг).

И.С. Долженко и соавт. (2011) в качестве стартового контрацептива девушкам, в том числе с **гипоталамической дисфункцией**, рекомендуют также препараты «Линдинет 20» (этинилэстрадиол 20 мкг + гестоден 75 мкг) и «Модэлль Тренд» (этинилэстрадиол 20 мкг + дроспиренон 3 мг).

Идеальной контрацептивной технологией для подростков и молодых людей ВОЗ считает **применение «голландского дубля»** — сочетания КОК и качественного презерватива, минимизирующего риск как непланируемой беременности, так и ИППП.

Контрацепция в разных клинических ситуациях

В мае 2013 года в Копенгагене Европейским обществом контрацепции и репродуктивного здоровья совместно с Датским обществом акушеров-гинекологов была проведена Первая Всемирная конференция по контрацепции, сексуальному и репродуктивному здоровью, в которой приняли участие представители 45 стран. **Рекомендации** конференции по применению гормональной контрацепции гласят: «...Контрацепция как единственный медицинский метод профилактики абортов и их осложнений становится важнейшим условием сохранения и улучшения репродуктивного здоровья женщин. Для эффективной профилактики абортов следует шире внедрять современные и надёжные методы контрацепции, и в первую очередь гормональную контрацепцию, обладающую рядом преимуществ...»

Современным женщинам доступны такие новейшие «**плоды контрацептивной цивилизации**», как низкая и очень низкая (15–30 мкг) доза этинилэстрадиола, появление метаболически нейтральных прогестагенов (дезогестрел, гестоден, диеногест, дроспиренон), использование разных режимов приёма (классическая контрацептивная схема «21+7», укорочение безгормонального интервала «24+4»), лечебные схемы применения оральных контрацептивов (пролонгированный режим «63+7», «84+7»), различные пути введения стероидов (трансдермально, трансвагинально, местно в полость матки). Следует отметить инновационный **режим дозирования** с помощью цифрового устройства «Клик (Clyk)», которое входит в комплект «Джес во флекс-картридже». Уникальность нового «гаджета» состоит в том, что он сочетает в себе механический диспенсер для контрацептивных таблеток и электронную систему подсчёта с графическим пользовательским интерфейсом: устройство размером с мобильный телефон снабжено экраном и боковыми клавишами, при одновременном нажатии на которые диспенсер выдаёт очередную таблетку, причём это сразу отображается на экране устройства.

Данные доказательной медицины подтверждают **лечебный эффект КОК** при синдроме поликистозных яичников, акне, маточных кровотечениях, анемии, эндометриозе, предменструальном синдроме; профилактический эффект — при гиперплазии и раке эндометрия, функциональных кистах и раке яичников, миоме матки, ревматоидном артрите, воспалительных заболеваниях органов малого таза, доброкачественных заболеваниях молочных желёз. Приём КОК снижает частоту госпитализаций и оперативных вмешательств по поводу кист яичников, апоплексии яичников, ВЗОМТ, маточных кровотечений.

Лечебно-профилактические эффекты КОК обусловлены как общими фармакологическими **свойствами тандема эстроген-гестаген** (блокада

функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, прекращение ежемесячной овуляции, поддержание постоянной концентрации этинилэстрадиола в сыворотке крови, снижение концентрации простагландинов, обратимые атрофические изменения в эндометрии, повышение вязкости цервикальной слизи), так и специфическим фармакологическим профилем гестагенов, входящих в состав того или иного препарата. Так, КОК с **остаточной андрогенной активностью** незаменимы при остановке маточных кровотечений. Препараты, содержащие **дезогестрел**, обладают уникальным центральным (антигонадотропным) действием. Средства, в состав которых входит **гестоден**, успешнее других справляются с симптомами дисменореи («Линдинет 20»). КОК, содержащие **диеногест** («Силует»), способны быстро и надёжно купировать гиперполименорею, а **дроспиренон-содержащие** («Мидиана», «Джес во флекс-картридже», «Димиа», «Модэлли Тренд») избавляют от предменструального синдрома. Существенный плюс для принимающих КОК — их антиандрогенный (сиречь косметический) эффект («Модэлли Пьюр»). Данные доказательной медицины свидетельствуют, что любой КОК действует на кожу лучше, чем плацебо, а лидерами в борьбе за здоровую кожу считаются **дроспиренон**, **ципротерона ацетат**, **диеногест** («Силует»), **хлормадинон** («Белара»). На отечественном рынке зарегистрировано несколько препаратов с лечебными показаниями при предменструальном синдроме и угревой болезни: «Джес» (первый в истории КОК с лечебными показаниями), «Модэлли Тренд».

У женщин с выраженной дисменореей или дистормональными доброкачественными заболеваниями молочных желёз предпочтительны низкодозированные препараты содержанием гестодена (обладающего мягким антиминералокортикоидным эффектом с максимальным антигонадотропным и выраженным антипролиферативным влиянием на эндометрий), например «Линдинет 20» (этинилэстрадиол 20 мкг + гестоден 75 мкг).

Для изучения его эффективности (и безопасности) было проведено **рандомизированное исследование** с участием 60 женщин репродуктивного возраста, имеющих ту или иную форму мастопатии (Пекарев О.Г. и др., 2010). Контрацептив назначали в пролонгированном режиме 63/7. Уже через 6 мес лечения произошло клиническое улучшение: у 90% женщин **прекратилась масталгия**, у 83% исчезло напряжение молочных желёз, у трети пациенток выявляемые пальпаторно изменения в молочных железах исчезли вообще, у остальных наблюдали существенное улучшение. При **альгодисменорее** с длительностью от 6 до 12 мес в результате приёма этого препарата был отмечен положительный терапевтический эффект: уменьшение болевых ощущений при менструации у 56,7% пациенток через 3 мес и исчезновение симптомов дисменореи у 93,3% пациенток через 6 мес.

Эффективность комбинированного контрацептива «Мидиана» исследована в работах ведущих отечественных специалистов (Прилепская В.Н., Пекарев О.Г., Аганезова Н.В., Тихомиров А.Л. и др). Так, по данным М.А. Геворкян (2011), при наблюдении женщин в течение 6 мес (324 цикла) контрацептивная надёжность составила 100%, при этом ациклических кровотечений не было в 96% циклов. Пятилетний опыт применения этого препарата в России свидетельствует о том, что он действительно обеспечивает хороший контроль цикла. Не менее важно, что КОК обладает антиминералокортикоидным действием, за счёт чего масса тела снижается (Пекарев О.Г., 2012) либо не увеличивается (Тихомиров А.Л., 2012). Гестагенный компонент препарата (дрозпиренон), кроме всего прочего, нивелирует симптомы предменструального синдрома, а потому показан пациенткам, испытывающим дискомфорт в молочных железах и склонным к отёкам во вторую фазу менструального цикла.

Линейка контрацептивных средств «Модэлль» представлена на сегодня четырьмя препаратами. «Модэлль Пьюр», помимо контрацептивного действия, нормализует гормональный баланс, устраняя проявления гиперандрогенизма (гирсутизм, акне, себорея). «Модэлль Пьюр» официально зарегистрирован для лечения акне, андрогенной алопеции и гирсутизма. Минимальный курс приёма для получения эффекта — 6 мес (о чём необходимо предупредить пациентку), для профилактики рецидива гирсутизма приём препарата будет более длительным, в некоторых случаях — пожизненным. «Модэлль Тренд» препятствует набору массы тела и способствует купированию предменструальных симптомов, прежде всего отёков.

«Модэлль Про» — для женщин с гинекологическими заболеваниями (нарушениями менструального цикла)*. Результаты исследований свидетельствуют, что указанная комбинация может уменьшить выраженность предменструальных симптомов, связанных с менструацией (в частности, дисфории и повышенного аппетита). Положительный эффект при приёме комбинации с дроспиреноном регистрируют через три–шесть циклов. Противозачаточное действие, контроль цикла и побочные эффекты аналогичны таковым при использовании других низкодозированных КОК, при этом никакого отрицательного метаболического и системного действия (на значения артериального давления, уровень липидов крови).

Использование КОК, помимо всего прочего, сопровождается выраженным **торможением фолликулогенеза**. Фактически это означает сохранение овариального резерва «до лучших времён». Этот феномен ещё недостаточно изучен и до сих пор не получил должной медико-социальной оценки.

* Не служит показанием к применению. У женщин, принимающих КОК, менструальный цикл становится более регулярным, реже наблюдают болезненные менструации, уменьшается интенсивность менструальноподобного кровотечения, что снижает риск железодефицитной анемии.

Экстренная контрацепция

Если бы **экстренную** контрацепцию применяли повсеместно после каждого незащищённого полового акта (когда пара не планирует беременности), то число искусственных абортов можно было бы значительно снизить. Посмотрим на результаты социологического исследования, проведённого на базе эдинбургской клиники в 2006 году. Исследование заключалось в анкетировании почти 4000 беременных женщин, посетивших гинекологическое отделение для наблюдения по беременности или выполнения аборта. Из числа опрошенных 89,7% беременных, решивших сделать аборт, назвали свою беременность незапланированной, а сохранить эту гестацию решили только 8,6% женщин. Следовательно, около **90% незапланированных беременностей**, наступивших по различным причинам, **заканчиваются абортом**.

Алгоритм назначения экстренной контрацепции. Сначала необходимо исключить уже существующую беременность. Затем следует чётко определить **время** полового контакта, принять его за точку отсчёта, выбрать наиболее подходящий для конкретного случая метод.

В первые 1–3 дня после незащищённого полового контакта оптимален чистый левоноргестрел либо в дозе 1,5 мг однократно, либо в двух дозах по 0,75 мг.

После **выбора варианта** экстренной контрацепции следует обсудить с пациенткой её действия в случае развития побочных эффектов, снабдить женщину печатными материалами. Тут же необходимо предоставить всю **информацию о плановой контрацепции**. Барьерные методы можно начинать использовать сразу, а комбинированные чисто прогестиновые контрацептивы и любые другие способы регулярной контрацепции — сразу или в первый день следующей менструации в зависимости от метода.

Врач обязан предупредить пациентку о необходимости повторного визита: важно убедиться, что экстренная контрацепция была эффективной. Задержка ожидаемой менструации более чем на 7 дней должна насторожить женщину — возможна эктопическая беременность! В этом случае проводят тест на β -ХГЧ и УЗИ для визуализации хориона после 18 дней задержки. Не следует упускать удобный случай ещё раз поговорить о плановой контрацепции.

Послеабортная реабилитация

Искусственное прерывание беременности не только негативно влияет на репродуктивную систему женщины — тем самым под угрозой оказывается успешное деторождение **в будущем**. В эру доказательной медицины это не просто агитация, тому есть статистические подтверждения. Негативное значение имеет **не только сам факт** прерывания беременности, но и количество перенесённых женщиной абортов. Систематический обзор и метаана-

лиз данных 37 исследований 1965–2006 годов, включая рандомизированные клинические исследования, показали, что аборт повышает **риск преждевременных родов** в будущем и вероятность рождения маловесных детей, особенно у женщин, перенёвших более одного прерывания незапланированной беременности. Оздоровление женщин после аборта (в первую очередь хирургического) — одна из самых важных задач. Именно поэтому детальная оптимизация и **организация послеабортной диспансеризации** женщин — первоочередная проблема для всей системы здравоохранения.

Аборт — **биологический шок**, его последствия обнаруживают на всех уровнях репродуктивной системы. Это и повреждение эндометрия, и контаминация полости матки влагалищной и цервикальной микробиотой (по замыслу природы эти микроорганизмы никогда не должны туда попадать), и, наконец, исчезновение эндокринно-активного эмбриона, что сопровождается резкой компенсаторной активацией гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Реабилитация после аборта должна стать **рутинной практикой** в системе оказания качественной гинекологической помощи.

Контрацепция после аборта призвана нести в себе элементы «противошоковой терапии», направленной на восстановление репродуктивной системы женщины. Идеальная технология должна **обеспечивать профилактику повторного** аборта, послеабортных осложнений, восстановление анатомо-функциональных характеристик всех уровней репродуктивной системы (собственно «противошоковые мероприятия»), а также способствовать соблюдению оптимального интергенетического интервала в случае планируемого в ближайшие годы деторождения (прегравидарная подготовка). Клинический опыт с использованием различных медикаментозных препаратов (антибиотики, фитоэстрогены, иммуномодуляторы и пр.) и немедикаментозных технологий при всей успешности позволяет восстановить функции репродуктивной системы **лишь частично**.

Следует признать, что всем вышеперечисленным требованиям одновременно отвечают только КОК. Фармакологические эффекты КОК реализуются на всех уровнях репродуктивной системы:

- в гипоталамусе — подавление выработки гонадолиберина;
- в гипофизе — блокада циклической секреции лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов;
- в яичниках — снижение выработки стероидов, что делает овуляцию невозможной;
- в эндометрии развиваются изменения, затрудняющие подготовку эндометрия к имплантации;
- в цервикальном канале происходит сгущение цервикальной слизи, препятствующее проникновению сперматозоидов и инфектов.

Немаловажна и блокада подвижности сперматозоидов (Радзинский В.Е. и др., 2010; Савельева И.С., Хамошина М.Б., 2011). Таким образом, между послеабортной контрацепцией с использованием КОК и послеабортной реабилитацией **можно поставить знак равенства**.

В целом, несмотря на то что для послеабортной контрацепции могут быть использованы практически все методы, **преимущество**, безусловно, остаётся за КОК. Следует сказать, что почти все прочие методы контрацепции после прерывания беременности в I–II триместрах относятся к категории приемлемости 1 (Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции, ВОЗ, пятый пересмотр, 2015).

Определённые ограничения существуют только в отношении внутриматочных контрацептивов (как медьсодержащих, так и гормоноввыделяющих) — им присвоена категория 2 после аборта во II триместре или категория 4 (невозможность использования) после септического аборта. Современные **представления о безопасности** применения КОК сразу после аборта основаны на данных доказательной медицины и имеют самый высокий уровень доказательности (А).

ВОЗ ещё в 1998 году сообщала, что консультирование по планированию семьи и предоставление информации о методах контрацепции после аборта способствуют заметному снижению частоты повторных абортов, поскольку большее число женщин начинают пользоваться контрацепцией (уровень доказательности В). **Преимущество работы различных лечебных учреждений**, оказывающих помощь пациенткам, значительно повышает качество медицинской помощи на всех этапах аборта. Консультирование перед выпиской после аборта и доступность средств (либо предоставление бесплатных контрацептивов) помогают распространению высокоэффективных методов контрацепции, снижению числа незапланированных беременностей и числа повторных абортов (уровень доказательности В).

К сожалению, практика показывает, что в отношении российских женщин такие методы далеко не всегда эффективны. Логического объяснения тому, насколько часто российские женщины отказываются от бесплатно предоставляемых контрацептивов, до сих пор не найдено.

В идеале женщина должна быть приглашена на контрольный визит и информирована о симптомах осложнений после аборта и доступных методах предохранения от непланируемой беременности на 10–12-й день после аборта. В этот момент **ещё не поздно начать** приём контрацептивных средств, если выяснится, что пациентка ими пренебрегла. Через несколько дней после прерывания беременности уровень эстрогена и прогестерона снижается, их минимальные концентрации определяют на 7-й день. Однако на 4–9-й день возрастает уровень фолликулостимулирующего гормона,

что влечёт за собой рост концентрации эстрогенов через 7 дней. Уровни лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов обычно повышаются на 11-й день после аборта, и у 50% женщин в течение 2–3 нед уже наступает овуляция.

К сожалению, далеко не все пациентки в послеабортный период получают адекватную консультацию, дающую всю необходимую информацию о сути, важности и дополнительных преимуществах контрацепции. Реалии, выявляемые путём анкетирования молодых женщин, парадоксальны настолько, что порой ставят в тупик: 92,8% опрошенных после искусственного аборта не планировали иметь беременность в течение ближайших 2–5 лет, однако лишь 58,5% указали, что врач обсуждал с ними возможность использования контрацепции после аборта. В результате после перенесённого вмешательства КОК применяли 18,9% женщин, презерватив — чуть более половины респонденток (52,4%), прочие методы — в общей сложности 7%, а 21,7% женщин не предохранялись от беременности вообще. Известно, что в возрастной группе 25–30 лет 61% женщин делают аборт один раз, 26% — дважды, 9% — 3 раза, 4% — 4 раза и более.

Аналогичные данные получены проф. М.Б. Хамошиной при анонимном анкетировании 1692 женщин 15–49 лет, среди которых совет по контрацепции после аборта получили только 60% респонденток, а последовала врачебным рекомендациям лишь каждая вторая.

Есть такое замечательное выражение: «Любая контрацепция лучше, чем аборт». Поэтому даже если аборт уже стал реальностью, в послеабортный период следует отдать предпочтение монофазным низкодозированным КОК, содержащим 30 мкг этинилэстрадиола, однако индивидуальный выбор определяется лечебными преимуществами гестагена, входящего в состав контрацептива.

В случае невозможности использования оральной гормональной контрацепции после аборта либо в комбинации с гормональными контрацептивами весьма полезным может оказаться препарат «Мастодион»*, основное действующее вещество которого — экстракт растения *Vitex agnus-castus* (витекс священный), обладающий доказанным допаминергическим эффектом. Препарат способствует нормализации умеренно повышенного уровня пролактина, восстановлению лютеиновой фазы менструального цикла. В сравнительном исследовании, посвящённом течению послеабортного пе-

* Препарат, созданный для лечения доброкачественных заболеваний молочной железы, эффективно купирует мастодионию, предупреждает развитие патологических процессов в молочной железе и уменьшает сопутствующие явления психологического дискомфорта и тревожности. Препарат довольно успешно используют для купирования жалоб у пациенток с предменструальным синдромом, в первую очередь масталгии и чувства напряжения в молочных железах (Wuttke W. et al., 1997; Halaska M. et al., 1999).

риода без реабилитации и на фоне применения «Мастодиона» в течение 6 мес, было отмечено более раннее (уже к 3-му месяцу лечения) прекращение жалоб, связанных с медицинским абортом, в группе женщин, применявших препарат (дисменорея, гиперменорея, головные боли, мастодиния, раздражительность, утомляемость).

По мнению Т.А. Назаренко и Л.В. Дубницкой (2007), с целью снижения риска воспалительных осложнений и реабилитации репродуктивной функции женщинам в течение 1–2 мес после прерывания беременности низкодозированные гормональные контрацептивы следует сочетать с препаратами гиалуронидазы. «Лонгидаза» — конъюгат гиалуронидазы с сополимером N-оксида 1,4-этиленпиперазина и (N-карбоксиметил)-1,4-этиленпиперазиния бромида 3000 МЕ. Препарат можно назначать женщинам после аборта по 3000 МЕ внутримышечно каждые 3 дня. Курс лечения составляет 10 инъекций. Это подавляет острую фазу воспаления, предотвращает реактивный рост соединительной ткани и развитие фиброза, восстанавливает морфофункциональное состояние эндометрия и предупреждает образование внутриматочных сращений.

ПОТЕРЯННЫЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Эпизод невынашивания беременности протекает по одному из двух возможных сценариев: происходит **самопроизвольный выкидыш** (полный или неполный) либо беременность переходит в категорию **неразвивающихся** (замерших). О неразвивающейся беременности можно говорить при отсутствии или нежизнеспособности эмбриона/плода (анэмбриония либо гибель), а также в случае выявления патологической инертности миометрия и нарушения в системе гемостаза. В отличие от самопроизвольного аборта при замершей беременности реже наблюдают **самостоятельное опорожнение** полости матки.

Самопроизвольный выкидыш

Максимальная **вероятность наступления беременности** в менструальном цикле у здоровых женщин достигает лишь 30%, а остальные 70% приходятся на доклинические потери, и в их числе имплантационные и постимплантационные неудачи примерно в одинаковом соотношении — по 30% (рис. 9-20).

Иногда самопроизвольное прерывание гестации не удаётся ни распознать, ни зарегистрировать: это происходит на малом сроке беременности, когда задержки менструации может и не быть. В общей статистике самопро-

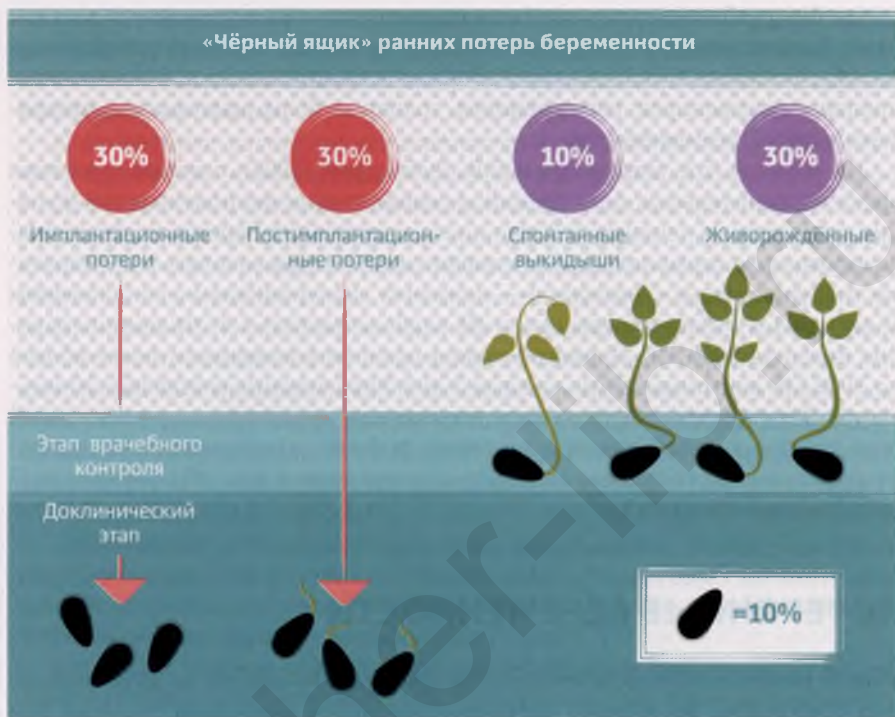


Рис. 9-20. «Чёрный ящик» ранних потерь.

извольных прерываний до 70% выкидышей **происходят раньше**, чем беременность может быть распознана клинически. К таким расчётам пришли наши коллеги из Англии.

Если задержку очередной менструации уже удалось установить и получен положительный тест на беременность, «**первичный фильтр**» репродуктивных потерь **можно считать пройденным**. В этом случае шансы на благополучный исход резко возрастают: 80% беременностей прогрессируют, самопроизвольно прерывается только каждая пятая.

В июне 2013 года был опубликован систематический обзор новых данных о невынашивании, охвативший публикации за период с 1988 по 2012 год. Одним из авторов документа выступил британский эксперт Николас Маклон (Nicholas S. Macklon), автор более ста публикаций о рецептивности эндометрия и проблемах ВРТ. Авторы исследования делают акцент на том, что продолжающийся рост численности населения в мире, казалось бы, должен

свидетельствовать о плодovitости человеческого рода. Однако если репродукцию человека рассматривать с точки зрения эффективности, то становится очевидным, что рост населения произошёл отнюдь не благодаря «обналичиванию» репродуктивного потенциала человечества.

В своей статье 2002 года Н. Маклон доказывает относительную неэффективность реализации зигот в беременности с опорой на данные, полученные для Великобритании, продемонстрированные авторитетными экспертами ещё в 1970 году. Статистика репродукции складывалась следующим образом:

- замужние женщины в возрасте 20–29 лет — 2,4 млн;
- половые акты (в среднем — дважды в неделю) за год — 253,4 млн;
- незащищённые половые акты за год (1:4) — 63,4 млн;
- незащищённые акты в течение 48 ч овуляции (1:14) — 4,5 млн;
- предположительно один из двух этих результатов в оплодотворении — 2,3 млн;
- реальное число новорождённых у этих женщин — 0,5 млн.

Таким образом, расчётные потери составляют 1,8 (2,3–0,5), или 78%.

Усреднённая статистика **на протяжении десятилетий стабильна**: только 22% зачатий в популяции завершаются родами. Куда же исчезают остальные эмбрионы? Более поздние исследования показали, что даже при оптимальных обстоятельствах зачатие происходит не более чем в 30%. Зигота **может погибнуть в любой момент** между оплодотворением и имплантацией. Клинически раскрыть долю этих «самых ранних» потерь практически нереально. Подтвердить факт оплодотворения и развития зиготы в этот период также не всегда удаётся, в связи с чем большинство эмбрионов погибают прежде, чем женщина узнаёт о беременности. Такие репродуктивные неудачи называют скрытыми: беременность заканчивается так скоро, что никаких клинических подозрений о её существовании просто-напросто не возникает. Все остановившиеся в развитии эмбрионы, по меткому выражению авторов обзора, составляют так называемый «чёрный ящик» потерь беременности I триместра (см. рис. 9–20). А если добавить к ним остальные (регистрируемые) самопроизвольные аборт на этих сроках гестации, получится истинная картина эффективности репродукции.

Неразвивающаяся беременность

На долю неразвивающейся беременности в общей структуре невынашивания приходится 9 из 20%, остальная статистика (11%) представлена самопроизвольным абортom. Большинство эпизодов невынашивания (до 80%) регистрируют **в I триместре**.

Анализ историй болезни пациенток, поступивших в гинекологический стационар ГКБ №64 (Москва), показал неуклонный **рост частоты эпизодов** остации развития беременности: в 2013 году самопроизвольное прерывание гестации выявили у 17,4% женщин, в 2014-м — у 20%, а в 2015-м — уже у 20,8%.

Современный подход к неразвивающейся беременности предусматривает прежде всего принятие и **внедрение в практику рекомендаций** XVII съезда FIGO (Куала-Лумпур, 2006): после верификации диагноз «неразвивающаяся беременность» следует **без дополнительного обследования** продолжить словами «хронический эндометрит». Это заключение основано на результатах нескольких многоцентровых исследований: у 100% женщин с неразвивающейся беременностью в эндометрии персистирует воспаление.

По сути, уже сама неразвивающаяся беременность — в ряде случаев закономерный исход **воспалительного процесса микробной природы**, зачастую недиагностированного и нелеченого, апогей декомпенсации. **Первопричины** настолько тяжких нарушений кроются в извращении биотопа половых путей, особенно часто возникающем после «калечащего» хирургического аборта без реабилитации или на фоне изолированной, зачастую необоснованной антибиотикотерапии. Более того, даже если гестация прервалась по любой другой причине, **отторжение некротизированных ворсин хориона всегда происходит с воспалительной реакцией** — здесь речь чаще всего идёт об аутоиммунном воспалении. В дальнейшем «снежный ком» проблем только нарастает: в функционально неполноценном эндометрии беременность нормально развиваться не может.

Анализируя **данные УЗИ** при эпизодах неразвивающейся беременности, можно обнаружить, что **самостоятельное опорожнение** полости матки в течение 2 нед происходит у 51% женщин с анэмбрионией и у 35% пациенток с гибелью плода (результаты наблюдения за 203 пациентками, согласившимися на выжидательную тактику, из 282). Из числа тех, у кого опорожнение матки за указанный период ожидания не произошло, у 2,5% выявлены показания для дилатации и кюретажа (инфекционно-воспалительные процессы или кровотечение). У оставшихся 36,5% подобных осложнений не было, однако плодное яйцо задержалось в полости матки, что потребовало её **артифициального опорожнения**.

Диагностика

УЗИ — основной метод диагностики неразвивающейся беременности. Он позволяет **поставить диагноз задолго** до появления жалоб и клинических симптомов. При ультразвуковом трансвагинальном исследовании на ранних сроках рекомендуется **оценка** следующих структур: плодного мешка, амнио-

тической полости, желточного мешка и эмбриона с регистрируемой в режиме реального времени (В-режиме) или М-режиме сердечной деятельностью. Использование цветного доплеровского картирования для регистрации сердечной деятельности на ранних сроках беременности недопустимо!

В соответствии с **критериями** Международного общества радиологов (ISR, 2013) беременность считается замершей, если при трансвагинальном УЗИ:

- копчико-теменной размер эмбриона составляет 7 мм и более и отсутствует сердечная деятельность;
- средний диаметр (среднее арифметическое трёх диаметров) плодного мешка 25 мм и более и отсутствуют эмбриональные структуры. В этом случае повторное УЗИ не требуется, диагноз окончателен.

К другим диагностическим критериям относят:

- отсутствие эмбриона с сердцебиением через 2 нед после того, как в ходе УЗИ при первичном осмотре был обнаружен плодный мешок без желточного мешка;
- отсутствие эмбриона с сердцебиением через 11 дней после того, как в ходе УЗИ при первичном осмотре был обнаружен плодный мешок с желточным мешком.

Важным этапом в ультразвуковой диагностике неразвивающейся беременности считают повторные УЗИ. Оптимальный интервал для повторного исследования 7–10 дней.

В современных условиях в ультразвуковой диагностике на ранних сроках беременности существуют следующие положения.

- Прирост в миллиметрах плодного мешка не коррелирует с диагнозом «развивающаяся беременность» и требует уточнения при повторном ультразвуковом сканировании.
- Не существует референсных шкал, позволяющих определить срок беременности по размерам плодного мешка. При отсутствии визуализации эмбриона срок беременности определяют по периоду отсутствия менструации.
- Если эмбрион по копчико-теменному размеру соответствует 10 нед, отсутствует сердечная деятельность, то врач правомочен поставить диагноз неразвивающейся беременности, используя определённые референсные шкалы.

В сроке гестации 30 нед и более при жалобах беременной на ослабление двигательной активности плода, вагинальное кровотечение или боль внизу живота, а также при осложнённом течении беременности и ряде других показаний может быть назначена **кардиотокография**. Важно, что при подозрении на ухудшение состояния плода наблюдение следует продолжать не менее 60 мин, чтобы **исключить фазу глубокого сна** плода.

Распространённая ошибка при обследовании пациентки с подозрением на неразвивающуюся беременность — недостаточное внимание к **гемостазиологическим параметрам**, что допускает развитие коагуляционных осложнений. **Ранняя** диагностика неразвивающейся беременности сокращает не только сроки обследования пациенток, но и риск осложнений, связанных с пребыванием погибшего плодного яйца в полости матки.

Концентрация β -ХГЧ в сыворотке крови при неразвивающейся беременности ниже, чем при физиологической:

- в сроке 6–12 нед — в 8,6 раза;
- в 13–26 нед — в 3,3 раза;
- в 28–30 нед — в 2,7 раза.

Тем не менее **однократное определение уровня** этого вещества в качестве диагностического ориентира с клинической точки зрения представляется **недостаточно информативным**. Едва ли при неразвивающейся беременности можно ориентироваться на концентрацию плацентарного лактогена: она снижается, но не очень значительно (в 1,8–2,7 раза). Ярче выражено **падение уровня эстрадиола** при сохранении в крови довольно высокой концентрации прогестерона. У женщин с анэмбрионией и неразвивающейся беременностью в сроки 18–26 нед отмечают повышенные уровни α -фетопротеина.

Всецело полагаться на лабораторные маркеры при диагностике неразвивающейся беременности не стоит, поскольку, во-первых, они недостаточно специфичны, а во-вторых, **отсрочка начала лечения недопустима**. Длительное присутствие в матке погибшего плода (эмбриона) — угроза не только здоровью, но и жизни женщины вследствие повышения риска гемостазиологических осложнений.

Лечение

Опорожнение полости матки

Учитывая возможные осложнения, обусловленные длительным нахождением погибшего плода (эмбриона) в матке, необходимо сразу после диагностики патологической беременности приступить к её прерыванию назначением мифепристона и/или мизопростола. Показана высокая эффективность этого метода **в любой срок беременности** (Кукарская И.И., 2014). В последние годы метод медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности получил широкое распространение (Дикке Г.Б., 2015).

«**Профилактическая**» антибактериальная терапия не подтвердила своей эффективности после хирургического опорожнения матки при самопроизвольном аборте, в том числе при замершей беременности.

Прекращение развития плодного яйца на ранних сроках беременности и длительная задержка его в полости матки часто происходят при интимном прикреплении плаценты к стенке матки, именно поэтому эвакуация плодного яйца путём инструментального опорожнения с расширением цервикального канала и вакуум-аспирацией признана более опасным методом. В случае необходимости инструментального вмешательства рекомендуется использовать гистероскопический контроль для чёткой визуализации и прицельного удаления патологической беременности или её остатков.

Кюретаж при неразвивающейся беременности **считают неприемлемым** в связи с повышением риска кровотечения на фоне усиленного поступления в кровоток факторов свёртывания при механическом воздействии на стенки матки. Кроме того, выскабливание полости матки может вызвать переход от вполне физиологичного непрерывного **внутрисосудистого свёртывания** малой интенсивности к изменённому свёртыванию с качественно иными параметрами (Нидоризанюк М.А., 2009).

Травматическое повреждение матки при кюретаже увеличивает **риск перфорации** при цервикальном расширении и/или маточной эвакуации (Koshiba A. et al., 2012) независимо от технологии хирургического аборта. Чаще эту клиническую ситуацию наблюдают у первобеременных. Подобные осложнения — результат сложившейся системы оказания медицинской помощи и несоблюдения правил безопасности процедуры: ведущей **технологией завершения выкидыша** и неразвивающейся беременности остаётся хирургическая с использованием кюретки (Радзинский В.Е., 2015; Дикке Г.Б., 2015). Ожидаемым следствием подобных приоритетов стала регистрация **высокой частоты послеабортного эндометрита** и его варианта на фоне остатков плацентарной ткани после кюретажа, в том числе при наличии рубца на матке.

Сегодня накоплена довольно обширная доказательная база **по эффективности медикаментозного прерывания** неразвивающейся беременности. Возможны две схемы: первая включает использование комбинации мифепристона и мизопростола, вторая — только мизопростол. Под влиянием мифепристона предотвращается децидуализация эндометрия, возникают структурные изменения в капиллярах децидуальной оболочки на ультраструктурном уровне, что вызывает отторжение эмбриона. При этом возросшие концентрации простагландинов **индуцируют сокращение матки** (Дикке Г.Б., 2015).

Противопоказания к медикаментозному прерыванию: внематочная беременность, аллергическая реакция на мифепристон или мизопростол, порфирия, хроническая почечная или печёночная недостаточность.

В нашем исследовании (2010–2012 годы) срок беременности не превышал 12 нед. Всем пациенткам удаление плодного яйца выполняли под контролем

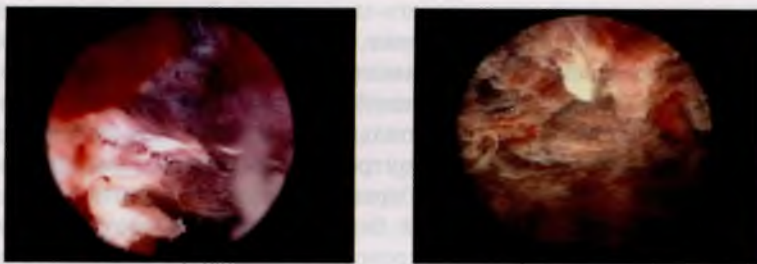


Рис. 9-21. Нерзвивающаяся беременность. Гистероскопическая картина эндометрита на фоне остатков плодного яйца.

гистероскопии в условиях малой операционной с использованием внутривенного обезболивания. Во время гистероскопии оценивали локализацию плодного яйца, состояние эндометрия, после чего удаляли плодное яйцо с прицельным взятием гистологического материала из плацентарного ложа и последующим промыванием полости матки раствором антисептика. В зависимости от **длительности пребывания** плодного яйца в полости матки при гистероскопии отмечены более интимное прикрепление хориона/плаценты с некротическими изменениями, тромбоз сосудов с тотальным наложением нитей фибрина. Чаще среди эндоскопических картин наблюдали местный воспалительный процесс, который преобладал у женщин с абортми и родами в анамнезе (рис. 9-21).

Патофизиология самостоятельной регенерации

Нерзвивающаяся беременность практически во всех случаях сопровождается эндометритом. Всегда следует помнить, что после удаления «замершей» беременности **эндометрий восстанавливается дольше**, чем после артификального аборта. Именно поэтому без реабилитационных мероприятий не обойтись. А в случае наступления беременности ранее чем через 6 мес **вероятность повторной нерзвивающейся** беременности очень высока.

По данным проф. О.Ф. Серовой и соавт. (2002), на 7-й день после аборта при пайпель-биопсии в полости матки можно **обнаружить** некротизированные фрагменты поверхностного и глубокого эндометрия, **признаки частичного восстановления** эндометрия, базальный эндометрий с воспалительным валиком и единичными железами. На 21-й день происходит неполная эпителизация эндометрия, сохраняются воспалительные изменения, репа-

ративные процессы замедлены. Именно неполноценность регенерации эндометрия в сочетании с проникновением условно-патогенной микрофлоры в полость матки — **основная причина осложнений** послеабортного периода у женщин с неразвивающейся беременностью. Хронический эндометрит диагностируют у 73,3% таких пациенток. На первом этапе необходимо элиминировать повреждающий агент.

По данным С. Haggerty et al. (2008), наиболее распространёнными возбудителями острых воспалительных процессов женских половых органов признаны *N. gonorrhoeae*, *Ch. trachomatis*, выявляемые у 30–50% пациенток, на втором месте — *M. genitalium*, *U. urealiticum*, *M. hominis* (40%); причиной хронического процесса выступают *Ch. trachomatis*, *M. genitalium*, *U. urealiticum*.

При инфекционной атаке назначать противомикробные препараты вполне логично. Однако если раздражающим стимулом оказывается симбионтная микрофлора, то антибиотики будут недостаточно эффективными. Лечение антибиотиками хронических воспалительных процессов **усугубляет течение** заболевания из-за иммуносупрессивного действия этой группы препаратов, грубого нарушения влагалищного и кишечного биотопов, некоторого цитостатического эффекта на фоне аутоиммунного механизма, лежащего в основе хронического воспаления. Инфекционные агенты поддаются лечению в стадии обострения.

Для локализации воспаления нужно **заставить иммунные клетки «разрушить»** инфламмосомы — комплексы, запускающие воспаление. Лекарственные средства, способные блокировать сборку инфламмосом или ускорять их дезинтеграцию, сами по себе или в сочетании с другими могут помочь в борьбе с хроническими воспалительными процессами. К примеру, катехины зелёного чая (в частности, наиболее активный из них эпигаллокатехин-3-галлат) повышают эффективность антибиотиков и устраняют хроническое воспаление, **тормозя активность инфламмосом**, при этом проявляя собственную противомикробную активность.

Повышение эффективности антибактериальной терапии при обострении хронического эндометрита **путём включения в схему** эпигаллокатехина-3-галлата («Эпигаллат») было доказано в исследовании на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН. Были обследованы 30 пациенток с хроническим эндометритом. Всех пациенток основной группы разделили на две подгруппы: 15 женщин получали антибактериальную терапию (цефтриаксон или доксициклин в течение 7–10 дней) и «Эпигаллат» по 2 капсулы трижды в день на протяжении 1 мес (I группа), а 15 — только антибиотики (II группа).

Уменьшение клинических симптомов было отмечено у всех участниц исследования. В целом у **90% пролеченных была достигнута ремиссия**,

однако в группе получавших лечение эпигаллокатехином-3-галлатом оно оказалось более результативным: боли внизу живота у женщин этой группы сохранялись в 1,5 раза реже, чем в группе изолированной антибиотикотерапии. На меноррагию в группе пациентки, получавшие «Эпигаллат», жаловались также в 1,5 раза реже, на дизурию — в 4,4 раза реже.

Микробный пейзаж пациенток I группы в результате комбинированной терапии изменился — произошло статистически значимое снижение титра патогенной и условно-патогенной микрофлоры (*S. aureus*, *E. coli*, *U. urealyticum*). Во II группе антибактериальная терапия не всегда сопровождалась аналогичными результатами.

Существенным признаком нормализации микробиоценоза у больных с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий было увеличение частоты обнаружения лактобацилл после окончания терапии, однако у женщин из II группы, пролеченных антибиотиками, молочнокислые бактерии практически отсутствовали, в отличие от пациенток, которые получали антибиотики и «Эпигаллат».

Таким образом, включение эпигаллокатехина-3-галлата («Эпигаллат») в схему лечения хронического эндометрита **усиливает действие антибиотиков**. Разработанная патогенетически обоснованная система лечебно-оздоровительных мероприятий позволила снизить частоту персистенции полимикробных ассоциаций и тем самым сократить частоту рецидивов. Очевидно, в достижении подобных эффектов определяющую роль сыграло выявленное ранее свойство эпигаллокатехина-3-галлата разрушать инфламмосомы.

Кроме того, в комплексную терапию ВЗОМТ оправдано включение уже представленной «Лонгидазы», которая обладает выраженным протеолитическим и противовоспалительным действием на сформированные спайки и профилактирует образование новых соединительнотканых разрастаний. Способность увеличивать проницаемость сосудистых мембран для лекарственных препаратов играет также роль хорошего адьюванта противомикробного лечения, что было продемонстрировано во многих исследованиях.

Второй этап лечения эндометрита направлен на **восстановление морфофункционального потенциала ткани** и устранение последствий вторичных повреждений: коррекцию метаболических нарушений и патологических проявлений ацидоза, нормализацию гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. При **лечении хронического эндометрита** необходимо учитывать все звенья его патогенеза. Из-за присутствия повреждающего агента ткань не переходит к третьей фазе нормальной воспалительной реакции — регенерации. В результате страдает тканевый гомеостаз и формируется каскад вторичных повреждений. Нарушение микроциркуляции в эндометрии провоцирует ишемию и гипоксию ткани, активированные ма-

крофаги в очаге воспаления вырабатывают активные формы кислорода и перекись водорода, запуская перекисное окисление липидов — оксидативный стресс и повреждение клеточных мембран. Постоянная антигенная стимуляция вызывает функциональную перегрузку местного иммунитета и, соответственно, **аутоиммунные реакции**.

Оценка состояния эндометрия при пайпель-биопсии — **наиболее точная диагностика** причины неразвивающейся беременности и обоснованности применения этиопатогенетической терапии с целью восстановления репродуктивного здоровья женщины.

Из вышесказанного можно сделать чёткий вывод. **Без предварительной подготовки** и полноценного лечения повторная беременность после эпизода неразвивающейся противопоказана. Тем не менее, как показывает клинический опыт, сегодня лишь единицы россиянок **проходят профилактику повторного выкидыша** до наступления следующей беременности. Предупреждением повторной неразвивающейся беременности либо никто не занимается, либо назначают патогенетически не обоснованные методы. В результате последующие репродуктивные неудачи бывают вызваны теми же причинами, что и первая замершая беременность. Несомненно, сложившаяся практика порочна, и необходимо её менять.

Пути преодоления репродуктивных потерь

Каждый выкидыш, произошедший вследствие неразвивающейся беременности, — повод верифицировать диагноз «хронический эндометрит», а это значит, что в последующую беременность пациентка должна вступать после специального лечения, реабилитации и морфологически доказанного устранения воспалительных нарушений в слизистой оболочке матки.

При постановке беременных на учёт в женской консультации **обязательно определение риска** неразвивающейся беременности. К факторам такого риска относят:

- высокую частоту искусственных аборт, особенно прерывание первой беременности в подростковом возрасте;
- самопроизвольный аборт;
- гинекологические заболевания, прежде всего воспалительные;
- хронические экстрагенитальные заболевания, особенно эндокринные нарушения (в частности, болезни щитовидной железы).

Реабилитационные мероприятия для женщин, перенёвших неразвивающуюся беременность, должны быть основаны на причинах, её вызвавших. Так, при доминирующей **«воспалительной реакции эндометрия»** преградная подготовка должна включать:

крофаги в очаге воспаления вырабатывают активные формы кислорода и перекись водорода, запуская перекисное окисление липидов — оксидативный стресс и повреждение клеточных мембран. Постоянная антигенная стимуляция вызывает функциональную перегрузку местного иммунитета и, соответственно, **аутоиммунные реакции**.

Оценка состояния эндометрия при пайпель-биопсии — **наиболее точная диагностика** причины неразвивающейся беременности и обоснованности применения этиопатогенетической терапии с целью восстановления репродуктивного здоровья женщины.

Из вышесказанного можно сделать чёткий вывод. **Без предварительной подготовки** и полноценного лечения повторная беременность после эпизода неразвивающейся беременности противопоказана. Тем не менее, как показывает клинический опыт, сегодня лишь единицы россиянок **проходят профилактику повторного выкидыша** до наступления следующей беременности. Предупреждением повторной неразвивающейся беременности либо никто не занимается, либо назначают патогенетически не обоснованные методы. В результате последующие репродуктивные неудачи бывают вызваны теми же причинами, что и первая замершая беременность. Несомненно, сложившаяся практика порочна, и необходимо её менять.

Пути преодоления репродуктивных потерь

Каждый выкидыш, произошедший вследствие неразвивающейся беременности, — повод верифицировать диагноз «хронический эндометрит», а это значит, что в последующую беременность пациентка должна вступать после специального лечения, реабилитации и морфологически доказанного устранения воспалительных нарушений в слизистой оболочке матки.

При постановке беременных на учёт в женской консультации **обязательно определение риска** неразвивающейся беременности. К факторам такого риска относят:

- высокую частоту искусственных аборт, особенно прерывание первой беременности в подростковом возрасте;
- самопроизвольный аборт;
- гинекологические заболевания, прежде всего воспалительные;
- хронические экстрагенитальные заболевания, особенно эндокринные нарушения (в частности, болезни щитовидной железы).

Реабилитационные мероприятия для женщин, перенёсших неразвивающуюся беременность, должны быть основаны на причинах, её вызвавших. Так, при доминирующей **«воспалительной реакции эндометрия»** преградившая подготовка должна включать:

- элиминацию возбудителя — антибактериальную терапию с учётом чувствительности инфекта в сочетании с препаратами метронидазола;
- восстановление микробиоты кишечника и биоценоза влагалища с использованием препаратов, содержащих бифидо- и лактобактерии;
- озонотерапию для активации кислородозависимых процессов, регуляцию иммунитета, усиление обменных процессов. При местном (вагинальном) применении высоких концентраций озона обеспечивали бактерицидный, фунгицидный, вирусоцидный эффекты против грамположительных, грамотрицательных бактерий, вирусов, грибов, а также ряда патогенных простейших;
- внутривенное лазерное облучение крови с целью уменьшения воспалительного процесса, регуляции клеточного и гуморального иммунитета, ускорения регенерации тканей;
- восстановление рецепторного аппарата матки с применением физиотерапевтических процедур (электрофорез с цинка сульфатом, ультразвук, магнитотерапия);
- санаторно-курортное лечение для женщин с хроническим сальпингоофоритом, эндометритом, спаечным процессом в малом тазу.

Прегаивидарная подготовка женщин после эпизода неразвивающейся беременности должна быть **нацелена на восстановление** структуры и рецептивности эндометрия.

Одними из основных клинических состояний, приводящих к болезням эндометрия, становятся эстрогендефицитные состояния, проявляющиеся как изменением структуры, так и поражением рецепторного аппарата. Именно у этой группы пациенток наиболее часто развивается хронический эндометрит, поскольку гормональные нарушения не позволяют восстановиться эндометрию после внутриматочных манипуляций и патологической беременности.

Программа лечения пациенток с хроническим эндометритом должна включать восстановление секреторной трансформации слизистой оболочки матки и её рецептивности.

Количество функционально полноценных рецепторов в ткани эндометрия, реагирующих на соответствующие стероидные гормоны (рецептивность эндометрия), играет решающую роль в процессе имплантации бластоцисты.

В российской практике при выявлении эндометрия толщиной менее 8 мм на 21–24-й день цикла получила распространение **циклическая гормональная терапия** двумя средствами — эстрогеном и прогестероном. Препарат эстрадиола рекомендуют назначать трансдермально в дозе 1–4 мг/сут в зависимости от толщины слизистой оболочки матки, причём не только в первую, но и во вторую половину цикла. С 14–16-го дня к лечению добавляют

препарат прогестерона на 14 дней. Препарат выбора по мнению многих экспертов — «Дивигель».

Трансдермальное применение эстрогенов (в частности, «Дивигеля») обеспечивает **постепенное проградиентное поступление в кровоток** и его более постоянную концентрацию в крови, то есть более физиологично, чем при приёме внутрь. При пероральном применении эстрогенов имеет место эффект первичного прохождения через печень, тогда как при трансдермальном — отсутствует, что и обуславливает в ряде случаев их более высокую безопасность. Концентрация метаболита эстрогенов — эстрона, который и обуславливает ряд побочных эффектов, — ниже при использовании трансдермальной формы эстрогенов. При таком применении менее выражено воздействие на систему гемостаза (повышение прокоагулянтной активности крови, которая ассоциируется с повышением риска тромбоза), чем при пероральном приёме; не наблюдается повышения концентрации триглицеридов, что придаёт этим лекарственным формам преимущества при назначении определённым группам пациенток.

Несмотря на отличия в процессах всасывания, распределения и выведения между пероральной и трансдермальной формами эстрогенов, дозы 1 мг (гель) 17 β -эстрадиола и 2 мг (1 таблетка) эстрадиола валерата можно считать эквивалентными с **точки зрения эффективности**, что доказано в ряде сравнительных клинических исследований. При равной эффективности доз нежелательные явления будут преобладать при использовании пероральной формы. Отдельно хотелось бы отметить, что отсутствие негативного влияния трансдермальной формы эстрогенов на факторы коагуляции имеет важное значение при использовании их у женщин с хроническим эндометритом, поскольку у этой группы пациенток имеет место нарушение гемостаза в сторону гиперкоагуляции.

Недавно проведённое исследование по изучению эффективности трансдермального 17 β -эстрадиола («Дивигель») в рамках программы прегравидарной подготовки, в котором приняли участие 77 пациенток 25–36 лет с преждевременной недостаточностью яичников, продемонстрировало, что у 53 (68,8%) участниц исследования через 3 мес терапии беременность наступила самостоятельно. **Суммарная эффективность** лечения в данном исследовании составила 52,2%.

В группе с морфологическим диагнозом «**геморрагические нарушения**» основу лечения составляет регуляция гормонального статуса. Этим пациенткам терапию начинают с плазмафереза с целью уменьшения концентрации белков, липидов, гормонов, токсинов, антигенов, антител и иммунных комплексов в плазме крови. Для регуляции **показателей гемостаза** используют низкомолекулярные гепарины. Во всех случаях **терапию дополняет** назна-

чение препаратов прогестерона во II фазу менструального цикла (дидрогестерон по 20 мг с 16-го по 25-й день менструального цикла в течение 3–6 мес).

В комплексном лечении хронического эндометрита нельзя недооценивать факт **дефицита витамина D**, который выявляют у 40,4% условно здоровых беременных и 59% пациенток с бесплодием различного генеза. Именно поэтому в рамках прегравидарной подготовки таким беременным **рекомендована нормализация содержания витамина D₃**.

В соответствии с Клиническими рекомендациями Международного эндокринологического общества взрослым с дефицитом витамина D назначают колекальциферол в дозе 50 000 МЕ/нед на протяжении 8 нед (что эквивалентно 6000 МЕ/сут) с дальнейшим приёмом 1500–2000 МЕ/сут. **Предельно допустимая** доза витамина D составляет 10 000 МЕ/сут, а **ежедневное** поступление колекальциферола для взрослых 18–70 лет (в том числе в период прегравидарной подготовки) должно составлять не менее 1500–2000 МЕ. Критерий эффективности и достаточности назначенной дозы — достижение и поддержание концентрации 25-гидроксивитамина D в крови выше 75 нмоль/л. Доказаны эффективность и безопасность **ежедневного** применения 4000 МЕ витамина D беременными без предварительного определения в крови содержания витамина D.

Для профилактики дефицита витамина D рекомендуют препараты колекальциферола. В настоящее время в РФ доступно несколько форм витамина D, одна из которых — «Ультра-Д», выпускаемый в форме жевательных таблеток с дозой 25 мкг (эквивалентно 1000 МЕ). Это позволяет подобрать необходимую дозу и провести коррекцию дефицита витамина D без риска передозировать препарат по сравнению с растворимыми формами.

У женщин после кюретажа по поводу выкидыша или замершей беременности частота обнаружения бактериального вагиноза значительно выше, что может быть одной из причин хронического эндометрита. Это подтверждают выводы о чрезвычайной прогностической неблагоприятности этого состояния для беременности, особенно в I триместре. Известны тяжёлые осложнения во время гестации и после родов на фоне бактериального вагиноза. Именно поэтому своевременная диагностика и лечение заболевания, особенно после неразвивающейся беременности, — актуальная задача нашего времени.

Методика закисления pH влагалища с применением геля молочной кислоты по 5 г в течение 7 дней была предложена ещё в середине 1980-х годов: эффективность метода была сопоставима с терапией метронидазолом по 500 мг 2 раза в день в те же сроки. Местное назначение молочной кислоты 1 раз в сутки на протяжении 3 дней после окончания менструации в течение полугода после первичной терапии бактериального вагиноза позволяет существенно сократить число рецидивов — минимум вдвое. Локальное

применение молочной кислоты восстанавливает нормальную кислотность влагалища, не наносит вреда лактобациллярной микробиоте, не оказывает системных эффектов и потому предпочтительнее, чем противомикробная терапия, особенно на фоне беременности.

В качестве **контроля адекватности** лечения в целом обязательны ультразвуковой мониторинг, а также повторные морфологическое и бактериологическое исследование эндометрия.

Важно также представлять, что **профилактика отдалённых осложнений** немислима без следующих мероприятий:

- восстановления влагалищной микробиоты;
- коррекции гормонального статуса (для нормализации состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, восстановления рецепторов к гормонам на клетках повреждённого эндометрия).

Общие меры, позволяющие предупредить не только «замирание» беременности у пациентки в будущем, но и массу прочих проблем с репродуктивным здоровьем, известны, однако работа в этом направлении пока недостаточна.

- Профилактика первого аборта.
- Реабилитация после прерывания беременности.
- Недопущение повторных абортов у девушек 15–20 лет.

Литература к главе 9

- ACOG's Guide to managing miscarriage: follow patient preference. Updated clinical management of early pregnancy loss focuses on patient choice. — URL: <http://www.medpagetoday.com/OBGYN/Pregnancy/51131>.
- Aldunate M. et al. Antimicrobial and immune modulatory effects of lactic acid and short chain fatty acids produced by vaginal microbiota associated with eubiosis and bacterial vaginosis // *Front. Physiol.* — 2015. — Vol. 6. — P. 164. [PMID: 26082720]
- Andersch B. et al. Bacterial vaginosis and the effect of intermittent prophylactic treatment with an acid lactate gel // *Gynecol. Obstet. Invest.* — 1990. — Vol. 30. — №2. — P. 114–119. [PMID: 2245947]
- Andersch B. et al. Treatment of bacterial vaginosis with an acid cream: a comparison between the effect of lactate-gel and metronidazole // *Gynecol. Obstet. Invest.* — 1986. — Vol. 21. — №1. — P. 19–25. [PMID: 3485071]
- Andersch B. et al. Treatment of bacterial vaginosis — an acid gel as an alternative to antibiotic treatment // *Lakartidningen.* — 1990. — Vol. 87. — №7. — P. 465–468. [PMID: 2308407]
- Buggio L. et al. Vitamin D and benign gynaecological diseases: A critical analysis of the current evidence // *Gynecol. Endocrinol.* — 2016. — Vol. 32. — №4. — P. 259–263. [PMID: 26490176]
- Casikar I., Bignardi T., Riemke J. et al. Expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: Prospective validation of the 2-week rule // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* — 2010. — Vol. 35. — №2. — P. 223–227. [PMID: 20049981]
- Chang X., Wu J. Effects of luteal estradiol pre-treatment on the outcome of IVF in poor ovarian responders // *Gynecol. Endocrinol.* — 2013. — Vol. 29. — №3. — P. 196–200. [PMID: 23194136]
- Check J.H. Premature ovarian insufficiency-fertility challenge // *Minerva Ginecol.* — 2014. — Vol. 66. — №2. — P. 133–153. [PMID: 24848073]
- Cottier F. et al. MIG1 regulates resistance of *Candida albicans* against the fungistatic effect of weak organic acids // *Eukaryot. Cell.* — 2015. — Vol. 14. — №10. — P. 1054–1061. [PMID: 26297702]
- Erez O., Mastrolia S.A., Thachil J. Disseminated intravascular coagulation in pregnancy: Insights in pathophysiology, diagnosis and management // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2015. — Vol. 213. — №4. — P. 452–463. [PMID: 25840271.]
- Farzadi L. et al. Correlation between follicular fluid 25-OH vitamin D and assisted reproductive outcomes // *Iran. J. Reprod. Med.* — 2015. — Vol. 13. — №6. — P. 361–366. [PMID: 26330851]
- Garbedian K. et al. Effect of vitamin D status on clinical pregnancy rates following in vitro fertilization // *CMAJ Open.* — 2013. — Vol. 1. — №2. — P. e77–e82. [PMID: 25077107]
- Halaska M., Beles P., Gorkow C. et al. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing an extract of *Vitex agnus castus*: Recent results of a placebo-controlled double blind study // *Breast.* — 1999. — Vol. 8. — №4 — P. 175–181. [PMID: 14731436]
- Harris H.R. et al. Dairy-food, calcium, magnesium, and vitamin D intake and endometriosis: A prospective cohort study // *Am.*

- J. Epidemiol. — 2013. — Vol. 177. — №5. — P. 420–430. [PMID: 23380045]
- Hewlett M. Update on primary ovarian insufficiency // Curr. Opin. Endocrinol. Diabet. Obes. — 2015. — Vol. 22. — №6. — P. 483–489. [PMID: 26512773]
- Holick M.F., Binkley N.C., Bischoff-Ferrari H.A. et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2011. — Vol. 96. — №7. — P. 1911–1930. [PMID: 21646368]
- Holst E. Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy with a lactate gel // Scand. J. Infect. Dis. — 1990. — Vol. 22. — №5. — P. 625–626. [PMID: 2259873]
- Jarvinen A., Nykanen S., Paasiniemi L. Absorption and bioavailability of oestradiol from a gel, a patch and a tablet // Maturitas. — 1999. — Vol. 32. — №2. — P. 103–113. [PMID: 10465378]
- Jee B.C. et al. Effects of estradiol supplementation during the luteal phase of in vitro fertilization cycles: A meta-analysis // Fertil. Steril. — 2010. — Vol. 93. — №2. — P. 428–436. [PMID: 19542034]
- Kosus N., Kosus A., Yildirim M. et al. Mean platelet volume as a marker of thrombosis in patients with missed abortion // Acta. Haematol. — 2011. — Vol. 125. — №4. — P. 208–209. [PMID: 21252498]
- Larsen E.C., Christiansen O.B., Kolte A.M. et al. New insights into mechanisms behind miscarriage // BMC Medicine. — 2013. — Vol. 11. — P. 154. [PMID: 23805387]
- Lerchbaum E., Obermayer-Pietsch B. Vitamin D and fertility: A systematic review // Eur. J. Endocrinol. — 2012. — Vol. 166. — №5. — P. 765–778. [PMID: 22275473]
- Lerchbaum E. et al. Vitamin D and female fertility // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 2014. — Vol. 26. — №3. — P. 145–150. [PMID: 24717915]
- Macklon N.S., Geraedts J.P., Fauser B.C. Conception to ongoing pregnancy: the «black box» of early pregnancy loss // Hum. Reprod. Update. — 2002. — Vol. 8. — №4. — P. 333–343. [PMID: 12206468]
- Mattar C.N., Chan Y.S., Chong Y.S. Breastfeeding: it's an important gift // Obstet. Gynecol. — 2003. — Vol. 102. — №6. — P. 1414. [PMID: 14662237]
- Medical eligibility criteria for contraceptive use. — 5th ed. — Geneva: WHO, 2015. — 276 p.
- Ozkan S. et al. Replete vitamin D stores predict reproductive success following in vitro fertilization // Fertil. Steril. — 2010. — Vol. 94. — №4. — P. 1314–1319. [PMID: 19589516]
- Polyzos N.P. et al. Vitamin D deficiency and pregnancy rates in women undergoing single embryo, blastocyst stage, transfer (SET) for IVF/ICSI // Hum. Reprod. — 2014. — Vol. 29. — №9. — P. 2032–2040. [PMID: 24951484]
- Powers M.S., Schenkel L., Darley P.E. et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of transdermal dosage forms of 17 beta-estradiol: comparison with conventional oral estrogens used for hormone replacement // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1985. — Vol. 152. — №8. — P. 1099–1106.
- Reynolds K.A., Omurtag K.R., Jimenez P.T. et al. Cycle cancellation and pregnancy after luteal estradiol priming in women defined as poor responders: A systematic review and meta-analysis // Human Reprod. — 2013. — Vol. 28. — №11. — P. 2981–2989. [PMID: 23887073]
- Rudick B.J. et al. Influence of vitamin D levels on in vitro fertilization outcomes in donor-recipient cycles // Fertil. Steril. — 2014. — Vol. 101. — №2. — P. 447–452. [PMID: 24210230]
- Sedgh G., Bearak J., Singh S. et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and subregional levels and trends // Lancet. — 2016. — Vol. 388. — №10041. — P. 258–267. [PMID: 27179755]
- Shufelt C.L. et al. Hormone therapy dose, formulation, route of delivery, and risk of cardiovascular events in women: findings from the Women's health initiative observational study // Menopause. — 2014. — Vol. 21. — №3. — P. 260–266. [PMID: 24045672]
- Slama R., Eustache F., Ducot B. et al. Time to pregnancy and semen parameters: A cross-sectional study among fertile couples from four European cities // Hum. Reprod. — 2002. — Vol. 17. — №2. — P. 503–515. [PMID: 11821304]
- Tschudin S., Huber R. Treatment of cyclical mastalgia with medicinal product containing Agnus castus: Results of a randomized, placebo-controlled, double blind study // Forsch. Komplementarmed. Klass. Naturheilkd. — 2000. — Vol. 7. — №3. — P. 162–164. [PMID: 11001647]
- Vanni V.S. et al. Vitamin D and assisted reproduction technologies: Current concepts // Reprod. Biol. Endocrinol. — 2014. — Vol. 12. — P. 47. [PMID: 24884987]
- Wang X., Chen C., Wang L. et al. Conception early pregnancy loss and time to clinical pregnancy: A population-based prospective study // Fertil. Steril. — 2003. — Vol. 79. — №3. — P. 577–584. [PMID: 12620443]
- Wilcox A.J., Weinberg C.R., O'Connor J.F. et al. Incidence of early loss of pregnancy // N. Engl. J. Med. — 1988. — Vol. 319. — №4. — P. 189–194. [PMID: 3393170]
- Walker E.M., Lewis M., Cooper W. et al. Occult biochemical pregnancy: fact or fiction? // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 1988. — Vol. 95. — №7. — P. 659–663. [PMID: 3273755]
- Аганезова Н.В., Аганезов С.С. Управление менструальным циклом как залог комплаентности: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.
- Аганезова Н.В., Матюхина Е.Г. Принимать ли во внимание психологические особенности женщины при назначении КОК? Дискуссии продолжаются // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 103–108.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — Краткое изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.
- Акушерство: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 773 с.
- Акушерство: Руководство к практическим занятиям / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 728 с.
- Акушерство: Учебник для акушеров / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 904 с.
- Атаманчук И.Н. Гормональная контрацепция при эндометриозе // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2014. — №7. — С. 5–11.
- Артымук Н.В., Зеленина Е.М. Дискуссионные вопросы искусственного прерывания беременности в Российской Федерации // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 102–107.
- Баранов И.И. Возможности применения растительного препарата на основе экстракта *Vitex agnus-castus* при патологии молочных желез: Известные факты и новые сведения // Русский медицинский журнал. — 2012. — №17. — С. 889–892.

- Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Белокриницкая И.А. Медикаментозный аборт: сравнительная оценка эффективности и осложнений разных дозировок мифепристона // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №2 (19). — С. 95–100.
- Бушмелева Н.Н. Репродуктивное поведение женщин Удмуртской Республики // Медицинский альманах. — 2011. — Т. 6. — №19. — С. 95–97.
- Всероссийский междисциплинарный образовательный конгресс «Осложнённая беременность и преждевременные роды: от вершин науки к повседневной практике»: Материалы и тезисы. — М., 2012. — 136 с.
- Галина Т.В., Митковская Е.В., Опарин И.С. Аборт как метод регулирования рождаемости // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2012. — №2. — С. 7–9.
- Галина Т.В., Симоновская Х.Ю. Метафолин в составе КОК — инновация в репродуктивное благополучие. Мировые новости: современная контрацепция как новые возможности прегравидарной подготовки / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.
- Геворкян М.А., Манухин И.Б., Кузнецова Е.М. Опыт применения дроспиренон-содержащего гормонального контрацептива // Русский медицинский журнал. — 2011. — Т. 19. — №2. — С. 22.
- Гестаген IV поколения дроспиренон: новое явление в современной гинекологии? Клиническая лекция. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2011. — 20 с.
- Гестагены у женщин разного возраста: Доказательные данные и клинический опыт: Научные материалы Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: сибирские чтения». — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2012. — 24 с.
- Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: Здоровье, 1983. — 184 с.
- Дикке Г.Б. Инфекционные осложнения при искусственном прерывании беременности — вызов современной медицине // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 51–56.
- Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт в России: реалии и перспективы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №5 (22). — С. 96–101.
- Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: Руководство. — М.: МЕД-пресс-Информ, 2015. — 343 с.
- Дикке Г.Б. Молодые женщины как стратегический «репродуктивный запас»: помочь сохранить фертильность // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №2 (31). — С. 32–38.
- Дикке Г.Б., Башлыкова И.А. Реабилитация после медицинского аборта: Методические рекомендации. — М., 2014. — С. 2.
- Дикке Г.Б., Хамошина М.Б. Контраверсии безопасного и небезопасного аборта // Доктор.Ру. — 2014. — №8-1 (96). — С. 73–77.
- Дикке Г.Б., Соловьёва А.В. Контрацепция и тромбозы. Пути снижения тромботического риска у женщин, применяющих КОК: Информационный бюллетень // Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 16 с.
- Долженко И.С., Брин И.Л., Дунайкин М.Л. Терапия нарушений менструального цикла у девочек с гипоталамической дисфункцией // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. — 2011. — №1. — С. 24–28.
- Дубинская Е.Д., Добрецова Т.А., Ипастова И.Д. Новые возможности профилактики перинатальных спаек при ВЗОМТ // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 90–96.
- Женская консультация: Руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 472 с.
- Иванова Л.А., Михайлин Е.С. Беременность и роды у несовершеннолетних: Проблема и перспективы решения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 84–93.
- Калачикова О.Н. Регулирование репродуктивного поведения населения: Состояние и проблемы. — Вологда, 2012. — 128 с.
- Карахалис Л.Ю., Рябинкина Т.С. Терапевтическая стратегия постабортной реабилитации в целях борьбы с эндометриозом // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №2 (25). — С. 87–94.
- Кира Е.Ф. и др. Применение молочной кислоты в сочетании с гликогеном для лечения бактериального вагиноза // Гинекология. — 2015. — Т. 17. — №2. — С. 93–99.
- Клинические рекомендации Минздрава РФ по медикаментозному прерыванию беременности в I триместре // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 135–145.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.
- Клокова Е.В. Аборты и их осложнения // АГ-инфо. — 2014. — №1. — С. 3–15.
- Кузнецва И.В., Бриль Ю.А., Симоновская Х.Ю. Репродуктивные потери при внутриматочных гематомах: не только выкидыш // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 89–95.
- Кузнецова И.В. Гиперпластические процессы эндометрия. — М., 2009. — 48 с.
- Кузнецова И.В. Плановая контрацепция — простой путь к снижению распространённости аборта // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2011. — №2 (4). — С. 34–38.
- Кунилова Е.Н., Тен Е.А., Савинова А.И. Вопросы демографической политики России и пути их решения // Международный научный журнал «Инновационная наука». — 2015. — №6. — С. 100–103.
- Кузнецова И.В. Девочка-подросток как пациент. Эндокринная гинекология физиологического пубертата: оптимальный минимум коррекции: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 20 с.
- Лебедева М.И., Руднева О.Д., Маклецова С.А. Ренессанс внутриматочной контрацепции / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.
- Ларюшева Т.М., Баранов А.Н., Лебедева Т.Б. Эпидемиология беременности у подростков // Экология человека. — 2014. — №12. — С. 26–34.
- Лечебные аспекты современной гормональной контрацепции. Гинекологическая эндокринология: Научные материалы V Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 8–11 сентября 2012 года). — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2012. — 28 с.
- Майскова И.Ю., Димитрова В.И. Восстановительная терапия после перенесённой неразвивающейся беременности // Рус-

- ский медицинский журнал. — 2008. — Т. 16. — №29. — С. 1940–1942.
- Максимов М.Л., Толстых Т.С. Экстренная контрацепция: сравнение эффективности применяемых методов // *Лечебное дело*. — 2012. — №4. — С. 58–62.
- Материнская смертность в Российской Федерации в 2014 году: Методическое письмо Минздрава Российской Федерации, 9 октября 2015 г. №15-4/10/2-5994.
- Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Возможности применения препарата Лонгидаз в комплексной терапии патологических изменений эндометрия // *Акушерство и гинекология*. — 2007. — №5. — С. 95–98.
- Неразвивающаяся беременность / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 176 с.
- Оленева М.А. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в оптимизации здоровья матерей и новорождённых: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 27 с.
- Опрос Левада-центра: Россияне против запрета аборт // Агентство новостей ТВ2, 11.23, 02.07.2015. — URL: <http://www.tv2.tomsk.ru/news/opros-levada-centra-rossiyane-protiv-zapreta-abortov>.
- Оразмурадов А.А. Плацентарное ложе матки при анемии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 23 с.
- Оразмурадова Л.Д., Дуглас Н.И., Борисова Е.А. и др. Клиническая характеристика соматического и репродуктивного здоровья женщин с ранними репродуктивными потерями // *Вестник РУДН*. — 2007. — №5. — С. 183–188.
- Пекарев О.Г. Майборodin И.В., Подняков И.М., Попова С.П. Роды у женщин с рубцом на матке после миомэктомии. Реабилитация в послеперационный период // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2012. — №3 (9). — С. 81–86.
- Петрович Е.А., Манухин И.Б. Инновационный подход к лечению трубно-перитонеального бесплодия // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2010. — Т. 9. — №6. — С. 5–10.
- Подзолкова Н.М., Сумяткина Л.В. Метаболические преимущества КОК с дроспиреноном — выбор при избыточной массе тела: Ньюансы // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2015. — №2 (25). — С. 104–110.
- Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины»: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.
- Пролонгированная контрацепция. Удобство как залог надёжности / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.
- Пустотина О.А. Современная гормональная контрацепция: эволюция и тромбофилические риски // *Эффективная фармакотерапия*. — 2014. — Т. 45. — №4. — С. 4–16.
- Радецкая Л.Е. Проблемы современной контрацепции и пути их решения // *Охрана материнства и детства*. — 2013. — Т. 22. — №2. — С. 61–65.
- Радзинский В.Е. и др. Неразвивающаяся беременность: Методические рекомендации МАРС (Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины). — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 48 с.
- Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 256 с.
- Радзинский В.Е., Гордеев А.Н. Актуальные вопросы современного акушерства (по материалам XVIII конгресса FIGO, 2006 г.) // *Акушерство и гинекология*. — 2007. — №6. — С. 83–85.
- Радзинский В.Е., Дикке Г.Б., Манухин И.Б. Сравнительная оценка безопасности, переносимости и удовлетворённости пациенток результатами применения внутриматочной гестагенсодержащей системы «Мирена» и медьсодержащих ВМК // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2015. — №5 (28). — С. 96–104.
- Радзинский В.Е., Дмитриева В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 200 с.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Аборты в России // *Практическая медицина*. — 2009. — №2 (34). — С. 29–33.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Репродуктивное здоровье — знание для всех! // *Экология и жизнь*. — 2012. — №6. — С. 82–88.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н., Архипова М.П. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2014. — №6 (17). — С. 9–17.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Побединская О.С. Угроза спонтанного аборта: старые контраверсии — новые возможности // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2014. — №6 (17). — С. 25–31.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Симоновская Х.Ю. Оптимизация контрацепции после кесарева сечения // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2014. — №1 (18). — С. 37–44.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Лебедева М.Г. и др. Девушки-подростки РФ: современные тенденции формирования репродуктивного потенциала: обзор литературы // *Сибирский медицинский журнал (г. Томск)*. — 2010. — Т. 25. — №4-2. — С. 9–14.
- Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке / Под ред. Т.А. Николаевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 256 с.
- Радзинский В.Е., Дмитриева В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 200 с.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. Время понятной консультации. Инструменты выбора гормональной контрацепции: консультирование, алгоритм, мобильное приложение: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 16 с.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Маклецова С.А. Время понятной контрацепции. Оптимизация врачебного выбора гормональной контрацепции как путь сохранения здоровья женщин на популяционном уровне: Информационный бюллетень. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 24 с.
- Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Добрецова Т.А. Острое и хроническое воспаление эндометрия: от новых взглядов к новым стратегиям // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2016. — №2 (31). — С. 126–132.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Маклецова С.А. Оптимизация врачебного выбора гормональной контрацепции как путь к сохранению здоровья женщин на популяционном уровне // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. — 2016. — №1 (30). — С. 20–29.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. Инструменты выбора гормональной контрацепции: консультирование, алгоритм, мобиль-

ное приложение // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 130–135.

Развитие населения и демографическая политика. Памяти А.Я. Кваши: Сб. статей / Под ред. М.Б. Денисенко, В.В. Елизарова. — М.: Макс Пресс, 2014. — 380 с.

Репродуктивное здоровье: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011. — 727 с.

Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12–13 марта 2013 года) / Под ред. Т.С. Рябкиной, Х.Ю. Симоновской, С.А. Маклецовой. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 944 с.

Российский статистический ежегодник. 2015. — М.: Росстат, 2015. — 728 с.

Руководство по контрацепции / Под ред. В.Н. Прилепской. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-Информ, 2010. — 448 с.

Рымашевский А.Н. Перинатальная заболеваемость плодов и новорожденных у женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 2006. — 44 с.

Рябкинина Т.С., Руднева О.Д. Сохраняет ли гормональная контрацепция здоровье женщин? Протективные свойства гормональной контрацепции: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.

Савельева И.С., Хамошина М.Б. Контрацепция после аборта: на чьей вы стороне? // Доктор.Ру. — 2011. — №9-1 (68). — С. 54–57.

Сандакова Е.А., Скрабина В.В., Рылова О.В. Реабилитация женщин после медицинского аборта // Акушерство и гинекология. — 2010. — №6. — С. 119–122.

Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: Методические пособия и клинические протоколы. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-Информ, 2013. — 228 с.

Смит Н.Ч., Смит Э.П.М. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии понятным языком / Пер. с англ.; под ред. А.И. Гуса. — М.: Практическая медицина, 2010. — 304 с.

Смирнова Л.Е. Новые подходы к профилактике и лечению инфекционно-воспалительных осложнений после абортов с применением препарата Лонгидазы // Фарматека. — 2012. — №12. — С. 53–56.

Смирнова Л.Е., Умаханова М.М., Торчинов А.М. Профилактика и лечение спайчной болезни у женщин после операций на органах малого таза // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2007. — Т. 6. — №5. — С. 78–82.

Смирнова Л.Е., Умаханова М.М., Торчинов А.М. Эффективность применения Лонгидазы в комплексной терапии спайчной болезни органов малого таза при эндометриозе // Фарматека. — 2012. — Т. 1. — №4. — С. 48–51.

Современные технологии в лечении больных с синдромом истощения яичников акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение / Под ред. В.Е. Радзинского и др. // Журнал для НМО. — 2015. — №3. — 140 с.

Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Шахламова М.Н. и др. Профилактика и лечение спаечного процесса после оперативного лечения алопекии яичника // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2015. — Т. 15. — №2. — С. 36–42.

Тихомиров А.Л. Новый, только прогестин-содержащий контрацептив // РМЖ. Мать и дитя. — 2011. — Т. 19. — №1. — С. 40–45.

Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Внутриматочная гормональная контрацепция — локальная и логичная // Медицинский совет. — 2014. — №9. — С. 8–11.

Уварова Е.В. Гормональная контрацепция: что это такое, какой она бывает, зачем и кому она нужна, как её применять? // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. — 2011. — №1. — С. 33–35.

Фаткуллин И.Ф., Ипастова И.Д., Мунавирова А.А. Консультирование по вопросам контрацепции после родов: о сроках, рекомендациях и доказательной базе // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №2 (31). — С. 80–87.

Фолаты в XXI веке вне беременности. Только доказанные факты // Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 16 с.

Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.

Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адамьян, Н.В. Артымух. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.

Хабаров С.В. Осложнения искусственного прерывания беременности: Сб. научных тезисов. — Саратов, 2002. — С. 45–47.

Хамошина М.Б. Депозитарий репродуктивного здоровья: молодые женщины. Пути формирования рациональных предписаний к регуляции фертильности: Методическое руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 48 с.

Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Артикова Н.Л. и др. Управление менструальным циклом: новые возможности. Инновации в контрацепции — гибкий пролонгированный режим и цифровые технологии дозирования: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 24 с.

Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Руднева О.Д. и др. Послеабортная реабилитация: возможности комбинированных оральных контрацептивов // Гинекология. — 2010. — Т. 12. — №2. — С. 41–44.

Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Симоновская Х.Ю. Эколого-репродуктивный диссонанс XXI века: предупредить негативные последствия: Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 24 с.

Хамошина М.Б., Маклецова С.А. Результаты социологического опроса россиян о знаниях о контрацепции (2015) // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 43–50.

Хамошина М.Б., Маклецова С.А., Рыжова Т.Е. Инновации пролонгированного режима приёма КОК: гибкий график менструаций, цифровой дозатор и нулевой индекс Перля // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 41–49.

Хамошина М.Б., Савельева И.С., Зорина Е.А. и др. Послеабортная реабилитация — грани проблемы: что могут комбиниро-

ванные оральные контрацептивы // Гинекология. — 2013. — Т. 15. — №1. — С. 60–63.

Тихомиров А.Л., Геворкян М.А., Смирнова С.О., Леденкова А.А. Гормональная контрацепция — полувекковое движение вперед // РМЖ. — 2012. — №21. — С. 1094.

Цаллагова Л.В., Кабулова И.В., Алборов Д.К. и др. Опыт использования современных немедикаментозных технологий реабилитации репродуктивной функции в прегравидарном периоде // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2014. — Т. 16. — №5 (2). — С. 750–752.

Чердниченко Т.С. Беременность и роды у женщин после искусственного прерывания первой беременности и здоровье их младенцев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001. — 21 с.

Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочиллов Р.В. и др. ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы исследований и профилактики: Учебное пособие / Под общ. ред. А.В. Шаболтас. — СПбГУ. — 99 с.

Шестакова И.Г. Сложные вопросы использования эстрогенов в репродуктивном возрасте // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №4 (21). — С. 26–31.

Шестакова И.Г., Бриль Ю.А. Хлормадинона ацетат в составе КОК как средство комплексной коррекции гиперандрогениз-

ма // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №4 (21). — С. 55–61.

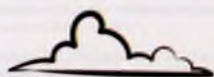
Шестакова И.Г., Рыжова Т.Е. Консультирование по вопросам безопасности гормональной контрацепции в разных клинических ситуациях // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 128–136.

Шестакова И.Г., Рябинкина О.Д., Катаева О.А. Клинические примеры использования неконтрацептивных возможностей КОК женщинами юного и молодого возраста // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №4 (27). — С. 66–73.

Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация: Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. — М., 2013. — 65 с.

Эра натуральных эстрогенов: начало. Новое в современной контрацепции / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 16 с.

Ярмолинская М.И., Сельков С.А., Мануйлова Т.Ю. и др. Эффективность применения протеолитического препарата «Лонгидаз» в комбинированном лечении спаечного процесса у больных наружным генитальным эндометриозом // Иммунология. — 2016. — Т. 36. — №2. — С. 116–121.



ГЛАВА 10

ПРЕОДОЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ АГРЕССИИ



САНЭПИДРЕЖИМ

В 2010 году в отечественном акушерстве произошло действительно знаковое событие — был утверждён **новый СанПиН**, полностью соответствующий мировым стандартам (рис. 10-1). Более того, после его принятия стало реальным внедрение всех современных перинатальных технологий, упразднение observational отделений, а там, где они сохранились, — проектирование совместного пребывания и многое другое. В подавляющем большинстве роды проходят в родильном доме (отделении), где существуют правила и стандарты эффективного оказания медицинской помощи женщинам и новорождённым. Вопрос **безопасности пациентов** в лечебном учреждении — одна из первоочередных задач, стоящих перед руководством ЛПУ. Именно поэтому так важно уделять внимание своевременной профилактике госпитальных инфекций и борьбе с ними.

В частности, стоит отметить, что актуальность проблемы **внутрибольничной инфекции** связана с крайне высокой заболеваемостью и смертностью новорождённых и родильниц, что сопровождается колоссальным социально-экономическим ущербом.

В предыдущие годы распространению послеродовых инфекционных заболеваний способствовали **недостатки** организационных аспектов медицинской помощи, а также санитарно-противоэпидемический режим, во многом **не соответствующий** позициям доказательной медицины.



Рис. 10-1. Новый СанПиН в контексте требований доказательной медицины (2010).

Старые воззрения о безвредности или даже о необходимости отдельного пребывания матерей и новорождённых противоречили физиологии человека и современным перинатальным технологиям; ряд пунктов санитарно-эпидемиологического режима фактически создавал все условия для **активации условно-патогенной микрофлоры** родильниц. Однако и поныне инфицирование в акушерских стационарах происходит при несоблюдении персоналом **противоэпидемиологического режима** (обеззараживание рук, инструментария, предметов ухода). Главное условие эффективной профилактики инфекций — **минимизация** контактов ребёнка с «чужими» руками.

Грамотрицательные условно-патогенные бактерии существуют во влажной среде (ингаляционные трубки, увлажнители кислорода и воздуха в кюветах, ветошь, бельё, щётки, мыльницы, вскрытые растворы и жидкие лекарственные формы, дезинфицирующие растворы низкой концентрации).

Причиной распространения внутрибольничной инфекции зачастую бывает не только **неосведомлённость**, но и нарушение правил эксплуатации медицинского оборудования. Использование медицинских приспособлений (дыхательных аппаратов, мочевых катетеров, центральных внутрисосудистых систем, новых видов терапевтического и диагностического оборудования) без показаний провоцирует приблизительно **15% вспышек** внутрибольничной инфекции. Однако иногда выполнять перечисленные манипуляции необходимо. Именно поэтому так актуальна проблема **инфекционного контроля**.

Ятрогенными факторами, повышающими эпидемиологическую напряжённость в родильном стационаре, можно назвать недостаточный контроль инфекционной безопасности окружающей среды, отсутствие достоверной статистики по заболеваемости как новорождённых и родильниц, так и медицинского персонала, **недооценку** факторов риска возникновения и распространения инфекции.

Недостаёт налаженной **системы обнаружения носителей** патогенных штаммов микроорганизмов, алгоритма немедленного эпидемиологического расследования по факту подозрения на инфекционную вспышку, профилактических и противоэпидемиологических мероприятий. Если плановой диспансеризации нет или к ней относятся формально, источниками инфекции могут быть сотрудники учреждения, тесно контактирующие с родильницами и новорождёнными. В то же время возможность свободного режима посещения пациенток могла бы **создать конкуренцию** между «вольными» микроорганизмами и «завсегдатаями» родильных стационаров. Это поможет решению проблемы госпитальных штаммов **лучше любого** дезинфектанта. Актуальность подобной тактики можно было бы оспорить, однако арсенал госпитальных методов лечения инфекций невелик. Ведущую роль в нём играют

антибиотики, зачастую назначаемые **без учёта резистентности** микроорганизмов. Этого явно недостаточно.

Пренебрежение рациональной **организацией** работы стационара также увеличивает риск внутрибольничных инфекций. Здесь и перегрузка учреждения, и нарушение цикличности заполнения палат, и опасная задержка выписки новорождённых, и несвоевременный перевод заболевших и недоношенных в стационары II этапа выхаживания.

Материально-техническая база некоторых родовспомогательных учреждений, к сожалению, даже **способствует распространению** внутрибольничных инфекций. Такое возможно при нарушении эпидемиологической обстановки: работа роддома в аварийных условиях (перебои с отоплением и энергоснабжением, поставками горячей и холодной воды) провоцирует эпидемические вспышки как среди персонала, так и среди пациентов. К подобным результатам приводит и дефицит медикаментов, дезинфектантов, оборудования и инструментария.

Пути преодоления нарушений санэпидрежима

Неотъемлемой составляющей безопасного функционирования родильного дома признана система инфекционного контроля (**эпиднадзор**) — совокупность эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, препятствующих возникновению и распространению инфекционных заболеваний в ЛПУ. Для медицинского персонала родильного дома основные методы инфекционного контроля должны стать **обязательными в ежедневной практической деятельности**.

Именно поэтому современная стратегия борьбы с госпитальными инфекциями предусматривает создание в стационаре системы такого контроля. В её работе обязательно должны участвовать все врачи лечебного профиля, госпитальный эпидемиолог (заместитель главного врача по противоэпидемической работе) и средний медицинский персонал.

Эффективная профилактика внутрибольничных инфекций возможна только в том случае, если работа основана на результатах эпидемиологической диагностики, которая в свою очередь обусловлена правильно организованным эпидемиологическим наблюдением.

Система эпиднадзора должна безукоризненно работать во всех учреждениях родовспоможения. Это поможет решить следующие задачи:

- сокращение внутрибольничных инфекций до минимума;
- организация активного эпидемиологического наблюдения, обеспечивающего эффективную эпидемиологическую диагностику;
- защита медицинского персонала от профессионального инфицирования.

Крайне важны для профилактики внутрибольничных инфекций организационные и эпидемиологические мероприятия. Однако не менее значимы немедленный контакт новорождённого и матери «кожа к коже», раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание по требованию, совместное пребывание матери и ребёнка в родовой комнате и послеродовой палате. Без особой необходимости не следует транспортировать новорождённых в иные помещения акушерского стационара. Пристального внимания заслуживает **правильное мытьё рук**. Это основной способ предупреждения передачи инфекции от ребёнка медицинскому персоналу и наоборот.

Как ни парадоксально, но словосочетание «чистые руки» в современной литературе — и художественной, и особенно публицистической — гораздо чаще употребляется в метафорическом, чем в прямом значении*. Вспомним хотя бы недавнюю «борьбу с оборотнями» или вовсе цитируемое из прошлого века высказывание про «чистые руки, горячее сердце и холодную голову». (Кстати, не получилось ни «очищения рядов», ни создания отдельной касты, владеющей упомянутыми качествами.)

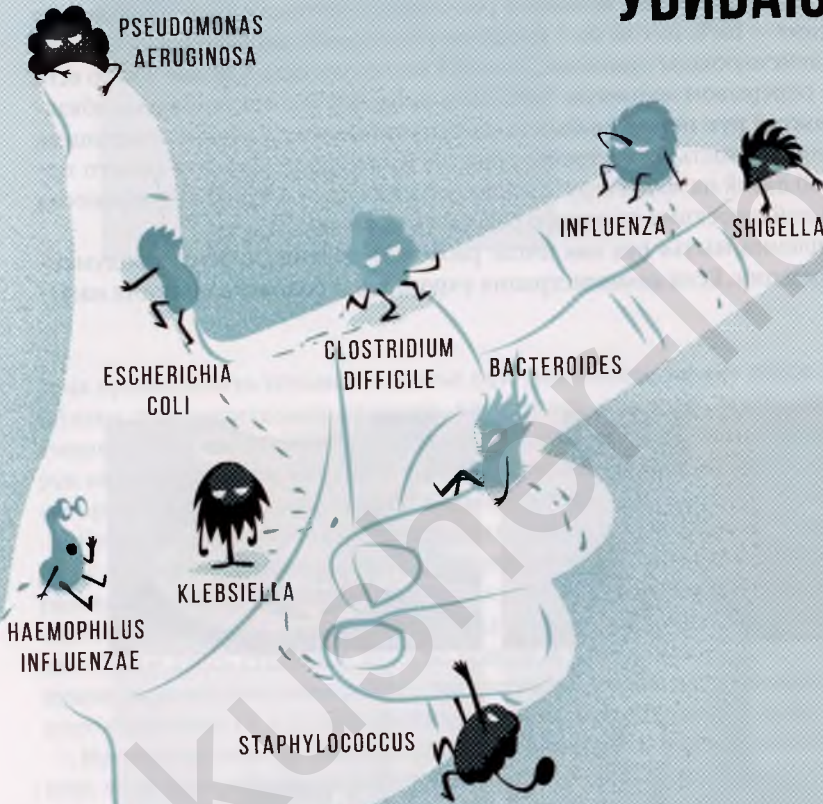
Однако идеология «чистых рук» интересует нас, акушеров-гинекологов, также в ином смысле — не в метафорическом, а вполне реальном: в контексте банального мытья рук. Современной медицине **катастрофически не хватает** этого умения, если не сказать искусства (судя по частоте его практического использования, можно говорить, что владеют им только избранные).

Вот пример из дальнего зарубежья. Не где-то в развивающейся Африке, а в США скрытые камеры слежения, установленные перед входом/выходом из палат 17 отделений реанимации зафиксировали вопиющий факт: на протяжении 16 нед анонимного наблюдения мыли руки до и после посещения пациентов только 10% врачей. Когда об этом сообщили героям видеонаблюдения, **ситуация резко поменялась**: следующие 16 нед видеонаблюдения увеличили количество моющего руки персонала до 81,6%, а через 75 нед в «конце тоннеля забрезжил свет» — мытьё рук стало рутинным для 87,9%. Кстати, оставшихся 12% несознательных вполне хватит для переноса инфекции — и в этом как раз и заключается проблема: как ни убеждай медицинский персонал, всегда остаются аутсайдеры, не выполняющие общих правил.

И это всё при том, что на Западе другой уровень ответственности, потому что мощными дисциплинирующими факторами выступают безработица, репутация, страховые компании... У нас всё гораздо проще: «так делали и так будем делать», «...сами с усами», «...не лаптем щи хлебаем»! Не продуманы и организационные аспекты: например, правила мытья рук действительно были

* Во всём этом потрясает одно — универсальность идеологии и для метафоры, и для медицинских учреждений, в нашем случае — для родовспомогательных стационаров.

ГРЯЗНЫЕ РУКИ УБИВАЮТ!



ЧИСТЫЕ РУКИ
СПАСАЮТ ЖИЗНИ!

закреплены приказом по профилактике гнойно-воспалительных заболеваний в акушерских стационарах, однако **при раздельном содержании** матери и младенца (что греха таить, и сегодня нетрудно найти стационары с такими условиями). Реален ли был этот приказ для исполнения?

Новорождённых, находящихся после родов в этих «казармах» (с 1969 по 2010 год последовательно менялись регламенты по числу дней пребывания их в роддоме — по 9, потом по 7 и наконец по 5 дней), неонатальные сёстры, согласно действующим приказам, должны были пеленать каждые 3 ч, то есть с ночным перерывом минимум 7 раз. Хотя при этом было установлено обязательное **мытьё рук перед любыми манипуляциями** с каждым младенцем, а вот реалистичность этого требования обсудим далее. Давайте просто посчитаем: 30 детей на медсестру, 7 подходов к каждому. Итого: 210 переносов госпитальной инфекции от одного ребёнка к другому.

В отношении мытья рук как нигде работают правила хорошо продуманной организации. Если администрация учреждения родовспоможения наме-



Рис. 10-2. Реальные фотографии, сделанные в течение 2013–2014 годов в перинатальных центрах страны. Обращают на себя внимание пустые контейнеры для бумажных полотенец — рядом висит многоразовое полотенце (по сути, мокрая тряпка) — один из главных разносчиков инфекции.



Рис. 10-3. Вот какие должны быть созданы условия для мытья рук (Областной перинатальный центр в Екатеринбурге).

рена организовать тотальное мытьё рук, она вполне может этого добиться. Однако предварительно каждому разумному главному врачу приходится смириться с существованием «человеческого фактора»: увы, правила мытья рук не соблюдаются, если нет чёткого, в том числе электронного контроля, который надёжен своей безальтернативностью.

Не должно быть таких ситуаций, когда вроде всё есть (рис. 10-2): рукомыльник с локтевым краном, диспенсер с моющей жидкостью, контейнер для одноразовых бумажных полотенец... Но он пустой! Причин много, и все типичные: «деньги кончились», «выходные», «забыли положить», «сестра-хозяйка заболела». Самое здесь страшное даже не враньё, а непонимание простого факта — нужно заранее предусматривать все ситуации, чтобы застраховать своё ЛПУ и его пациенток от всех возможных рисков, действительно немалых.

Например, нельзя открыть дверь в смотровую, родзал, манипуляционную, если врач, акушерка, санитарка предварительно не помыли руки. В новых перинатальных центрах это работает великолепно — например, в Томске, Екатеринбурге (рис. 10-3). Руководству учреждения родовспоможения важно вникать не только в начальную организацию процесса — необходимо обеспечить его непрерывность и бесперебойность.

Пятьдесят лет назад в медицинском училище, где я учился, преподаватель эпидемиологии, отставной полковник Я.Г. Столяр объяснял: «...Если в посеве смыва с рук врача или акушерки обнаруживается кишечная палочка, то это значит только одно: они не умеют оправляться, пользоваться туалетом, мылом и водой! Больше на руках кишечной палочке взяться неоткуда!» А пере-



Рис. 10-4. Устройства для обеззараживания мобильных телефонов.

дать её и других возбудителей могут тряпка под названием «полотенце», мобильный телефон, ключ и даже, как выясняется, бумажная история болезни.

Как бы хотелось напомнить в очередной раз всем не потерявшим совесть и **преданность профессии**: не брейте роженицам лобки и подмышки, не ставьте без нужды клизмы! заставляйте мыть руки! Ведь последовательность действий при мытье рук достаточно проста.

- Снимите украшения с рук. Вымойте руки и предплечья (нижнюю треть) с жидким мылом под проточной водой, повторно намылите кисти. При использовании твёрдого мыла с куска необходимо смыть остатки пены. Твёрдое мыло должно храниться сухим на решётке.
- ✗ Нельзя дотрагиваться до крана после мытья рук. Для закрытия крана можно использовать бумажные полотенца.
- Руки высушивают одноразовым бумажным полотенцем. На сухие руки надевают одноразовые перчатки. После процедуры вымойте руки в перчатках под проточной водой и снимите перчатки.

Современные технологии не стоят на месте, и сегодня уже созданы специальные устройства для обеззараживания мобильных телефонов (рис. 10-4), а технологии качественного мытья рук **можно обрабатывать с помощью гелевых растворов**, которые «подсвечивают» плохо «помытые» участки кожи (рис. 10-5).

Медицинские маски и колпаки на территории родовспомогательного учреждения носить не нужно, за исключением ситуации, когда в помещении происходит инвазивное вмешательство.

Присутствие членов семьи во время родов, свободное посещение женщины и ребёнка в послеродовом отделении значительно **уменьшают** распространённость госпитальной инфекции в родильных стационарах. Нет

Рис. 10-5. Современные технологии определения чистоты рук для тренировки навыков мытья. Врача просят «помыть руки» специальным гелевым раствором, который флуоресцирует в специальной камере с экраном, тем самым становятся видимыми плохо «помытые» участки (А). При правильном «мытье» рук флуоресцентный гель покрывает всю кожу рук, включая межпальцевые промежутки (Б). Этапы мытья рук (В).



необходимости заставлять посетителей родильного дома надевать сменную одежду и обувь (разумеется, если гости пришли в чистом).

Циклическое заполнение палат необходимо для обеспечения стерилизационного режима. Предродовые и родовые палаты могут быть отдельными боксами, а в случае дополнительной оснащённости их можно использовать в качестве операционной. Отдельных палат должно быть вдвое больше от запланированной загрузки учреждения, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой. Функционирование палаты должно быть не более 3 сут подряд. Внедрение современных перинатальных технологий в условиях архитектурно устаревших, построенных в 50–60-е годы прошлого века родильных домов не требует их обязательной реконструкции. Достаточно **перераспределения имеющихся палат** с обеспечением совместного пребывания в них матери и ребёнка.



В декабре 2015 года в Японии поступили в продажу смартфоны, которые можно мыть мылом.

Согласно нашему опыту, преодоление стереотипов и внедрение современных перинатальных технологий занимает 3–5 лет и заканчивается после улучшения эпидемиологической обстановки. Одновременно с соблюдением нового СанПиНа, разработанного и внедрённого Роспотребнадзором в 2010 году, все вышеперечисленные меры обеспечивают снижение заболеваемости родильниц и новорождённых.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ежегодно в мире из 130 млн новорождённых **4 млн умирают** в течение первых 4 нед жизни, причём 99% всей неонатальной смертности происходит в развивающихся странах, а каждая четвёртая гибель новорождённого обусловлена **гнойно-септическими осложнениями**. Значительная доля инфекционно-воспалительных заболеваний в структуре неонатальной заболеваемости и смертности стабильна, а в условиях «всплеска» рождаемости может даже стать ведущей причиной. Так уже было в 70–80-е годы прошлого столетия.

Частота инфекционно-воспалительных заболеваний **госпитализированных в стационар** доношенных новорождённых практически неизменна на протяжении минувшего десятилетия — в среднем она составляет 50%.

Согласно данным внеочередных донесений о вспышках инфекционных заболеваний, в РФ с 1 января 1996 года по 31 декабря 2003 года только в акушерских стационарах зарегистрирован 31 случай внутрибольничных инфекций, преимущественно среди новорождённых.

Тот факт, что частота инфекционно-воспалительных заболеваний новорождённых стабильна, заставляет признать: очевидно, не все используемые алгоритмы ведения родов, пуэрперия и неонатального периода эффективны. **Стрептококк группы В** с 1970-х годов признан ведущей причиной заболеваемости и смертности новорождённых в США. В 2002 году распространённость этого возбудителя в популяции беременных составила 19,7%.

Инфицирование стрептококком группы В обуславливает многоводие, хориоамнионит, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, послеродовой эндометрит, задержку роста и развития плода, неонатальный сепсис, пневмонию и менингит. Возбудитель периодически определяется в посевах из цервикального канала у 15–40% беременных; 40–75% рожениц, колонизированных стрептококками группы В, **передают их детям**.

Казалось бы, для решения проблемы необходимо обследовать всех беременных на носительство стрептококка группы В. Однако нам известно ещё далеко не всё и нет понимания, почему инфекционно-воспалительные заболевания новорождённых отмечены только у 1–2% инфицированных матерей. Именно поэтому в ряде стран, например в Великобритании, strep-тест выполняют всем женщинам с дородовым излитием вод. Санацию проводят только **при выявленном** стрептококке группы В, а при клинически выраженном воспалительном процессе (хориоамнионит, эндометрит) заверша-

**ГРУСТНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ:
ВИРУСЫ И БАКТЕРИИ ПРОНИКАЮТ ЧЕРЕЗ МЕДИЦИНСКИЕ МАСКИ**



ют роды кесаревым сечением. Пока ещё вопрос перспективы — вакцинация и нанотехнологии, уничтожающие инфект, уже внедрившийся в эпителий. Хотя абсолютной доказательной базы необходимости скринингового исследования в мире нет, его целесообразность у женщин с отягощённым анамнезом уже **очевидна**.

Если учесть, что в России анализы на стрептококк группы В у беременных практически не выполняют, а ПЦР-исследования на «урогенитальную инфекцию» все врачи трактуют по-разному (см. главу 4, раздел «Биоценозы...»), то и лечение назначают, мягко говоря, наугад. Это, увы, далеко **не безвредно**. Выбранные «с потолка» дезинфектанты или (чаще) антибиотики **уничтожают естественную** защитную микробиоту, симбионтную и комменсальную. Так происходит извращение биоценоза половой системы, лишаящее её факторов естественной защиты и ничего не создающее взамен. Образуется «пустое место», и долго оно таким не бывает. **Нишу тут же заселяют** кишечная палочка, энтерококк, стафилококк и все госпитальные штаммы, **супербактерии, против которых нет антибиотиков** и других средств борьбы.

Современные инструментальные и медикаментозные технологии реанимации и интенсивной терапии новорождённых появились в 60–80-е годы XX века. Были усовершенствованы принципы **выхаживания** (предложены кювезы и ИВЛ), разработаны фототерапия для лечения гипербилирубинемии и система мониторинга жизненно важных функций организма. Стали применять УЗИ, неонатальный скрининг на врождённые и наследственные метаболические заболевания, нарушения слуха, использовать сурфактант и направленные методы лечения инфекций. Всё это способствовало как увеличению выживаемости детей, так и ухудшению здоровья популяции: перинатальная заболеваемость достигла 60%. Это страшный показатель, ведь для того, чтобы через 18–20 лет **появилось поколение здоровых детей**, уже сейчас необходимо хотя бы 50% здоровых будущих родителей.

Именно поэтому совершенно необходимо по-прежнему широко внедрять **современные перинатальные технологии**, способствующие эффективно-му снижению частоты и тяжести инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорождённых. Подсчитано, что именно этот путь позволяет снизить инфекционно-воспалительные заболевания новорождённых в 7–15 раз, младенцев — в 6 раз, повысить индекс здоровья детей в 2 раза и более. Увы, понимания и притягия столь очевидного всему миру постулата в нашей стране до сих пор нет! Отказ от перинатальных технологий или «частичное» использование — **сознательный вред** будущим поколениям.

Основа современных перинатальных технологий — комплекс мер и методов, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности: совместное пребывание матери и ребёнка;

эсклюзивное грудное вскармливание; ранняя выписка из родильного стационара; формирование иммуномикробиологического контакта матери и новорождённого с первых минут и до выписки.

Опыт Африки

В мире широко освещён опыт экспертов ВОЗ в Кении (1989). Столица страны, Найроби, располагает только одним бесплатным госпиталем для рожениц, где на 75 койках всегда находились 150 (!) «валетом» лежащих родильниц. Остальная обстановка традиционная: детское отделение на соответствующее число кроваток (брезентовых гамачков), молочная комната, палата интенсивной терапии. Уровень инфекционно-воспалительных заболеваний соответствовал 15%. Эксперты ликвидировали детские койки и молочную комнату, на освободившихся площадях расставили имеющиеся 75 кроватей, положили на них к 150 родильницам ещё 150 новорождённых. Затем внедрили эксклюзивное грудное вскармливание, организовали раннюю выписку (через сутки после родов женщины уходили домой, где санитарно-гигиенические условия вообще отсутствовали). Через год показатель инфекционно-воспалительных заболеваний новорождённых составил 1,1% (снизился в 15 раз); материнская смертность от сепсиса сократилась на 30%! О собственном опыте мы расскажем далее.

Второе необходимое условие профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний матерей и младенцев — **дифференцированный подход к назначению антибиотиков и выбору дезинфектантов**, совершенствование системы санитарно-эпидемиологического надзора (информационное письмо Минздравсоцразвития РФ от 03.08.2007 года №5886-ВС «О мерах по предупреждению внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»).

Совместное пребывание и раннее прикладывание

В роддомах советских времён не могли даже думать о **совместном пребывании** с младенцем в одной палате, не представлялось возможным присутствие на родах отца. Появление ребёнка на свет сопровождалось множеством вмешательств, не имеющих доказательной основы. До сих пор в некоторых родовспомогательных учреждениях практикуют быстрое пережатие пуповины, отнятие новорождённого от матери сразу после рождения, мытьё ребёнка, обработку растительным маслом. При этом в большинстве случаев нет необходимости в привычных манипуляциях: профилактике гонобленнореи, «санации» дыхательных путей. Естественно, что никакого **кожного контак-**

та и прикладывания ребёнка к груди матери просто не было, как и последующего совместного пребывания в послеродовом отделении. В связи с этим не осознавали смысл полноценного грудного вскармливания, особенно с **позиций профилактики** распространения инфекции в послеродовых отделениях. Между тем последующая «история жизни» ребёнка доказывает, что «всё начинается с родзала». И в наши дни ребёнок у груди матери зачастую находится лишь несколько минут, не успевает адаптироваться после родового стресса, не получает первые драгоценные капли молозива и дружественную микробиоту.

Как показали наблюдения последних лет, здоровые новорождённые, получившие возможность находиться **в непрерывном и не ограниченном** во времени контакте «кожа к коже» с матерью тотчас после родов, демонстрируют универсальный паттерн поведения. В современной литературе описано девять сменяющих друг друга в определённом порядке фаз покоя и активности, пройдя которые ребёнок самостоятельно находит грудь и присасывается к ней.

В контексте эволюционных механизмов отделение ребёнка от матери после родов даже на короткий промежуток времени **угрожает его жизни**. Первой универсальной реакцией детёныша любого млекопитающего на разделение будут громкий плач и повышенная двигательная активность с целью привлечь внимание матери и спастись. В это время его лёгкие работают в усиленном режиме, внутричерепное давление повышается, как и уровень стрессорных гормонов в крови, и даже возникает **вероятность преждевременного закрытия овального окна**. Если сепарация продолжается, возбуждение сменяется торможением всех энергозатратных процессов — снижением температуры тела и ЧСС, а также замедлением метаболизма, с тем чтобы не оказаться добычей хищника и «продержаться» до возвращения матери как можно более длительное время. Именно поэтому так часты гипотермия, брадикардия и гипогликемия у новорождённых в отделениях интенсивной терапии, если в них не организовано совместное пребывание с матерью.

Обеспечение контакта матери и новорождённого «кожа к коже» сразу после родов и до того момента, когда он окажется в состоянии впервые взять грудь, отражено и в методическом письме Минздравсоцразвития РФ №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий» (2011). При этом ребёнок должен быть обсушен, укрыт тёплой сухой пелёнкой и/или одеялом, а первичную обработку новорождённого, антропометрию и пеленание следует проводить **не менее чем через час** от момента рождения. В письме особо отмечено, что невыполнение хотя бы одного из этих мероприятий



разрывает «тепловую цепочку» и ставит новорождённого под **угрозу переохлаждения**. Удивительно, но при разделении матери и ребёнка сразу после родов их взаимоотношения, как и саморегуляция процессов, происходящих в организме младенца, оценённые через год после родов, оказываются менее гармоничными даже при условии совместного пребывания в послеродовом отделении.

Однако пребывание с матерью не следует ограничивать временным регламентом. Первая встреча матери с младенцем должна состояться сразу же после родов и реализоваться в фазу слияния (продолжение внутриутробной связи и сигнал к дальнейшему выживанию), в акушерстве не рассматриваемую вообще. Ребёнку необходимы **достаточный кожный контакт и правильное сосание**.

Раннее прикладывание ребёнка к груди не только стимулирует образование и секрецию молока, но и способствует отделению плаценты, предупреждает кровотечения у рожениц, формирует у новорождённого нормальную микробиоту кишечника, адекватный иммунный ответ, ускоряет отхождение мекония.

По мнению российских учёных И.А. Аршавского (1952), П.С. Кравицкой (1959), Г.П. Поляковой и соавт. (1970), а также моих учениц — докт. мед. наук, проф. Н.И. Захаровой (1991) и докт. мед. наук, проф. С.В. Орловой (1989), помимо всех известных преимуществ кормление грудью тотчас после родов **эффективно восстанавливает силы** и избавляет от утомления, вызванного родовой деятельностью.

В случае выполнения кесарева сечения (вновь акцентируем внимание на преимуществах эпидуральной анестезии) кожный контакт также следует обеспечить максимально рано, то есть в течение 30 мин. Совместному пребыванию в родзале и первичному туалету новорождённого на животе матери способствует создание **индивидуальных родильных залов**.

Известно, что иммунобиологическая связь матери и ребёнка не прерывается до 1,5 года постнатального развития, психоэмоциональная связь также особенно сильна в этот период. Становление контакта происходит только в случае совместного пребывания, это принципиально важно для здоровья самой женщины.

Почему важно именно совместное пребывание? Прежде всего уменьшается контакт новорождённого с другими детьми. Даже в четырёхместной палате других детей всего четверо, а не 20–25, как в «отделениях новорождённых». Ведь основной путь распространения инфекции в роддоме — **контактно-бытовой** (бактериальные инфекции «по воздуху» не летают): через руки медицинского персонала, инструменты и контаминированные госпитальными штаммами предметы ухода за новорождёнными. В отделениях ин-

тенсивной терапии новорождённых наиболее часто происходит нозокомиальное инфицирование при катетеризации сосудов и при инъекциях.

Наиболее мощной защитой от инфекционно-воспалительных заболеваний для новорождённого оказывается **формирование общего биоценоза** при совместном пребывании с матерью. Гарантированное получение плодом микробиоты матери в родах чрезвычайно важно для ребёнка. Эта колонизация определяет становление его пищеварительной и иммунной систем в раннем постнатальном онтогенезе. Заселение желудочно-кишечного тракта лактобактериями формирует первичный микробиоценоз, стимулирует синтез иммуноглобулинов и специфических факторов защиты, лактобациллы участвуют в переваривании и усвоении пищи, активируют выработку многих биологически активных веществ.

Без совместного пребывания **полноценное грудное вскармливание** невозможно, его подменяют навязанное кормление ребёнка по часам, строгая регламентация времени кормления и интервалов между кормлениями. Между тем, помимо остальных преимуществ естественного вскармливания для здоровья как ребёнка, так и самой матери, оно также играет важнейшую роль в запрограммированной природными механизмами системе противоинфекционной защиты новорождённого.

Напомню, что с июня 2014 года мир вступил в «постантибиотиковую эру» (ВОЗ, 2014): уже не действуют и не будут действовать как прежде самые новые антибиотики! Да их, по сути, и нет!

Однако это вовсе не означает, что нам нечего противопоставить столь значимой угрозе. Грудное молоко! В этом контексте наибольший интерес представляют α -лактальбумин, лактоферрин и остеоопонтин.

В 2014 году был обнаружен механизм образования мощнейшего **противомикробного средства** из лактальбумина — белка молозива и грудного молока! В процессе расщепления α -лактальбумина исследователи выявили уникальный **промежуточный этап**. Попадая в кислую среду желудка младенца, молекула этого белка частично разворачивается и становится местом фиксации олеиновой кислоты, появляющейся в результате расщепления триглицеридов жирных кислот (рис. 10-6). Этот комплекс получил название **HAMLET** (human α -lactalbumin made lethal to tumor cells), что в переводе означает «человеческий α -лактальбумин, губительный для опухолевых клеток». Уже в названии кроется объяснение того, как действует этот белок: он оказывает цитотоксический эффект на злокачественные клетки, а кроме того, обладает бактерицидным действием против ряда патогенов (например, пневмококка). Комплекс **HAMLET восстанавливает чувствительность** к антибиотикам у мультирезистентных штаммов. Именно поэтому уже не подлежит сомнению тот факт, что ранний контакт «кожа к коже»

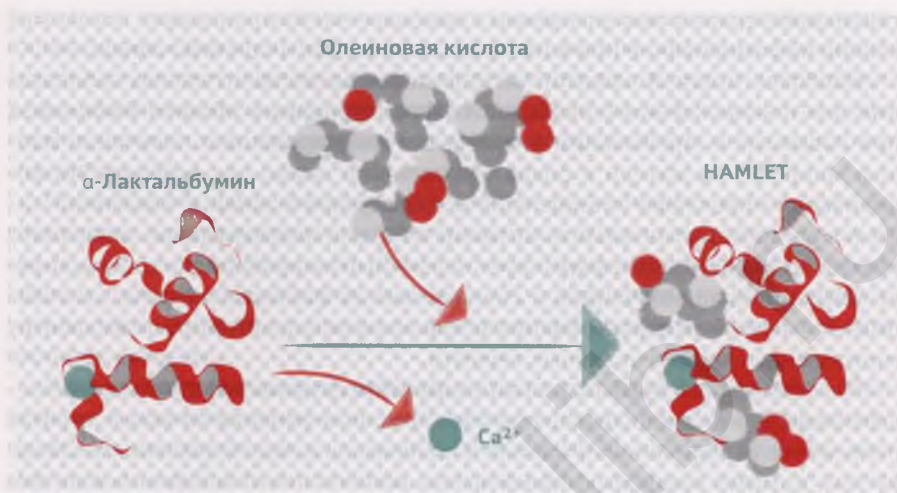


Рис. 10-6. Образование HAMLET.

(ещё до первого кормления грудью) — практически идеальный способ профилактики MRSA-инфекции (метициллин-резистентной стафилококковой) и сепсиса новорождённого.

Не менее значим и **белок лактоферрин**. В «зоне его ответственности» регуляция апоптоза и иммуномодуляция, контроль над усвоением железа младенцем, противовоспалительное и противоинфекционное действие, распространяющееся на все виды патогенов. Кстати, результаты отечественного исследования позволили опровергнуть ранее существующее и широко транслируемое мнение о том, что грудное молоко **утрачивает свою пользу** после года вскармливания. Учёные измерили концентрацию лактоферрина на первом, втором, третьем и даже четвёртом и пятом (!) годах лактации: она оказалась неизменной — 15–20% от общего белкового состава грудного молока.

Остеопонтин отвечает за ангиогенез, заживление раневой поверхности, ремоделирование костной ткани, иммуномодуляцию. В общем составе грудного молока на его долю приходится 2,5%, то есть фактически 138 мг/л. Для сравнения: цельное коровье молоко содержит остеопонтин в концентрации 18 мг/л, а детские смеси — не более 9 мг/л.

В составе мембран жировых глобул необходимо обратить внимание на муцин, лактадгерин, лактоферрин, а также сфингомиелин, ганглиозиды и холестерол. Без этих веществ практически невозможно себе представить **ми-**

елинизацию нервных волокон, нормальное функционирование противoinфекционной и противоопухолевого защиты.

Жировой состав грудного молока преимущественно (до 99%) обеспечен триглицеридами. В присутствии липазы жиры грудного молока расщепляются на глицерол и жирные кислоты (в основном — полиненасыщенные). ω -3-полиненасыщенные кислоты, докозагексаеновая и арахидоновая кислоты играют ключевую роль в развитии ЦНС ребёнка. В связи с этим, согласно международным рекомендациям, всем беременным и кормящим необходим приём не менее 300 мг докозагексаеновой кислоты.

В углеводном составе грудного молока преобладает **лактоза**. Интересно, что концентрация галактозы, фруктозы и других олигосахаридов имеет самую тесную связь с такими параметрами, как расовая принадлежность женщины, её возраст, продолжительность лактации, группа крови. Лактоза способствует усвоению кальция и железа, принимает опосредованное участие в развитии центральной нервной системы младенца. Не менее значим и тот факт, что олигосахариды создают благоприятные условия для **образования кишечных колоний *Lactobacillus bifidus***, то есть для формирования уникального биоценоза желудочно-кишечного тракта ребёнка. Кстати, уже доказано, что в норме грудное молоко не стерильно.

В состав женского молока, в отличие, например, от коровьего, входят ферменты амилаза и липаза, способствующие усвоению молока.

Акушеры старой школы хорошо помнят времена, когда практически повсеместно преобладала порочная практика **раздельного пребывания и «выпаивания»** детей в роддоме. К слову, встретить отголоски прошлого можно иногда и сегодня. Полными заблуждений были и **«противоэпидемические»** приказы Минздрава СССР, начиная с самого первого, №1230 (1979). В целом демонстрирующий «эталон», приказ жёстко регламентировал семиразовое почасовое кормление (каждые 3 ч) с обязательным пеленанием до и после кормления.

В условиях раздельного пребывания вся нагрузка по уходу за новорождённым ложилась на плечи медсестёр. **Мытьё рук перед** пеленанием одного ребёнка требует минимум 5 мин. Ставка медсестры предусматривала уход за 20 детьми. Таким образом, при семикратном кормлении в сутки медсестра должна была мыть руки (до и после кормления) $5 \text{ мин} \times 2 \times 7 \times 20 = 1400 \text{ мин}$, то есть **23,3 ч!** Но и это не всё.

Как правило, медсестры (их всегда не хватало и не хватает — не та зарплата за очень тяжёлый труд!) работали на 1,5 ставки. Дальше считайте сами! Руки **не мыли так, как положено**, гнойнички скрывали и вскрывали, распространяя инфекцию, а причину искали в постельном белье и прочих абсурдных местах. Но и этого мало. Чтобы 20–70 детей и более не кричали, им

всем давали питьё из бутылочки с соской. Это и был основной путь возникновения вспышек, так называемых «групповых инфекционных заболеваний». Кто видел хоть раз в жизни, не сможет забыть массовую гибель младенцев из-за глупостей организации.

Сегодня уже получены убедительные данные, как, например, опубликованные в Кокрейновской базе данных результаты систематического обзора 23 независимых исследований (11 из них были выполнены в странах с развивающейся и 12 — в странах с развитой экономикой), свидетельствующие о том, что вскармливание детей исключительно грудным молоком в течение как минимум первых 6 мес жизни обеспечивает **сопоставимое в обоих типах стран снижение смертности** от инфекций желудочно-кишечного тракта в сравнении с младенцами, находившимися на смешанном вскармливании с 3 мес.

В другом исследовании показано, что риск смерти от любых причин в течение первых 5 мес жизни в 1,5 раза выше для детей на преимущественно* грудном вскармливании, в 4,8 раза выше для детей на частичном грудном вскармливании и в 14,4 раза выше для младенцев, вскармливаемых адаптированными смесями, в сравнении с детьми на эксклюзивном грудном вскармливании. В группе детей возрастных категорий 6–11 и 12–23 мес, не получающих грудное молоко, **риск смерти повышен** в 1,8 и 2 раза соответственно в сравнении с детьми на естественном вскармливании.

Представьте себе моё изумление, когда **в 2016 году в новом перинатальном центре** мы с главным специалистом Приволжского федерального округа, проф. И.Ф. Фаткуллиным обнаружили у здорового новорождённого на совместном пребывании... **бутылку с водой и соской!** Когда спросили, откуда это «добро», медсестра повела нас в молочную комнату, и мы увидели... Это бутылочки, к которым привыкли малограмотные, но с большим стажем врачи-неонатологи, ставшие уже заведующими и полагающие, что их личный, мизерный в мировом масштабе опыт **может перевесить достижения современной перинатологии** (рис. 10-7).

Бутылки — это агрессия, это преступное деяние, **из-за которого не так давно главные врачи получали реальные сроки тюремного заключения — пресловутые «групповые вспышки» (последняя — 1985 год)**. К чести главного врача указанного перинатального центра, в тот же день была уволена заведующая неонатальным отделением и **ликвидирована «бутылочная система»**.

* Термин «преимущественно грудное вскармливание» означает вскармливание материнским молоком в сочетании с водой или соками в объёме до 30 г в сутки либо докормом адаптированными смесями не более 100 мл в сутки. **Дополненным (частичным)** грудным вскармливанием называют вскармливание грудным молоком в сочетании с его искусственными заменителями (более 100 мл в сутки) или продуктами прикорма (более 30 г в сутки).



Рис. 10-7. Молочная комната: просто не верится, что сегодня ещё возможно такое. Бутылки — настоящая агрессия! Не так давно за это преступное деяние главные врачи получали реальные сроки тюремного заключения.

Эксклюзивное грудное вскармливание

Современные научные факты убеждают в рациональности грудного вскармливания. Только материнское молоко обеспечивает гармоничное развитие ребёнка, адекватное созревание различных органов и систем, **оптимальные показатели** физического, психомоторного, интеллектуального развития, устойчивость новорождённого к воздействию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов.

Общеизвестен факт непосредственного влияния на здоровье ребёнка вида вскармливания. Доказана взаимосвязь нерационального вскармливания в первые годы жизни с **закладкой фундамента** для последующих метаболических расстройств: ожирения, гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы. Данные, основанные на интернациональном наблюдении 180 детей в течение 6 мес, свидетельствуют, что жировая ткань у детей, находящаяся только на грудном вскармливании, составляет 18,2% от общей массы тела, а значения массы тела выше 95-го перцентиля имели место у 14,3% детей. В группе искусственного вскармливания значения обоих показателей были достоверно более низкими — 11,2 и 7,7% соответственно.

У матери, кормящей грудью, **снижен риск** гнойно-септических заболеваний, расстройств настроения и психики (послеродовых меланхолий, депрессии, психоза); рака эндометрия, яичников и молочной железы; сердечно-сосудистых заболеваний; метаболического синдрома и сахарного диабета 1-го и 2-го типов, гиперлипидемии; рецидивов рассеянного склероза.

«Ренессанс» грудного вскармливания пришёлся **на начало 1980-х годов**. В сравнении с индустрией детского питания грудное вскармливание — малозатратная и высокоэффективная технология, ей нет равных в снижении

младенческой заболеваемости и смертности, в закладке фундамента для здорового биологического и социального начала. Лактирующие женщины теоретически способны творить незаменимое грудное молоко в объёме, вполне сопоставимом с молочно-товарным производством, например, коровьего молока в России.

Историческая справка

Ещё в 1973 году А.Ф. Тур отмечал, что, к сожалению, естественное вскармливание **во всём мире сдаёт позиции**, многие дети (во всяком случае, в условиях больших промышленных городов) с 2–3 мес получают докорм или даже переводятся на искусственное вскармливание. Это происходило вследствие широкого вовлечения женщин в общественный труд и благодаря успехам в организации искусственного вскармливания. Не меньшую роль сыграло то, что **врачи не боролись** за длительное естественное вскармливание, нередко руководствовались неправильной тактикой, назначая дополнительное питание детям с первых дней жизни.

Молоко женщины имеет уникальный состав, созданный **именно для её младенца**. Несмотря на малый объём молозива в первые 3 сут после родов, частое прикладывание новорождённого к груди по его требованию (не реже 10–12 раз в сутки) обеспечивает необходимый калораж и иммунную защиту ребёнка; **усиливает продукцию окситоцина** и пролактина у матери, предупреждая послеродовые кровотечения; необходимо для становления лактации.

У детей, находящихся на грудном вскармливании, наиболее важные микробные компоненты микробиоты фекальных масс сохраняются даже в тех случаях, когда окружающая среда сильно загрязнена бактериями.

Игнорирование приоритетов грудного вскармливания приводит к тому, что детей вскармливают искусственно, а лактация у матерей неуклонно снижается. Возможности пищевой индустрии составили **мощную конкуренцию** естественному вскармливанию, пропагандируя «высококачественную» альтернативу грудному молоку в виде искусственных смесей.

Рынок **заменителей** женского молока основан на сухом коровьем и по доходности сопоставим с самыми развитыми секторами не только легальной, но и подпольной экономики. Мощная рекламная кампания, развёрнутая для продукции этой отрасли (само детское питание в разных видах, бутылки, соски и др.), дистрибьюторы, поджидающие целевую аудиторию уже в родильном отделении, пропаганда «аналогичности» свойств и максимальной приближенности смесей к материнскому молоку, низкая информирован-



ность медицинских работников о преимуществах грудного вскармливания сформировали ситуацию в её нынешнем виде.

Отсутствие организованной своевременной поддержки грудного вскармливания привело к тому, что даже за 20 лет борьбы идеального результата (97% грудного вскармливания), увы, достичь не удаётся! Истинных цифр эксклюзивного грудного вскармливания (без допаивания и докорма) в России не знает никто.

Несмотря на несомненный прогресс, практика полноценного вскармливания ребёнка молоком матери до настоящего времени не имеет должного распространения в России. Многие женщины находятся в заблуждении о возможности лёгкой замены трудоёмкого грудного вскармливания на удобный и доступный искусственный вариант. Однако широкое использование заменителей грудного молока не улучшило показатели здоровья детей.

Мировое сообщество предпринимало последовательные меры для исправления данной ситуации. В 1981 году по инициативе ВОЗ и ЮНИСЕФ были приняты **документы, регламентирующие защиту**, содействие и поддержку грудного вскармливания.

В 1989 году эти организации опубликовали совместное заявление «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания». Был разработан международный свод правил по маркетингу заменителей грудного молока, положения «О защите, содействии и поддержке грудного вскармливания» (1990).

В 1991 году ЮНИСЕФ при полной поддержке ВОЗ выступил с инициативой «Больница, доброжелательная к ребёнку» и сформулированной в её рамках концепцией **10 принципов успешного грудного вскармливания**. В тексте инициативы содержится критика существующего положения дел во многих родильных домах, подрывающая основы полноценного грудного вскармливания. Основная идея — родильные дома должны поощрять исключительно грудное вскармливание с момента рождения, контролируя и пресекая поставки образцов детских питательных смесей. Внедрение и дальнейшее развитие этой инициативы в РФ состоялось: уже к 2003 году 199 акушерских стационаров в 29 субъектах РФ оказались удостоены звания «Больница, доброжелательная к ребёнку».

Тем не менее до сих пор **нет чёткой** «технологии» внедрения рекомендаций по поддержке грудного вскармливания в практическую деятельность ЛПУ на всех этапах оказания помощи женщинам и детям.

Известно, что **частота истинной гипогалактии составляет 3%**; остальные же случаи представляют собой организационные дефекты вскармливания! Так, ещё С.М. Ямпольский в 1913 году утверждал, что каждая женщина, за редким исключением, наделена способностью к кормлению грудью.

«...**Настоящей агалактии не существует**: терпением и настойчивостью можно увеличить секрецию каждой грудной железы настолько, что возможно будет полное или частичное вскармливание ребёнка грудью матери». Недостаток молока у матерей во многом обусловлен тем, что женщины не стремятся кормить грудью, а также **поздним и неправильным прикладыванием** младенца к груди в родильном доме, редкими кормлениями, ранним и необоснованным введением докорма. Как оказалось, не существует никаких эффективных стимуляторов лактации (вода, чай с лимоном и т.д.), кроме собственно кормления ребёнка.

К **ятрогенным** причинам приобретённой гипогалактии можно отнести отсутствие должной поддержки грудного вскармливания в родильных домах и детских поликлиниках, недостаточную информированность матерей о технике и принципах успешного кормления грудью. Долактационное кормление и докармливание в отделениях новорождённых также агрессивно влияют на состояние матери и новорождённого.

Стоит подчеркнуть особую отрицательную роль действительно опытных детских медсестёр. Наш опыт свидетельствует: в роддомах именно они, даже при совместном пребывании матери и ребёнка, возьмут да и «сунут» (иначе не скажешь) младенцу **бутылочку** с раствором глюкозы («допоить») или со смесью («докормить»). Понять этих медсестёр можно: после долгих лет действительно тяжёлой работы (раздать и собрать детей, допоить, докормить, взвесить, закапать и пр.) — провал, ничего привычного делать не надо! Никаких детей десятками за закрытой дверью палаты для новорождённых. И вот вместо того, чтобы учить матерей уходу за младенцами, правильному прикладыванию к груди, медперсонал **пытается возродить** старый, привычный уклад.

Тактика медицинского персонала (акушеров и детских медсестёр) должна быть нацелена на формирование навыков грудного вскармливания и успешность последующей лактации у матери. Выпаивание и докармливание здоровых детей **вообще не требуется** ни в живой природе, ни в человеческом обществе. Более того, применение сосок и рожков приводит к ослаблению оральной моторики, основного фактора полноценного сосания. В этой ситуации не происходит полного опорожнения миоэпителиальной зоны соска, опустошения альвеол и нет полноценного стимула для выработки пролактина. Такая цепочка событий **приводит к гипогалактии**. В полной мере это относится к использованию «пустышек», раннему введению докорма и прикорма.

Реакционные взгляды в этом вопросе — результат неграмотности и незнания, непонимания порочности подобной тактики. Вспышки инфекционно-воспалительных заболеваний новорождённых в 70-х годах прошлого

века имели **водный путь распространения**: раствор глюкозы и кипячённая в воде соска! Аналогичная ситуация возможна при инфицировании молочных смесей или питьевых растворов. Именно поэтому использование бутылочек и сосок для вскармливания и выпаивания (в том числе для дачи лекарств) в родильном стационаре крайне нежелательно. Для этого есть одноразовые ложечки! Любые попытки нарушения «10 шагов», докармливание детей без назначения врача-неонатолога должны быть жёстко пресечены руководителями учреждения.

К сожалению, здоровье некоторых детей **не позволяет начать** грудное вскармливание с рождения. Перевод в реанимационное отделение затрудняет или делает невозможным участие матери в уходе за больным или маловесным ребёнком, затрудняет сохранение грудного вскармливания. Однако именно эти дети очень нуждаются в **организации кормления** сцеженным грудным молоком и тесном контакте с матерью (метод «кенгуру»). Указанные факторы способствуют созреванию различных систем организма (нервной, эндокринной, пищеварительной), формируют у младенца чувство защищённости и обеспечивают тактильное удовольствие. Положительные эмоции столь необходимы (с учётом различных болезненных манипуляций) для выздоровления новорождённого! Никакие докормы и специализированные смеси для недоношенных новорождённых не способны стать одновременно лекарством и пищей, как грудное молоко.

Рутинное **контрольное взвешивание и сцеживание** оказывают отрицательное психологическое воздействие: лактация у матери снижается. Если у ребёнка наблюдается дефицит массы тела или её недостаточные прибавки, с целью контроля ситуации и решения вопроса о необходимом количестве докорма показана динамическая оценка прибавки массы тела **каждые 3 сут** или реже — в зависимости от ситуации. В большинстве же случаев женщине нужны лишь разъяснительная беседа, хорошая практическая и эмоциональная поддержка, а также позитивный настрой на грудное вскармливание. Важно дать рекомендации о желательности неограниченного кормления ребёнка и правильном положении его у груди.

На формирование защитных сил организма ребёнка крайне негативно влияют обработка груди дезинфицирующими средствами или обмывание проточной водой с мылом. На **ареоле** сосков — богатая лактофлора, вырабатывается (особенно перед кормлением, когда мама слышит голос своего ребёнка) много биологически активных и защитных факторов (лизоцим, иммуноглобулины и др.), необходимых для физиологического формирования иммунной системы, становления микробиоценоза и функций желудочно-кишечного тракта. Гигиенические мероприятия женщина должна проводить **только после кормления** ребёнка.

Грудное вскармливание предпочтительно и с **финансовой** точки зрения. Масштабность экономии денежных средств ощутима не только в рамках конкретной семьи (не нужно приобретать смеси, воду, бутылочки и соски, платить за электроэнергию), но и в государственных объёмах (производство или закупка заменителей грудного молока, госпитализация детей и матерей в стационары и лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях).

По приблизительным подсчётам Национальной службы здравоохранения Великобритании, продолжительность эксклюзивного грудного вскармливания 45% младенцев в течение первых 4 мес их жизни может сохранить в бюджете государства £40 млн. Результаты финансового планирования в США не менее убедительны: если 90% матерей будут придерживаться принципа эксклюзивного грудного вскармливания в течение первых 6 мес после родов, расходы государства снизятся на \$13 млрд в год. В первую очередь **ощутимо сократятся затраты** на медицинскую помощь: дети, вскармливаемые грудным молоком, достоверно реже болеют. К примеру, каждый эпизод некротизирующего энтероколита после очень ранних преждевременных родов удорожает выхаживание новорождённого на \$74 тыс. Если же такому ребёнку показано оперативное лечение, то стоимость его пребывания в стационаре увеличивается уже на \$198 тыс. Между тем в данной когорте грудное вскармливание обеспечивает снижение риска некротизирующего энтероколита на 77%.

Однако есть вторая значимая статья расходов, связанная с искусственным вскармливанием. Речь идёт о стоимости как самого заменителя грудного молока, так и **аксессуаров**, необходимых для его применения: бутылочек с сосками, стерилизаторов, подогревателей и пр. К тому же организация альтернативного питания требует не менее 3 л чистой воды в день на одного ребёнка: 1 л уходит на приготовление смеси и 2 л — на мытьё и стерилизацию бутылочек и сосок.

Во многих странах в настоящее время существует **профессия консультанта** по лактации — специалиста, прошедшего углублённое изучение (программа обучения зависит от наличия или отсутствия у кандидата медицинского образования) всевозможных аспектов грудного вскармливания и способного оказывать высококвалифицированную помощь кормящим. Для присвоения учреждению, оказывающему медицинскую помощь женщинам и детям, статуса «Больница, доброжелательная к ребёнку» достаточным считают прослушивание персоналом 20 ч теоретического курса. Кандидат в специалисты по грудному вскармливанию обязан пройти **обучение** по вопросам лактации человека (в среднем от 40 до 90 ч в зависимости от правил сертифицирующей организации). Если у кандидата нет медицинского об-

разования, некоторые сертифицирующие органы в обязательную программу обучения включают курсы анатомии и физиологии человека, биологии, нутрициологии, социологии, психологии и других необходимых для работы консультанта образовательных блоков. По окончании обучения предусмотрена **оценка полученных знаний** в формате экзамена.

Согласно данным литературы, участие консультанта по лактации в поддержке грудного вскармливания позволяет повысить частоту его инициации (в 1,35 раза) и продолжительность (через 1 мес после родов на грудном вскармливании остаются в 1,49 раза больше младенцев, на эксклюзивном грудном вскармливании — в 1,71 раза) в сравнении со стандартными программами работы с кормящими и их детьми. Основными причинами тому называют **малое время**, отводимое специалистам с высшим медицинским образованием на приём одного пациента, недостаток уверенности в своих возможностях и/или знаний по вопросу, а также междисциплинарность проблемы и стремление переложить ответственность на коллегу другой специальности.

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for disease control and prevention, CDC), в 2006 году на каждую тысячу родов приходилось в среднем два консультанта по лактации, а в 2013 году — уже семь-восемь. В России также существуют консультанты по лактации, однако качество их подготовки далеко не всегда соответствует международным стандартам. Единственной заслуживающей доверия организацией можно считать Международную общественную организацию «Ассоциация консультантов по естественному вскармливанию», основанную в 2004 году. Обязательное условие вступления в организацию — обучение по программе ВОЗ в объёме не менее 40 ч и подтверждение полученных знаний по результатам теоретического и практического экзаменов. Ежегодные итоги работы организации **публикуются в открытом доступе** на её сайте в сети Интернет; там же можно найти устав, основы мировоззрения участников ассоциации и этический кодекс. В 2015 году в ассоциации состояли 99 консультантов, уровень знаний которых был оценён в отечественном исследовании как более высокий в сравнении с уровнем знаний медицинских работников. **Международную сертификацию** сегодня имеют лишь пять российских консультантов. В то же время в литературе отсутствуют данные об осведомлённости кормящих матерей о наличии консультантов по грудному вскармливанию в России, равно как и сведения об обращаемости к ним за помощью в вопросах профилактики и решения проблем вскармливания, хотя необходимость сбора такой информации оговорена в международных протоколах, регламентирующих работу медицинских учреждений, поддерживающих программу.

Первичный туалет новорождённого

Требует некоторого уточнения практика **первичного туалета** новорождённых. При вторичной обработке пуповины (после пережатия) накладывают стерильную скобку, пуповину пересекают. Ежедневно обрабатывают культю пуповины 95% раствором этилового спирта, затем 5% раствором перманганата калия, не трогая кожу около пупочного кольца, без повязки. После отпадения пуповины пупочную ранку обрабатывают ежедневно последовательно: закапывают 3% раствор перекиси водорода, тушируют ранку тампоном с 95% раствором этилового спирта и 5% раствором перманганата калия, не трогая кожу вокруг пупка. Остаток пуповины мумифицируется и отпадает к концу 3-х суток или первой недели жизни. При этом **повязки**, накладываемые якобы для ускорения процесса высыхания, никакого **положительного действия не оказывают**.

Отторжение культи пуповины и эпителизация пупочной ранки зависят от регенераторных способностей организма ребёнка и методики обработки. Ведение пуповинного остатка не предполагает использования дезинфицирующих и противовоспалительных средств во избежание задержки спонтанного отпадения пуповинного остатка. Что касается **ранней выписки** детей с неотделившимся пуповинным остатком (со скобкой), хоть это очень пугает неготовых к таким пациентам участковых педиатров, но это веление времени!

Ранняя выписка

Почему **выписка должна быть ранней** и отчего в России это проблематично? В других странах сроки выписки колеблются от 21 ч (США) до 4–5 сут (Германия, Италия).

В России выписка обычно происходит лишь на 3-и (реально — на 4-е) сутки, **после вакцинации** против туберкулёза. Этот фактор и тормозит раннюю выписку. Цель же последней — профилактика инфекций у родильниц и новорождённых.

К 3-му дню пребывания в родильном доме многие женщины и новорождённые оказываются **колонизированы госпитальными штаммами** микроорганизмов, высокоустойчивыми к антибактериальным препаратам и дезинфицирующим средствам, с выраженной вирулентностью и токсичностью. К 6-му дню колонизированы практически все матери и новорождённые; нарушается формирование нормальной эндомикроэкологической системы новорождённого, ослабевают защитные силы матери. Даже при совместном

пребывании матери и ребёнка их **общий биотоп заселяют** болезнетворные микроорганизмы. И неонатологов, и акушеров должно настораживать пребывание в роддоме больных детей, ведь в такой ситуации противостоять распространению инфекции практически невозможно.

Если педиатр задерживает в роддоме одного ребёнка, аргументируя, что ему здесь «будет лучше», следует понимать, что «хуже» может оказаться **остальным новорождённым**. В том числе тем, кому только предстоит родиться в помещениях, инфицированных «задержанными» детьми. **Роддом не предназначен для пребывания в нём больных детей** (если это не перинатальный центр с отделением II этапа выхаживания).

В том, что альтернативы ранней выписке просто не существует, мы уже убедились. Ни один приказ по «ужесточению» санэпидрежима в 70–80-е годы прошлого века не смог ликвидировать «групповые вспышки» инфекционно-воспалительных заболеваний. Главные врачи родильных домов, где такие эпизоды иногда становились причиной гибели десятков детей, были осуждены на длительные тюремные сроки. **Предупредить эпидемические вспышки** можно только при ранней выписке из роддома*. Не следует опасаться «осложнений в домашних условиях»: у детей и матерей, выписанных на 2-е и 4-е сутки, нет достоверной разницы в количестве осложнений. Разумеется, никто не станет отправлять новорождённого с матерью пешком по тундре Ямала, однако **любые задержки должны** происходить не в роддоме, а на II этапе выхаживания. В идеале ни мать, ни ребёнок не должны оставаться в родильном отделении более 5–6 сут при любых осложнениях. Именно для этого предусмотрен **II этап выхаживания** на базе перинатальных центров. Вызывает восхищение работа перинатальных центров в Иркутске и Белгороде, где сконцентрированы сложные акушерские и перинатальные случаи со всего региона, но профилактика неонатальной инфекции организована идеально.

Обидно, что немудрёность и естественность современных перинатальных технологий **не вызывают понимания** прежде всего у организаторов здравоохранения. Несколько лет назад праздновали юбилей одной областной больницы. В телевизионном интервью главврач рассказывал о совместном пребывании и эксклюзивном грудном вскармливании, якобы практикуемых в этой больнице. Видеоряд — «тачанка» с шестью детьми на ней (рис. 10-8). Вот и всё «совместное пребывание»! Один из руководителей Минздрава прокомментировал: главврач либо не очень умный, либо «вредитель». Если про-

* Приказ №572н чётко устанавливает приоритет ранней выписки: «Выписка не должна определяться лишь критерием массы тела ребёнка. С эпидемиологических позиций оправдан курс на раннюю выписку (2–4-е сутки после родов), в том числе до отпадения пуповины. Ранняя выписка из родильного дома способствует снижению заболеваемости ВБИ».



Рис. 10-8. Легендарная «тачанка» для транспортировки новорождённых для грудного вскармливания в 1956 и 2008 годах: есть ли различия?

сто не понимает смысла реформы, то его надо выгнать. Если знает, о чём речь, и не делает, то это в ФСБ: вдруг он специально ухудшает здоровье нации?

Или ещё случай в райцентре. Ночь, только что прооперировали тяжёлую больную, пьём чай. Завожу беседу с главврачом.

- Как совместное пребывание?
- Внедрили, но, правду сказать, на ночь детей от мамочек забираем...
- ???
- Жалко мамочек, пусть отдохнут!

И это — понимание главврача. Чего же требовать от детских медсестёр, которые по 20–30 лет возили детей на кормление, допаивали, докармливали, а теперь что? Жизнь прожита напрасно? Отсюда и активное противодействие.

МОЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В 1985–1994 годах я работал директором Туркменского НИИ охраны здоровья матери и ребёнка, заведовал кафедрой акушерства и гинекологии Ашхабадского медицинского института. При этом в НИИ не было родиль-

ного отделения, а база кафедры — родильное отделение республиканской больницы им. Н.И. Пирогова (хорошая, вполне современная больница, квалифицированные кадры) — к моему приезду уже около года была закрыта на ремонт после очередной эпидемической вспышки. В ходе этого ремонта, например, соорудили... наружную лестницу для входа студентов в актовзый зал больницы. Инициаторы думали, что именно студенты «приносят инфекцию» в роддом!

С помощью руководства страны, в том числе и председателя Совета Министров (будущего Туркменбаши С.А. Ниязова), удалось сделать ремонт по-своему. Содрали семь слоёв линолеума в родильных залах, после этого 3 сут работать было нельзя — мошкар! Сделали моющиеся мраморные полы и стены, до 1989 года **организовали раннюю выписку**, с 1990-х годов стало возможно совместное пребывание — и до настоящего времени не было ни одной вспышки! Инфекционно-воспалительная заболеваемость новорождённых, составлявшая в 1987–1989 годах 5,1%, к 1993 году **снизилась до 0,4%**.

Ещё интереснее происходило внедрение современных перинатальных технологий в центральных районных больницах Туркмении: в 1975–1990-х годах **главных врачей увольняли** именно из-за «групповых вспышек» в родильных отделениях. Тут, в условиях многоплодности, женщины даже жаловались, что раньше хотя бы 5 дней отдыхали в роддоме, а теперь с ребёнком надо домой на 3-и сутки! Однако в целом **материнский инстинкт** побеждал. Но «дьявол в деталях» — оказалось, что родильные отделения центральных районных больниц перестали выполнять план (!) по койко-дням, и некоторые главные врачи стали задерживать выписку. Тогда министр здравоохранения, весьма образованная и прогрессивная А.Т. Атаева*, собрав главврачей центральных районных больниц (44) и областных родильных домов (5), сказала по-туркменски**: «Главврач, пытающийся выполнить план койко-дней за счёт родильного отделения, — дурак!» Никто не захотел оказаться дураком в глазах министра. Вопросов не было. Саботаж прекратился, и по сию пору об эпидемических вспышках ни официальной, ни приватной информации не было.

А вот в сельских участковых больницах проблемы неприятия совместного пребывания матери с ребёнком никогда не было. Там, в **отдалённых аулах**, без водоснабжения вообще, с туалетом во дворе, совместное пребывание практиковалось всегда. И инфекционных вспышек никогда не было, равно как и в ликвидированных уже колхозных родильных домах. В этих учреждениях не предусматривали даже **штаты для ухода за новорождёнными**, всё делали акушерка и мать.

* А.Т. Атаева — докт. мед. наук, с 1993 года — посол Туркменистана в ООН.

** Во времена СССР коллегии вели на русском языке.

После переезда в Москву в 1994 году я убедился, что возрождение грудного вскармливания здесь только начинается. **Инертность — невообразимая, столичная!**

Опытная акушер-гинеколог, руководитель родильного отделения, говорит: «Разве вы не понимаете, у нас не узбечки (она их перепутала с туркменками), а русские! Они на 3-и сутки выпишутся, а на следующий день будут стирать». Такого «шовинизма в родовспоможении» я не ждал! Эта прекрасная доктор не помышляла, что и туркменки (и узбечки, и таджички) тоже стирают и кормят детей, причём даже чаще (по причине многодетности).

Всё-таки **внедрили современные перинатальные технологии** на одной из клинических баз. Было трудно: провокации, недопонимание (чаще со стороны детских медсестёр неонатальных отделений). Бывшая главврач доложила, что пятеро новорождённых после совместного пребывания поступили в детские стационары с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Этим она оказала нам большую услугу: **расследование выявило**, что все инфицированные младенцы поступили именно из того стационара, где не практиковали совместное пребывание и эксклюзивное грудное вскармливание. Доверие к перинатальным технологиям только возросло.

Расскажу о прекрасной женщине и матери, работавшей в правительстве Московской области. Она родила третьего (редкость по тем временам) ребёнка, младенца принесли в её отдельную палату и приложили к груди. Она, смеясь, сказала: «Люди! Я родила двоих детей, но молока не было ни капли. У меня хорошие дети, хотя и искусственники». Около часа пришлось уговаривать её попробовать покормить грудью хотя бы 2–3 дня, согласилась неохотно и со скепсисом. Было это в пятницу. В понедельник утром прихожу к ней. Плачет: «Я вполне образованная женщина, знаю о преимуществах грудного вскармливания. Со вчерашнего дня заливаюсь молоком, ребёнок хорошо сосёт. **Почему после предыдущих родов не показали**, как прикладывать к груди, забирали детей от меня и объявляли “немолочной”?»

В 1996 году, уже заведую кафедрой акушерства и гинекологии РУДН, я был приятно удивлён тем, как умно и грамотно были внедрены современные перинатальные технологии в деятельность родильного дома №25 Москвы. Замечательный главный врач этого уважаемого родовспомогательного учреждения, светлой памяти Ирина Николаевна Левантовская — человек с мощным интеллектом и жёстким характером — приняла решение, и уже ничто не могло уберечь от наказания уклоняющихся от его осуществления! Столь же последовательной была заведующая отделением Марина Александровна Оленева, защитившая впоследствии кандидатскую диссертацию по эффективности современных перинатальных технологий и ставшая главным врачом роддома №25.

При анализе материнской и перинатальной заболеваемости в Москве (родовспомогательные учреждения Юго-Западного административного округа) обнаружилось, что, несмотря на возрастание количества родов, количество инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорождённых неуклонно снижается.

Роддом №25 типичен для Москвы. Это отдельно стоящее здание, построенное в 50-е годы XX века. Именно такие учреждения обеспечивают более половины родов в мегаполисе. В 1998–2004 годах проводили сплошное ретроспективное клинико-эпидемиологическое исследование санитарного состояния и инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорождённых.

Современные перинатальные технологии (рис. 10-9):

- немедленное прикладывание ребёнка к груди матери;
- контакт ребёнка с кожей матери;
- совместное пребывание матери и ребёнка;
- исключительно грудное вскармливание в свободном режиме по требованию ребёнка без ночного перерыва;
- ранняя выписка.



Рис. 10-9. Современные перинатальные технологии в роддоме №25.

На начальных этапах внедрения (1998–1999 годы) были сложности в **понимании сути и целей** реформы. В связи с этим организовали социологическое исследование, охватившее более 700 респондентов, связанных с внедрением этих технологий.

Проведённый нами анализ проблем в 2000–2002 годах позволил выделить четыре **уровня блокирования новой идеологии**:

- семья;
- амбулаторное звено родовспоможения;
- родильный дом;
- детская поликлиника.

Как ни странно, меньше всего проблем было с беременными и их родственниками: отрицательно отнеслись к грудному вскармливанию по требованию только 2% респондентов (рис. 10-10). Совершенно противоположные результаты были получены в амбулаторном звене родовспоможения: только 5% беременных были информированы врачом женской консультации о существовании метода эксклюзивного грудного вскармливания. Причиной было даже не личное неприятие врачом этого метода, а элементарная **неосведомлённость** (рис. 10-11).

В родильном стационаре наиболее часто приходилось сталкиваться с необоснованным убеждением в необходимости докармливания, «выпаивания» ребёнка в первые дни, когда у матери «мало молозива и молока». Также медицинский персонал ошибочно уверен в **безобидности использования сосок** и пустышек (рис. 10-12, 10-13).

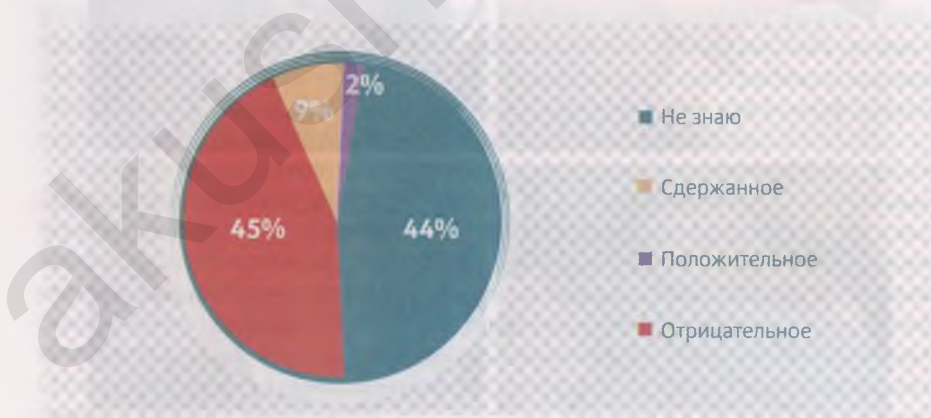


Рис. 10-10. Отношение старших родственников к методу грудного вскармливания по требованию.

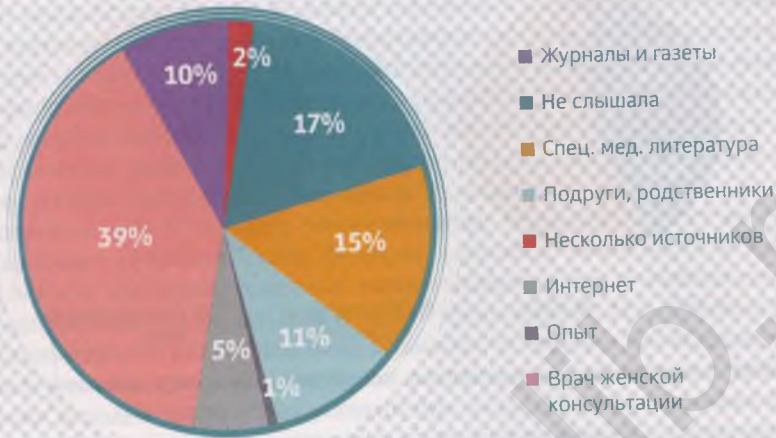


Рис. 10-11. Источники информации о грудном вскармливании по требованию.

Гипогалактию, согласно опросу, отметила у себя каждая третья женщина. С той же частотой отказ от грудного вскармливания в предыдущую беременность мотивировали «отказом ребёнка от груди». Несомненно, всё это — **недоработки персонала** детской поликлиники (рис. 10-14).

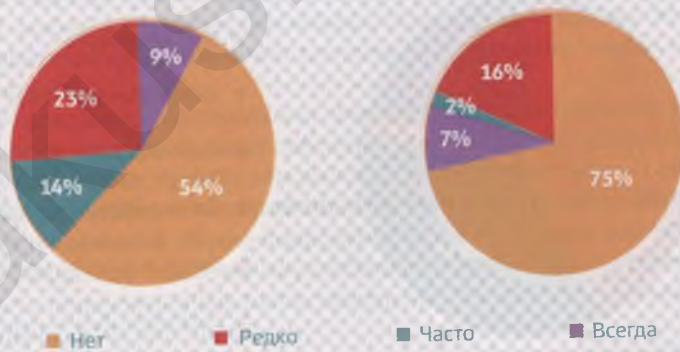


Рис. 10-12. Использование сосок, пустышек (мнение медицинского персонала). Интервал между исследованиями — 2 года.

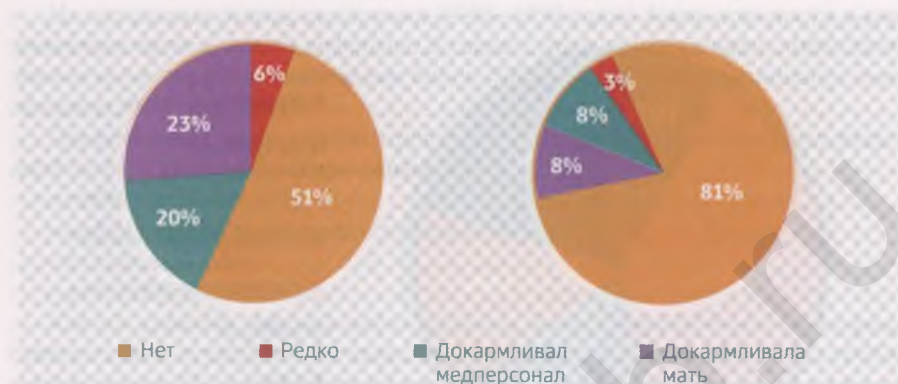


Рис. 10-13. Тактика докармливания ребёнка (интервал между исследованиями — 2 года).

Современные перинатальные технологии предусматривают особый подход к **антисептике**. Дезинфекционный режим, разработанный с учётом конкретной микробиоты, выделяемой с объектов родильного дома и рук персонала, включает использование только эффективных в отношении обнаруженных возбудителей дезинфектантов. С учётом способности микроорганизмов выработать устойчивость к антибактериальным препаратам и дезсредствам (например, синегнойную палочку случалось высевать из

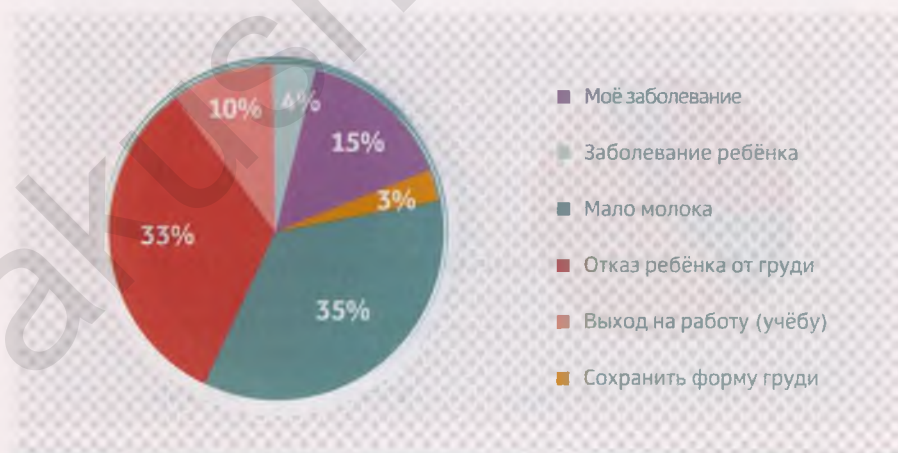


Рис. 10-14. Причины прекращения грудного вскармливания после предыдущих родов.

фурацилина) следует разработать **графики смены дезсредств** в зависимости от эпидобстановки. Необходимо отказаться от бесконечного хлораминна и воспользоваться широким ассортиментом современных средств. Эти препараты используют по специальной системе и **ежеквартально меняют**, благодаря чему значительно снижается микробная обсеменённость воздуха, инструментов, предметов ухода. В результате из очагов воспаления у новорождённых всё реже стали высевать патогенные микроорганизмы; их место заняла условно-патогенная микробиота родильниц.

Известно, что от течения **послеродового периода** зависят не только последующая репродуктивная функция женщины, успешность и продолжительность лактации, здоровье новорождённого, но и гнойно-септическая заболеваемость родильниц и детей. Наша коллега М.А. Оленева (2006) на протяжении 10 лет исследовала особенности течения послеродового периода у женщин при совместном или раздельном пребывании с ребёнком. На фоне исходно паритетных условий при раздельном пребывании преобладает **неблагоприятное течение** послеродового периода: гистероскопию и опорожнение матки приходилось делать в 2,5 раза чаще, эндомиометрит диагностировали в 4,5 раза чаще, послеродовую язву — в 2,2 раза, а трещины сосков — в 6 раз по сравнению с совместным пребыванием.

При условии раннего прикладывания к груди и совместного пребывания ни у одной женщины **не было лактостаза!** До этого нарушение лактационной функции имело место у 6% женщин.

Внедрение современных перинатальных технологий снижает инфекционно-воспалительные заболевания и у новорождённых. При совместном пребывании достоверно реже возникали конъюнктивит (2% по сравнению с 0,6%) и омфалит (0,7% по сравнению с 0%). Вследствие относительно небольшой выборки (315 новорождённых) более редкие формы инфекционно-воспалительных заболеваний новорождённых в поле зрения исследователя не попали.

После внедрения современных перинатальных технологий показатель инфекционно-воспалительной заболеваемости у новорождённых снизился более чем в 2,6 раза, причём эти различия были статистически значимыми. Динамика **показателя внутрибольничной инфекционно-воспалительной заболеваемости** (более корректная оценка внедрённых технологий): почти семикратное снижение внутрибольничной гнойно-септической заболеваемости новорождённых (после внедрения показатель составил 0,6%, а до внедрения был 4%, рис. 10-15).

Очень важно анализировать динамику результатов **микробиологического обследования** женщин и детей, окружающей среды и предметов ухода. Реорганизация родильного дома (посменная работа родовых залов, еже-

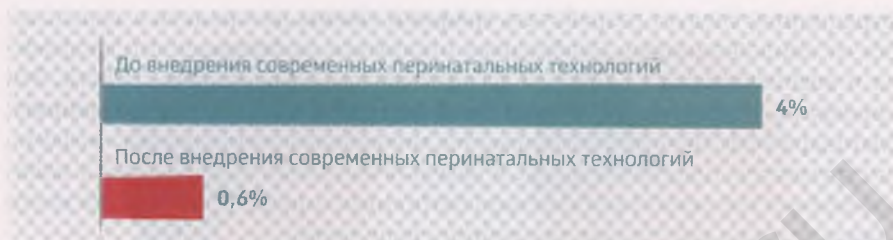


Рис. 10-15. Внутрибольничная заболеваемость новорождённых, %.

квартальное обновление растворов для дезинфекции, маломестные палаты и их заселение в течение 1 сут) была призвана **уменьшить циркуляцию** внутрибольничных штаммов микроорганизмов. Для уточнения эпидемиологической обстановки в родильном доме изучали этиологическую структуру инфекционно-воспалительных заболеваний, исследовали микробную обсеменённость внешней среды и очагов воспаления пациентов.

Известно, что в условиях отдельного пребывания новорождённых и родильниц кожу детей колонизируют преимущественно штаммы, циркулирующие в окружающей среде и на руках персонала. Бактериологическое исследование внешней среды продемонстрировало, что с внедрением современных перинатальных технологий частота выделения **золотистого стафилококка**, кишечной палочки и цитробактерий снизилась более чем в 2 раза (рис. 10-16).

Аналогичные изменения отмечены в посевах из воспалительных очагов у новорождённых. После внедрения перинатальных технологий **общая обсеменённость** акушерского стационара снизилась. В результате реже обнаруживаются патогенные возбудители (синегнойная палочка), их место занимают условно-патогенные микроорганизмы. При анализе спектра микроорганизмов, выделенных из очагов воспаления у родильниц, было отмечено снижение удельного веса золотистого стафилококка (более чем в 2 раза) и кишечной палочки (в 1,5 раза), полное отсутствие клебсиеллы (рис. 10-17).

Таким образом, эпидемиологическая ситуация в родильном доме после внедрения современных перинатальных технологий улучшилась: патогенных возбудителей стало меньше как во внешней среде, так и на коже новорождённых и родильниц. В то же время возрос удельный вес некультивируемых анаэробов (у некоторых больных посевы из очага инфекции были отрицательными). Технологии способствовали **снижению гнойно-септической** заболеваемости родильниц и новорождённых в 2–7 раз (в зависимости от возбудителя).

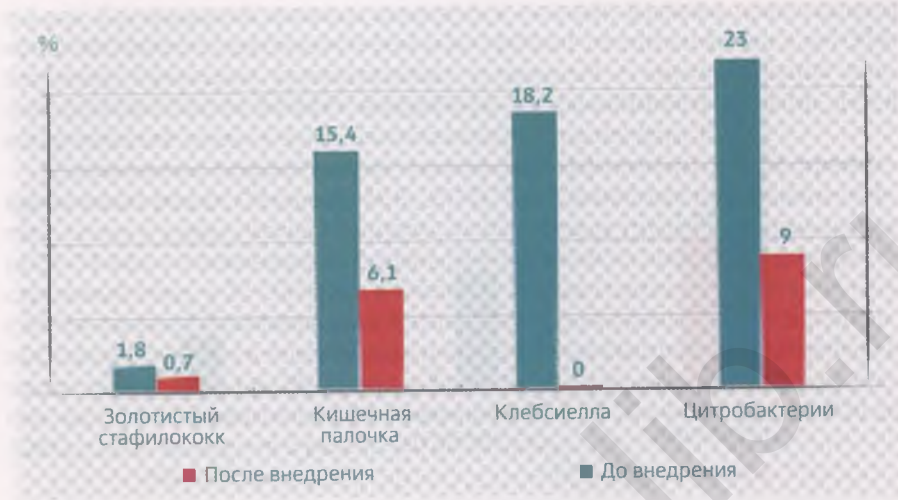


Рис. 10-16. Видовой состав микроорганизмов, выделенных из внешней среды до и после внедрения современных перинатальных технологий, % ($p < 0,05$).

Инфекционно-воспалительная заболеваемость в роддоме за период с 1998 (когда началось внедрение) по 2006 год значительно снизилась: у родильниц — в 19,5, у новорождённых — в 6,5 раза! (рис. 10-18).

Алгоритм профилактики инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорождённых оценивали, сравнивая результаты работы до и после внедрения современных перинатальных технологий, в том числе **дезинфекционного режима**. Блестящие результаты стали поводом для присвоения родильному дому №25 почётного звания «Больница, доброжелательная к ребёнку» в 2005 году и повторно в 2012-м (!), а главный врач (канд. мед. наук М.А. Оленева) стала лауреатом премии РФ «Профессия — жизнь!».

Обобщим: внедрение современных перинатальных технологий в родовспомогательных учреждениях России не требует больших финансовых вливаний, а польза, получаемая при этом (здоровые дети и матери, экономия ресурсов благодаря ранней выписке), огромна. Независимо от инженерно-технических особенностей родильного стационара внедрение указанных методов многократно снижает инфекционно-воспалительную заболеваемость родильниц и новорождённых.

За 14 лет приверженности современным перинатальным технологиям в 4 раза снизилась частота маститов, эндометритов и расхождений швов, вероятность инфекционно-воспалительных заболеваний у новорождённых —

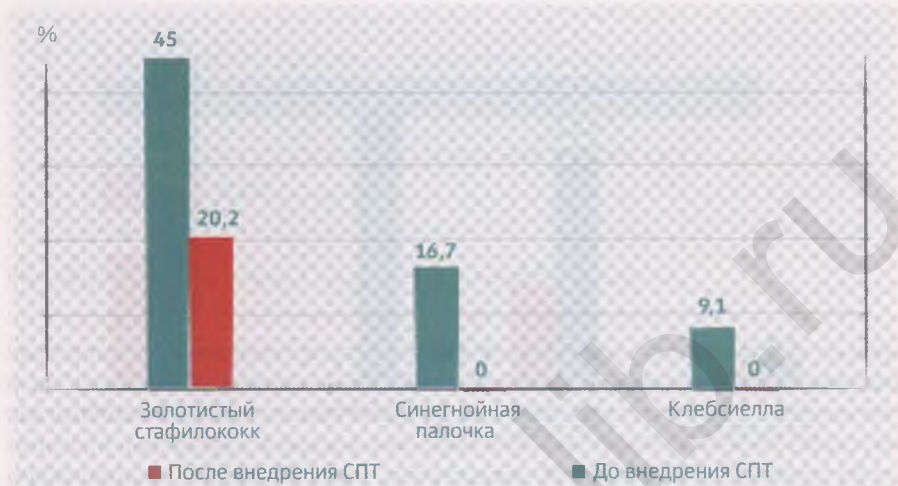


Рис. 10-17. Видовой состав микроорганизмов, выделенных из очагов воспаления до и после внедрения современных перинатальных технологий (СПТ), %.



Рис. 10-18. Динамика инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорождённых, %.

в 5 раз. Случающиеся эпизоды относятся к «малым» формам, представлены конъюнктивитом, дакриоциститом и не требуют госпитализации в детскую больницу. Сочетание перинатальных технологий с ежеквартальной сменной дезинфектантов **меняет микробную обсеменённость** женщин, детей и окружающей среды в более благоприятную сторону (рис. 10-19).

Современные перинатальные технологии эффективны и **при преждевременных родах** (Тамаркин М.Б., 2012). Так, совместное пребывание, контакт «кожа к коже», метод «кенгуру», эксклюзивное грудное вскармливание (в 28–31 нед — сцеженными молозивом и молоком из ложечки, через орогастральный зонд; в 32–36 нед — кормление грудью) снижали частоту мастита с 6% до полного нивелирования. Катамнестическая оценка состояния здоровья новорождённых в течение года показала более быстрые темпы прибавки массы тела (с 3 мес) (в 28–31 нед — на 6,6%; в 32–36 нед — на 5,4%); сниженные частоты неврологических заболеваний: в 28–31 нед — в 1,5 раза (с 720 до 520‰); в 32–36 нед — в 2 раза (с 560 до 307,6‰).

Пути преодоления сопротивления медицинских работников

Рекомендации ВОЗ в 2002 году сводились к тому, чтобы претворять в действие **уход без ненужных вмешательств**. В основе современных перинатальных технологий лежит исключительно грудное вскармливание. Для выполнения указанных условий необходимы следующие меры.



Рис. 10-19. Биотоп родильного дома.

- Гарантированное получение плодом микробиоты матери в родах. Это обеспечивает физиологическое становление микробиологической, пищеварительной и иммунной систем в раннем периоде развития ребёнка. Следует как можно строже ограничить применение дезинфектантов, бритьё и клизмы при поступлении в роддом; в родах и послеродовом периоде не использовать без императивных показаний противомикробные средства.
- Выкладывание на живот матери сразу после рождения, сохранение контакта «кожа к коже» в течение как минимум первого часа после родов и раннее прикладывание к груди матери, как только ребёнок оказывается готов к этому.
- Совместное пребывание матери и ребёнка в послеродовом отделении (не только обеспечивает становление лактации и исключительно грудное вскармливание новорождённого, но и предупреждает нарушения сократительной способности матки, мастит у матери).
- Ранняя выписка новорождённого из родильного стационара (3–4-й день; после отмены БЦЖ — на 2–3-и сутки).

Реализация метода эксклюзивного грудного вскармливания предусматривает:

- кормление ребёнка грудью по первому требованию без ночных интервалов;
- исключение всех видов питья и кормления ребёнка, кроме грудного молока;
- свободный режим вскармливания по требованию, исключающий допаивание водой и докармливание;
- недопустимость применения сосок, рожков и пустышек, ослабляющих оральную моторику новорождённого.

Грудное вскармливание — наилучший способ предоставления нормального, физиологичного и **безопасного питания** для здорового роста и развития детей грудного возраста, неотъемлемый компонент репродуктивного процесса, важный для здоровья матерей (см. Приложение 2 «Десять шагов к успешному грудному вскармливанию»). Согласно данным ВОЗ, для оптимального роста, развития и здоровья детей грудного возраста необходимо исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 мес жизни (из материалов консультативного совещания экспертов ВОЗ, 2001). В соответствии с отечественными подходами, закреплёнными в **методических рекомендациях**, возможными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери могут быть:

- эклампсия;
- массивные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- открытая форма туберкулёза;

- состояние выраженной декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, лёгких, почек, печени;
- острые психические заболевания;
- особо опасные инфекции (тиф, холера и др.);
- герпетические высыпания на соске молочной железы (до их долечивания);
- ВИЧ-инфицирование.

Противопоказания к раннему (в родзале) прикладыванию к груди матери со стороны ребёнка:

- оценка состояния новорождённого по шкале Апгар ниже 7 баллов;
- тяжёлая асфиксия новорождённого;
- родовая травма;
- судороги;
- синдром дыхательных расстройств;
- глубокая недоношенность;
- тяжёлые пороки развития (желудочно-кишечного тракта, челюстно-лицевого аппарата, сердца и др.).

Когда прикладывание к груди невозможно, ребёнок **должен получать сцеженное** материнское молоко при помощи альтернативных средств-имитаторов груди (шприц без иглы, поильник, система дополнительного кормления). Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребёнка на последующих этапах лактации очень ограничены — наследственные энзимопатии (галактоземия и др.). При фенилкетонурии объём грудного молока в сочетании с лечебными продуктами **устанавливают индивидуально**.

В родильном зале нефизиологичны следующие процедуры:

- отсасывание слизи из дыхательных путей без показаний, за исключением обильного загрязнения околоплодных вод меконием или кровью;
- снятие смазки с кожи ребёнка (выполняется только по желанию женщины, поскольку смазка предохраняет кожу ребёнка от инфицирования и повреждений);
- мытьё ребёнка;
- рутинная профилактика гонобленнореи (за исключением новорождённых от матерей с гонореей в анамнезе или от необследованных женщин);
- пережатие пуповины зажимом до прекращения её пульсации (желательно выполнять манипуляцию, когда ребёнок находится на животе матери; пуповину следует обтереть стерильной салфеткой, другой обработки не требуется).

Другие процедуры (обработка кожи ребёнка, взвешивание и др.) можно и нужно выполнять через 2 ч после родов.

Согласно рекомендациям ВОЗ, мать и дитя можно **разлучать лишь в крайних случаях**, а все необходимые осмотры проводить, когда ребёнок находится

в тесном контакте с матерью в послеродовой палате, а не в «смотровой», манипуляционной и т.д., включая вакцинацию **БЦЖ в этой же палате, но материалом**, подготовленным в комнате хранения вакцин. Спасибо новым санитарным правилам и нормам (СанПиНам)!

Противопоказанием к совместному пребыванию со стороны ребёнка можно считать только необходимость его нахождения в палате интенсивной терапии. Со стороны матери противопоказанием может стать тяжёлое состояние, мешающее ухаживать за ребёнком (эклампсия, шок, тяжёлое течение послеоперационного периода). Если ребёнок не может самостоятельно взять грудь, крайне важно **обеспечить вскармливание нативным** молоком матери, особенно недоношенных и незрелых детей, находящихся в отделении интенсивной терапии. Новорождённому закапывают молозиво, сцеженное матерью в ложечку*, на слизистые оболочки полости рта и носа. Маловесных детей кормят нативным молоком матери ежедневно любым возможным способом (через зонд капельно или медленно струйно, из рожка).

Для маловесных и недоношенных детей особенно полезно **выхаживание по методу «кенгуру»** — фиксацией на груди у матери или отца на 18–20 ч. Этот метод позволяет снизить риск перекрёстных инфекций, внутрибольничного инфицирования и гипотермии, способствует улучшению психомоторного развития в ответ на нейросенсорные стимулы от родителя.



Совершенно противоестественен так называемый «обход новорождённых», если в одну комнату («кабинет», «смотровую») свозят всех детей, находящихся на совместном пребывании. Трудно придумать объяснение этому «обходу», кроме удобства для врача и персонала! Именно эти помещения становятся основными рассадниками инфекции!

Вполне можно обойтись при уходе за новорождённым в отделении без ежедневной рутинной обработки глаз (нет оснований) и пупочного остатка при сохранной скобке или лигатуре (неэффективно для профилактики воспалений). Подмывать новорождённого следует проточной водопроводной водой.

При эксклюзивном грудном вскармливании нет необходимости в сцеживании грудного молока.

Главными задачами медицинского персонала должны стать информирование женщин о современных перинатальных технологиях и грудном

* В нашей практике для этой цели мы применяли одноразовый шприц.

вскармливания, формирование навыков кормления грудью и правильного перинатального ухода. Работа персонала сводится к следующему:

- в большинстве случаев — наблюдение, общение, психологическая и эмоциональная поддержка;
- совместная с врачом подготовка женщины к грудному вскармливанию (объяснение преимуществ, информирование о технике кормления и процессах, происходящих после родов, механизмах лактации, обсуждение возникших вопросов);
- оказание помощи при первых прикладываниях новорождённого к груди, особенно сразу после рождения;
- оказание практической помощи при затруднениях у матери (поза матери, захват соска), поощрение кормления по требованию, убеждение матери в том, что у неё достаточно молока для успешного вскармливания;
- обучение пеленанию ребёнка.

ПОЗДНЯЯ ВЫПИСКА ИЗ-ЗА ВАКЦИНАЦИИ

Не только консервативность персонала родильных домов и детских поликлиник препятствует внедрению современных перинатальных технологий. Самые активные начинания могут оказаться **скованы рамками уже действующих программ**. Прежде всего к таким приходится отнести вакцинацию.

Строго говоря, вакцинация не входит в перечень акушерской помощи, именно поэтому она не должна препятствовать ранней выписке новорождённых. Это относится как к БЦЖ, так и к вакцинации против гепатитов. А ведь именно **ранняя выписка** позволяет бороться с распространением внутрибольничной инфекции в родильных домах.

Согласно рекомендациям ВОЗ, иммунизацию вакциной БЦЖ считают одной из наиболее важных мер профилактики туберкулёза. **В настоящее время вакцинация БЦЖ обязательна в 64 странах и официально рекомендована в 118 странах.**

Усилия эпидемиологов и медиков направлены на максимальный охват прививками детей в раннем возрасте. Потребность **в массовой вакцинации** новорождённых объясняют высокой заболеваемостью туберкулёзом: за последние 10 лет показатели выросли более чем в 2 раза и продолжают расти (в том числе среди детей). Дети составляют 7–8% всех зарегистрированных больных.

Национальный календарь профилактических прививок различается в разных странах; особенности обусловлены эпидемиологической необходимостью. Основные отличия российского календаря от стратегии развитых стран — вакцинация против туберкулёза новорождённых и отсутствие вакцинации детей против гемофильной инфекции. В США прививки осуществляют **по совершенно другой системе**: новорождённым вакцинацию БЦЖ не проводят, за исключением детей из групп риска.

К сожалению, в РФ, несмотря на вакцинацию новорождённых, санитарно-эпидемиологическая ситуация не налаживается: **туберкулёз есть!** Согласно утверждениям отечественных и зарубежных авторов, противотуберкулёзная **вакцинация не препятствует** инфицированию туберкулёзом, но предупреждает развитие туберкулёзного менингита и диссеминированного туберкулёза у 60–90% младенцев. Однако здесь речь пойдёт не о низкой эффективности БЦЖ в борьбе с туберкулёзом, а о потенциальной опасности для новорождённых, особенно для детей с ослабленным иммунитетом.

Вот мнение основоположника вакцинологии Э. Дженнера: «Врач должен знать об этой операции всё, и я настаиваю на этом... нельзя вакцинировать ослабленных детей со слабо развитым подкожно-жировым слоем... не принято также прививать детей в первые недели жизни...»

Отдельный разговор — применение тех вакцин, качество которых зависит **от правильности хранения и транспортировки**. Здесь возникает вопрос о доверии инстанциям, контролирующим возможность использования и регламентирующим безопасность препарата. До 2004 года методики оценки качества вакцин не соответствовали даже требованиям РФ к лекарственным средствам, не говоря уже о международных стандартах. В такой ситуации утверждать, что массовая ранняя вакцинация полностью безопасна, по меньшей мере рискованно.

С учётом противопоказаний тоже есть проблемы. Достаточно долго (до конца 1990-х годов), несмотря на утверждённый список противопоказаний к вакцинации, при массовых медицинских вмешательствах его просто игнорировали. Так как реакция на введение «живой» вакцины представляет собой своеобразную «малую болезнь», **нельзя исключить**, что сопутствующие заболевания способствуют возникновению осложнений, чрезмерно нагружая иммунную систему в этот период.

Весьма сложная проблема современной вакцинопрофилактики туберкулёза — риск возникновения поствакцинальных реакций и осложнений. Ведь в БЦЖ живые аттенуированные бактерии содержатся в достаточно большом количестве: 0,1–0,15 мг. Частота развития побочных реакций и осложнений, по российским данным, составляет 0,02% после вакцинации и 0,001% — после ревакцинации.

Наиболее часто **поствакцинальные осложнения** формируются у детей с медицинскими противопоказаниями (недоношенность, перинатальная энцефалопатия, инфекционно-воспалительное заболевание), а также при неспецифических заболеваниях, перенесённых до прививки или в момент развития местной прививочной реакции (острые инфекционные заболевания, анемия, рахит, экссудативно-катаральный диатез и другие аллергии, поражения ЦНС и т.д.). К сожалению, слишком часто (в 87,6%) таких детей (из группы риска поствакцинальных осложнений) даже вне роддома прививают вакциной БЦЖ, а не щадящей БЦЖ-М.

Пути преодоления необоснованной поздней выписки

Это спорные, но весьма важные для будущих новорождённых вопросы. Вакцинация **не должна препятствовать ранней выписке** из роддома (на 3-и сутки). Эта тема уже обсуждается, необходимы исследования и обмен опытом с зарубежными коллегами, в том числе с руководителями здравоохранения. Мы надеемся, что **цивилизованный подход** к вакцинации против туберкулёза (после 1 мес) возоблаждает и больше ничто не будет препятствовать выписке детей на 2–3-и сутки.

Научные исследования проведены НИИ охраны матери и младенца в Екатеринбурге и Свердловской области (2012–2016 годы). Установлено, что **отсроченная вакцинация** (1–3 мес) не увеличивает число заболевших туберкулёзом. К сожалению, это не находит понимания в Минздраве РФ. Думаю, что это административная боязнь радикальных перемен, «как бы чего не вышло...». Иначе почему нет дискуссии по этой важной не только медицинской, но и экономической проблеме: выписывая детей на 1–3-и сутки, можно вообще прекратить строительство перинатальных центров и родильных отделений. Достаточно **реконструировать** существующие. Есть и другой выход: в Японии вакцинируют против туберкулёза в 1-е сутки жизни — создана специальная вакцина! Закупить или создать собственную — вполне посильная задача, экономически выгодная в масштабах страны!

Вакцинация БЦЖ **показана в группах риска** (регионы с очень высокой заболеваемостью туберкулёзом, наличие больных в семье); в остальных случаях следует вводить более щадящий препарат БЦЖ-М. Прививать можно здоровых новорождённых с массой тела 2500 г и более.

Однако уже сегодня ничто не мешает передать вакцинацию БЦЖ **в ведение педиатрической службы**. Раз такая схема предложена для живой вакцины против полиомиелита, то почему нельзя сосредоточить **всё прививочное дело** в одних руках? Тем более что **иммунологи** непременно должны быть в штате педиатрических учреждений и **не предусмотрены в роддомах!**

Сторонники ранней вакцинации утверждают, что заражение гепатитом В в период новорожденности приводит к хроническому течению процесса у 80–90%, повышает риск цирроза и рака печени младенцев. Однако даже эти аргументы не оправдывают массовой вакцинации от гепатита В. Известно, что с помощью прививки можно в 20 раз снизить риск заражения новорожденного от матери, носительницы HBsAg, однако как объяснить стремление вакцинировать даже тех детей, которые не имеют доказанных контактов с носителем инфекции?

Прививки против вирусного гепатита В в первые 12 ч после рождения необходимы новорожденным, чьи матери — носители HBsAg или больны острым или хроническим гепатитом В. Безопасность и эффективность этой иммунобиологической манипуляции **зависят от качества вакцины** и состояния здоровья ребёнка.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

С 2006 года в России выполняют обязательный скрининг на наличие фенилкетонурии, врождённых гипотиреоза и глухоты, галактоземии, муковисцидоза и аденогенитального синдрома.

Скрининг новорождённых представляет собой обследование всех родившихся детей с помощью специальных лабораторных тестов для выявления **некоторых тяжёлых наследственных болезней** в первые дни жизни. Раннее обнаружение заболевания и **лечение на доклинической стадии** позволяют предотвратить развитие заболевания или избежать серьёзных осложнений.

Манипуляцию проводят доношенным новорожденным на 4-е сутки, недоношенным — на 7-е сутки. После прокола пятки **диагностический бланк пропитывают** каплей крови, затем бланк в течение 3 сут направляют в медико-генетическую лабораторию для определения активности гормонов и ферментов у ребёнка.

К настоящему времени наследственных болезней, поддающихся скрининговым диагностическим мероприятиям, не так уж много. Программы скрининга новорождённых на наследственные заболевания **должны отвечать требованиям**, принятым ВОЗ, и быть экономически выгодны для здравоохранения страны.

Практически во всём мире обязателен скрининг на фенилкетонурию и врождённый гипотиреоз, в некоторых странах обследуют на четыре–шесть заболеваний. Программа, включающая тестирование **по всем возможным заболеваниям** (более десяти), была принята только в Японии.

В России с середины 1980-х годов осуществляется скрининг на фенилкетонурию, с середины 1990-х — на врождённый гипотиреоз, а с 2006 года список скринируемых заболеваний дополнен галактоземией, адреногенитальным синдромом и муковисцидозом. Скрининг организован **по рекомендациям**, утверждённым Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №185 от 22.03.2006 года «О массовом обследовании новорождённых детей на наследственные заболевания».

Историческая справка

Скрининг новорождённых на генетические заболевания существует с 1962 года, когда Роберт Мак-Криди, директор диагностической лаборатории отдела здравоохранения штата Массачусетс (США), совместно с Робертом Гатри организовал сбор бланков из фильтровальной бумаги с сухими пятнами крови от каждого новорождённого в штате. Так проводили **тестирование детей на фенилкетонурию**. В конце 1960-х годов такое тестирование новорождённых на фенилкетонурию распространили почти на все штаты США и некоторые страны Европы. Одновременно было начато тестирование и на другие наследственные болезни.

Нарушения слуха — наиболее распространённое врождённое патологическое состояние. По статистическим данным, в России шесть из 1000 новорождённых имеют дефекты слуха, но их раннюю диагностику осуществляют лишь у одного-двух детей. Считается, что на каждые 1000 физиологических родов приходится рождение одного глухого ребёнка. У 20–40 детей из 1000 новорождённых, нуждающихся в интенсивной терапии, выявляют глухоту или выраженные нарушения слуха.

Программы тотального **аудиологического скрининга** новорождённых действуют в США, Канаде, Великобритании, Бельгии, Голландии и других странах.

Принятые сегодня стандарты эффективного скрининга, рекомендованные Американской академией педиатрии, следующие.

- Аудиологическим скринингом должны быть охвачены все новорождённые.
- Методика скрининга должна способствовать выявлению всех детей с существенным двусторонним снижением слуха (более 35 дБ потери слуха на лучше слышащем ухе).
- Ложноположительные результаты (дети с нормальным слухом, не прошедшие скрининг) не должны превышать 3%.

- Ложноотрицательные результаты (дети с нарушением слуха, прошедшие скрининг) должны составлять 0%.

К настоящему времени тотальный аудиологический скрининг доказал свою надёжность и достоверность результатов. Это **самый ранний этап** диагностики врождённых нарушений слуха, позволяющий немедленно принять меры для их коррекции.

Несомненно, что подобного рода тактика экономически более целесообразна, чем необходимость пожизненного обеспечения инвалидов. Однако, к сожалению, несмотря на 5–10-кратную экономическую выгоду, массовое обследование новорождённых **возможно только в странах** с развитым здравоохранением.

Во многих государствах муковисцидоз включён в список наследственных болезней, подлежащих неонатальному скринингу, это оправдано как с медицинской, так и с экономической точки зрения.

Во-первых, скрининг сокращает время постановки диагноза, в сочетании с медико-генетическим консультированием позволяет ограничить рождение **больных муковисцидозом** в семьях, где уже есть больной ребёнок. Во-вторых, продолжительность жизни пациентов, выявленных с помощью скрининга, выше, чем в других группах.

Массовый скрининг новорождённых на фенилкетонурию и врождённый гипотиреоз большинство учёных считают **одним из мощнейших** инструментов профилактической медицины, однако мы с сожалением отмечаем явную агрессию, сопряжённую со сроками забора материала. Такая тактика (скрининг в родильном стационаре на 4-е сутки доношенных, на 7-е сутки — недоношенных) **перечёркивает возможность настоящей ранней выписки**, что в корне неверно.

Пути преодоления задержки ранней выписки

Скрининг новорождённых нужно проводить обязательно, но точно не в родильном доме. Это **мнимое «удобство»** с позиций малокомпетентных организаторов территориального здравоохранения, превращающее роддом в подобие казармы. В то же время приказ Минздрава России не препятствует тому, чтобы скрининги проводили в детских поликлиниках или других медицинских учреждениях **по месту жительства новорождённого**. Акушерам-гинекологам следует заботиться о ранней выписке матерей и новорождённых, а педиатрическая служба может и должна заниматься скринингом амбулаторно. Эта безусловно важная процедура не должна препятствовать ранней выписке.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ АГРЕССИЯ СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Никак нельзя обойти вниманием крайне важную составляющую акушерской агрессии — организационную. Представление о её слагаемых не только составляется из дефектов медицинской помощи и врачебных ошибок, но и включает «структурно-функциональную состоятельность» родовспомогательных учреждений.

Стоит взглянуть на то, **как устроена** большая часть родильных домов в стране, и станет ясно, что анализировать причины материнских и перинатальных потерь **нужно начинать** именно с «этого ракурса». Зачастую роддома функционируют в отрыве от многопрофильных больниц. Недостаёт им и полноценных ресурсов — начиная с лабораторно-диагностической базы и заканчивая высококвалифицированным персоналом, владеющим методиками необходимых оперативных вмешательств. Всё это приводит к трагическим последствиям: **предотвратимые случаи** материнских смертей оборачиваются прогнозируемыми репродуктивными потерями.

Москва — яркий пример того, что было и происходит сейчас. В 1950-е годы строили отдельно стоящие роддома, ибо боялись инфекций, вспышек, полагая, что возбудителей «занесут» из хирургического или проктологического отделения. В результате и в стране в целом, и в Москве в частности функционируют родильные дома, как правило, II уровня, в которых рожают почти половину всех младенцев. Всё бы хорошо, но это роддома для женщин **с низким перинатальным риском**. В них ограничена лабораторная база, функциональная диагностика, а главное — нет профильных специалистов для помощи больным беременным! Даже не говоря о переливании крови, мощных реанимационных отделениях.

Ведь уже 7 лет подряд в стране **экстрагенитальные заболевания** уверенно лидируют в структуре причин материнской смертности, а лечат их в тех же роддомах, где **нет и не будет лицензии** даже на терапию цистита, не говоря о пиелонефрите, сердечно-сосудистых заболеваниях. В Москве сделан первый шаг — **родильные дома объединены** с крупными многопрофильными больницами. Вначале (2014 год) было полное **неприятие**: территориальная разобщённость (это правда!), подписание и заверение документов в основном офисе, а это несколько километров в автомобильных пробках (это тоже правда!).

Но зато! Мощная диагностическая база, лучшие специалисты любого профиля в любое время суток — не консультанты, а лечащие врачи; наконец, реанимационные отделения с гораздо большими возможностями, чем

в одиноко стоящем родильном доме (об этом ещё будет отдельно: новые реалии — новые проблемы). Не идеал, но с точки зрения пользы для пациентов — тренд верный!

Нет в мире отдельных роддомов, кроме таковых для женщин с низким акушерским и перинатальным риском. Инфекции — не в хирургии, а всюду одновременно. Будущее — только за перинатальным центром и родильным отделением в составе крупных многопрофильных больниц. Построенные вне связи с такими ЛПУ **отдельные перинатальные центры** — это мраморные дворцы в тупике: Приказ №572н чётко говорит, что больные беременные должны рожать в профильном стационаре, в идеале — это многопрофильная больница с любой формой родовспомогательного учреждения. Именно поэтому других выходов, кроме как **продолжить объединение** перинатальных центров, областных родильных домов с республиканскими и областными больницами, нет.



Изолированно функционирующие роддома, как и родильные отделения многопрофильных больниц, не взаимодействующие с женскими консультациями, не могут похвастаться снижением показателей перинатальных потерь. Лечебные учреждения, не имеющие в своём составе отделения для II этапа выхаживания новорождённых, перинатальными центрами считаться не могут.

Территориальная разобщённость функциональных единиц службы родовспоможения (женские консультации, родильные дома, родильные отделения многопрофильных больниц) не позволяет вести всю беременность, включая прегравидарный и поздний послеродовой периоды, в одних стенах. Как в таких условиях выделять женщин из **групп высокого перинатального риска**, если нет нормальной лаборатории, выполняющей иммунологические исследования? Как обеспечить полноценное ведение этих беременных (консультации смежных специалистов, дневной стационар, своевременная госпитализация)? Для изолированного небольшого роддома ситуация, когда недостаёт техники и расходных материалов, вполне типична, но ведь важны не только ресурсы, но и своевременное, грамотное их использование!

Уровень материнской и младенческой смертности стабильно высок ещё и потому, что **качество медицинской помощи на основных этапах родовспоможения неадекватно**, протоколы диагностики и лечения не соблюдают, алгоритмы для экстренных акушерских ситуаций просто игнорируют. А ведь полный объём медицинской помощи должен включать не

только стационарное лечение, но и **дистанционную консультативно-диагностическую поддержку** (с участием выездных анестезиолого-реанимационных, акушерских и неонатальных бригад).

Определённый вклад в материнскую смертность вносит невозможность **круглосуточного** врачебного наблюдения, помощи смежных специалистов в экстренных ситуациях (при преэклампсии, кровотечении, сепсисе), когда **дорога каждая минута**. Выживание пациентки и сохранность плода в таких случаях зависят от слаженности действий команды высокопрофессиональных акушеров и анестезиологов, играет также роль наличие необходимой аппаратуры и средств интенсивной терапии.

Если недоношенные новорождённые появляются на свет в тех роддомах, где нет соответствующего оснащения для выхаживания, то их переводят в специализированные учреждения. В итоге перинатальные технологии реализовать не удаётся. Вероятны и худшие варианты, когда невозможно оказать адекватную и своевременную помощь новорождённому в экстренных ситуациях.

К сожалению, **пробелы в организации** системы родовспоможения не способствуют реализации концепции ВОЗ по безопасному материнству. Невозможно в таких условиях **снизить частоту** материнской и перинатальной смертности на 30%, достичь регулярного посещения женских консультаций 98% беременных и обеспечить 98% родов квалифицированным медицинским персоналом.

Между тем опыт дифференцированного ведения беременных в зависимости от группы риска существует. В Англии, Новой Зеландии и Австралии акушерскую помощь оказывают именно так (Creasy M.K., Creasy R.K.J., 1997).

В некоторых странах уже давно существует **трёхуровневая система акушерской помощи**.

- **I уровень.** Для беременных с низкой степенью риска предусмотрен Центр для родов (The birth centre). В нём работают только акушерки, врачебного персонала, как и специального оборудования, нет. Женщинам оказывают помощь при нормальных родах и проводят элементарные реанимационные мероприятия. Как правило, пациентка проводит в таком стационаре около суток. При осложнённом течении родов её переводят в специализированное учреждение.
- **II уровень.** В Центре для родов при госпитале (The Alongside unit) осуществляют аппаратный мониторинг состояния плода и беременной, оказывают помощь при наиболее распространённых акушерских осложнениях, включая оперативные пособия. Штат стационара включает акушеров и акушера-гинеколога, владеющего оперативными навыками (его приглашают в госпиталь при необходимости). В случае осложнений роженицу переводят в госпиталь.

- **III уровень.** В многопрофильном учреждении (Integral unit) оказывают комплексную специализированную акушерскую и неонатологическую помощь. Сюда направляют беременных с высоким перинатальным риском. Штат укомплектован акушерами-гинекологами, неонатологами, владеющими приёмами интенсивной терапии, анестезиологами-реаниматологами, врачами смежных специальностей.

Сегодня впервые в здравоохранении России трёхуровневая система акушерской помощи буквально за 2 года улучшила ситуацию, поскольку преодолела большой недостаток существующей службы родовспоможения — отсутствие преемственности и взаимодействия между районными поликлиниками, женскими консультациями, специализированными центрами, акушерскими стационарами и детскими поликлиниками. Из-за этого не получалось **сформировать логическую цепочку** событий в репродуктивной жизни женщины.

Путь был непростым. Сначала прогнозировали нагрузку родильных домов и... мягко говоря, удивились. Ко времени анализа Росзданадзора в 2009 году уже было известно, что нигде в мире маломощные родильные стационары (это те, в которых проходит менее 600 родов в год) материнскую смертность не снижают! Оказалось, что после закрытия колхозных родильных домов в 1960–1970-е годы и родильных отделений сельских участковых больниц в 1980-е годы первым уровнем стационарной акушерской помощи стали ЦРБ (84,4%).

Эти достаточно мощные лечебные учреждения в РФ составляют почти 75%. Все они относятся к I уровню оказания помощи. При такой многочисленности в них проводят только... треть всех родов. При этом среднее количество родов в родовспомогательных учреждениях I уровня по России в 2008 году составило 312 (менее одних родов в сутки). Кроме того, к этому уровню относятся маломощные городские больницы (7,4%), районные больницы (3,2%), маломощные городские родильные дома (1,8%), участковые больницы (0,9%), медико-санитарные части (0,7%).

Почти половина родов (48,9%) в 2008 году были проведены (рис. 10-20) в учреждениях II уровня, доля которых в России составляет 20%. Среднее количество родов в учреждениях этого уровня составило 1960 в год (рис. 10-21). Основные учреждения II уровня помощи: мощные или специализированные городские родильные дома (39,5%), многопрофильные городские больницы (36,6%), центральные районные больницы с количеством родов более 500 в год (15,3%).

Остальные 22,1% родов проведены **в учреждениях III уровня** оказания медицинской помощи со средним ежегодным количеством родов более 3000. Основные учреждения этого уровня: перинатальные центры (44,4%), областные и городские больницы (по 17,6%), городские родильные дома (9,3%), научно-исследовательские институты (3,7%).



Рис. 10-20. Распределение количества родовспомогательных учреждений в РФ по количеству родов в 2008 году.

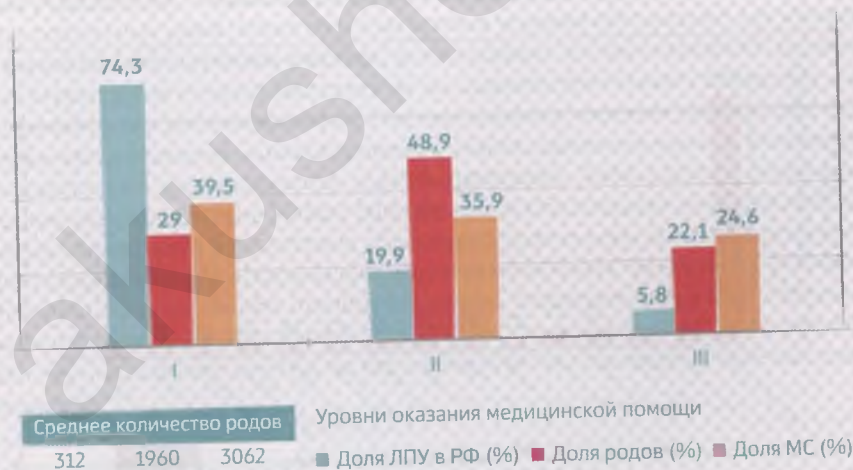


Рис. 10-21. Распределение учреждений родовспоможения в РФ в зависимости от уровня оказания помощи, количества родов и материнской смертности (МС).

Таким образом, более 70% родов в России были проведены в учреждениях II и III уровня, призванных оказывать специализированную акушерскую и перинатальную, порой дорогостоящую помощь. При этом доля такого рода учреждений составляет всего 25%.

«Проблема I уровня» копилась не один год. А всё потому, что финансировали и оборудовали эти учреждения **по остаточному принципу**. Большой вопрос — кадровое обеспечение и профессионализм сотрудников. В 33 родовспомогательных учреждениях I уровня в течение года выполнено менее 10 родов, менее 100 родов было в 304 центральных районных больницах (22%).

На II уровне в 33 учреждениях (8,9%) было менее 500 родов. На III уровне в девяти учреждениях (8,3%) было принято менее 1000 родов. **В каждом шестом (300 учреждений — 16%)** роддоме России в год проводят менее 100 родов, а почти в половине (1041 — 55,8%) — менее одних родов в сутки (до 365). О каком же профессиональном **уровне** можно говорить, если в учреждении принимают менее одних родов в сутки? Существует несомненная **обратная зависимость** уровня материнской смертности от «мощности» родильного стационара (рис. 10-22).

Как результат, больше всего женщин **погибли** в родовспомогательных учреждениях I уровня (почти 40%), и это при том, что в них произошло только 29% родов (поэтому и самый высокий показатель материнской смерт-



Рис. 10-22. Показатель материнской смертности (МС) в зависимости от мощности родильного стационара (количество родов в год).

ности — недостаточно опыта у врачей и среднего персонала). На I уровне основной причиной материнской смертности оказалось **кровотечение** (в каждом третьем случае).

Можно согласиться, что прогнозировать кровотечение в родах и в послеродовом периоде довольно трудно, однако уж если такая ситуация возникла, первичную врачебную помощь необходимо оказывать в полном объёме независимо от уровня лечебного учреждения. Другой вопрос: используются ли в стационаре **современные алгоритмы** остановки акушерского кровотечения?

На втором месте в качестве причины материнской смертности в учреждениях I уровня фигурируют **экстрагенитальные** заболевания (15,3% — 15 женщин). Закономерно возникает вопрос: как эти беременные там оказались и что с ними там делали? Экстрагенитальные заболевания — **прерогатива учреждений II и III уровня**, а в соответствии с Приказом №572н — **профильных стационаров**.

Опасность родов в учреждениях I уровня подтверждают данные статистики. Риск материнской смерти на I уровне превышает таковой на II уровне почти в 2 раза (1:3100 и 1:5800 соответственно), причём этот же показатель в развитых странах составляет 1:10 000–30 000.

Перинатальные центры, созданные для улучшения репродуктивного здоровья, в России, увы, не всегда строились на базе многопрофильных лечебных учреждений*. Однако перинатальные центры не должны заменять обычные родильные дома; в них созданы особые условия специально для женщин **с высоким акушерским риском**, поступающих из закреплённого региона. Эту территорию следует выделять не по административному принципу, а по медицинскому районированию. Именно на этом «оселке» происходит проверка организаторов здравоохранения самого высокого уровня (министры, руководители департаментов здравоохранения). Либо удаётся обеспечить тесное взаимодействие между районными и областными (городскими) учреждениями, либо в отсутствие областного родильного дома городские «самостийники» будут отказываться госпитализировать женщин из регионов. Историю о таком «особо принципиальном» главвраче одного из городских родильных домов в отдалённой территории, где не было областного роддома или перинатального центра, не так давно успешно завершили краевые руководители**.

* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 декабря 2004 года №308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров».

** Когда один из них спросил меня, что делать в отсутствие чётких регламентов с таким главврачом, я однозначно ответил: выгнать! Женщины и дети не должны страдать от организационной несбалансированности в такой большой стране — до идеала далеко, а до головы и сердца любого руководителя должно быть близко. Иначе не надо руководить, а честно (если можешь) работать врачом.

Пути преодоления организационной агрессии

Первые годы стабильной работы построенных к 2012 году перинатальных центров показали их высокую эффективность, особенно при наличии дистанционного наблюдения, централизованного контроля за всеми беременными в регионе. Это достигается анализом в перинатальном центре всех поступивших под наблюдение в регионе — от ФАПа до женских консультаций областного/республиканского центра. И уже **компьютерная программа** определит группу и степень риска, запросит причину не выполненных вовремя исследований. **Это проще сделать** в сравнительно небольших территориях, труднее — в Сибири и на Дальнем Востоке. Но перспектива тотальной информированности предполагает именно такой **централизованный порядок** контроля за женщинами из групп риска.

Перспективы перинатального акушерства — дальнейшее развитие перинатальных центров, отказ от небольших акушерских стационаров, углубление пренатальной диагностики, совершенствование методов родоразрешения. Этот подход позволит избежать «размывания» ресурсов на все родовспомогательные учреждения региона, поскольку создание базы с мощными клиническими и диагностическими возможностями экономически выгоднее и практически результативнее. Главный вопрос, однако, находится не в материально-технической, а в организационной сфере. **Как выделять группы** высокого акушерского риска, формировать контингент для лечения в перинатальном центре?

Перинатальный центр — высокоспециализированное медицинское учреждение для оказания всех видов помощи беременным, отнесённым к группам высокого риска, и их детям. Структурные подразделения перинатального центра: консультативно-диагностическое, акушерское и педиатрическое отделения, анестезиолого-реанимационные блоки в акушерских и неонатальных отделениях.

Преимущества этого типа учреждений — концентрация высококвалифицированных кадров и современной медицинской аппаратуры. Основная концепция сводится к соблюдению трёх **основных правил**.

1. Качество перинатальной помощи обеспечивают по единым критериям и протоколам (стандартам).
2. Учреждения в пределах региона должны иметь эффективные механизмы взаимодействия, позволяющие легко перемещать пациентов.
3. Тесное сотрудничество специалистов различного профиля должно осуществляться в обязательном порядке.

При объединении усилий различных специалистов, вооружённых эффективными лечебно-диагностическими технологиями, в перинатальных цен-

трах создаются условия для оказания специализированной медицинской помощи **даже в самых тяжёлых** случаях.

Крайне важно, что в перинатальном центре наряду со стационарной работой существует возможность **круглосуточного** оказания дистанционной консультативно-диагностической помощи.

Перинатальный центр — наиболее прогрессивная и перспективная форма оказания медицинской помощи новорождённым (рис. 10-23). Заблаговременная госпитализация беременных с высоким риском в такое лечебное учреждение позволяет начать интенсивную терапию *in utero*, а продолжить сразу после рождения. Благодаря этому можно **снизить** смертность новорождённых с очень низкой массой тела в 2 раза и более.

Стоит отметить, что улучшение гестационных исходов для матери и плода требует **объединения усилий** акушера и неонатолога, совместного ведения беременности, а не только консилиума на этапе родоразрешения. Содружественные, адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия позволят скорректировать нарушения в течении беременности, оптимизировать перинатальные исходы и свести потери новорождённых до уровня непредотвратимых.



Рис. 10-23. Перинатальный центр.

Для **повышения качества** акушерско-гинекологической и неонатальной помощи на базе акушерского отделения городской многопрофильной больницы целесообразно организовать амбулаторно-поликлиническое подразделение. Здесь будут проходить **дородовое** консультирование беременных и **послеродовая** диспансеризация родильниц вместе с новорождёнными (катамнез).

Преимущества этого организационного «манёвра»:

- обеспечение преемственности на всех этапах — от планирования беременности до катамнестического наблюдения родильниц и детей;
- адекватность консультативной и лечебной помощи пациенткам с экстрагенитальными заболеваниями;
- максимально ранняя диагностика осложнений беременности, пуэрперия, отклонений в постнатальном развитии новорождённых с использованием самых современных методик;
- снижение количества и продолжительности госпитализаций в акушерский стационар.

Территориальный принцип организации амбулаторно-поликлинических подразделений позволяет решить проблему преемственности с минимумом затрат (в том числе экономических и кадровых), ведь во многом задействуются уже существующие ресурсы больницы. Подключение высококвалифицированных врачей различных специальностей позволит **оптимизировать отбор** тяжёлых больных, нуждающихся в совместном ведении специалистами.

Опыт организации амбулаторно-поликлинического подразделения в условиях многопрофильной больницы представлен в докторской диссертации Т.В. Златовратской, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана (Москва, 2008). Это подразделение (база нашей кафедры) располагает амбулаторно-консультативной службой. Есть возможность привлечь любого из специалистов больницы, воспользоваться диагностическим и лабораторным блоком, включая специализированную иммунологическую лабораторию, направить пациентку в кабинет катамнеза или дневной стационар.

В амбулаторно-поликлиническом подразделении под наблюдением находятся следующие группы пациенток:

- планирующие беременность (пациентки с отягощённым акушерским анамнезом, бесплодием, невынашиванием беременности, эндокринными [диабет] и другими экстрагенитальными заболеваниями);
- беременные с высоким перинатальным риском;
- родильницы после выписки из стационара;
- дети первых 2 лет жизни, рождённые в акушерском стационаре ГКБ №29.

Таким образом, удалось **сформировать функциональную единицу**, обладающую координационными возможностями (роль координатора выполняет амбулаторно-поликлиническое подразделение), высокотехнологичными или уникальными методиками, системой ведения пациенток высокой степени перинатального и акушерского риска от стадии планирования беременности до контроля состояния новорождённого (рис. 10-24).

Территориальный принцип организации амбулаторно-поликлинического подразделения позволяет решить **проблему междисциплинарной разобщённости** при ведении беременных и родильниц с экстрагенитальными заболеваниями. Частота таких осложнённых ситуаций, по данным родильного отделения ГКБ №29, за минувшие 10 лет возросла с 47,9 до 66,8% (от общего количества родов). Данные соответствуют сведениям Росстата за 2014 год: из числа закончивших беременность анемией страдали 32% женщин, болезнями мочеполовой системы — 17%, заболеваниями системы кровообращения — 9%. По собственным наблюдениям, почти половина пациенток, обратившихся



Рис. 10-24. Координирующая роль амбулаторно-поликлинического подразделения. Реализация преемственности в условиях многопрофильной больницы.

в амбулаторно-поликлиническое подразделение, нуждались в консультативной и лечебной помощи специалистов больницы (40,2% — в 2003 году, 53,8% — в 2008-м).

Отчасти это сопряжено с временной, а с 2012 года — с постоянной специализацией акушерского стационара для оказания помощи беременным с диабетом. Год от года увеличивающийся контингент требует междисциплинарного подхода. **Эндокринолог**, входящий в штат родильного отделения, осуществляет обследование и лечение этого очень сложного контингента беременных, используя весь диагностический и кадровый потенциал больницы: отделения лаборатории и функциональной диагностики, барокамеру; привлечение терапевтов, окулистов, сосудистых хирургов, реаниматологов. Эта модель не совсем соответствует идеологии существующих порядков оказания акушерско-гинекологической помощи. Согласно этим документам, лучше бы беременные с диабетом лечились в эндокринологическом отделении, но достигнутые результаты — многолетнее отсутствие материнской и минимальные (4–5%) цифры перинатальной смертности — демонстрируют **реальные возможности** многопрофильных стационаров и создаваемых на их базе амбулаторных перинатальных служб.

Для **преимущества** в системе родовспоможения важен катамнез родильниц (около 80% выписавшихся из акушерского стационара), позволяющий уменьшить частоту послеродовых гнойно-септических заболеваний в 2,3 раза. При этой форме наблюдения можно своевременно диагностировать осложнения послеродового периода (гематометра, субинволюция матки) и консультировать по вопросам грудного вскармливания.

Финальный этап медицинской помощи женщине, реализующей репродуктивную функцию, — **катамнез детей**. Здесь принцип преимущества заключается в следующем:

- неонатологу известны особенности течения беременности, родов, раннего неонатального периода;
- анализ отдалённых результатов важен для повышения квалификации врачей стационара.

Приоритетная часть работы кабинета катамнеза — ведение детей, родившихся недоношенными и/или с задержкой роста плода (четверть всех наблюдающихся).

Таким образом, организация амбулаторно-поликлинического подразделения на базе родильного отделения городской многопрофильной клинической больницы переводит лечебное учреждение первичного звена родовспоможения **на качественно новый** уровень. Соблюдение вышеперечисленных позиций не требует значительных экономических затрат, задействует резервы совершенствования акушерско-гинекологической помощи. Подобное

преобразование служб родовспоможения **может переломить** негативные тенденции в показателях не только материнской, но и перинатальной заболеваемости и смертности.

Организационные и лечебно-диагностические усовершенствования позволяют снизить материнскую заболеваемость. Родовой травматизм уменьшается на 10%, количество гистерэктомий при массивных кровотечениях снижается до единичных случаев, послеродовые гнойно-септические заболевания — в 4,8 раза, послеоперационные осложнения — в 9,3 раза.

Задержка моторного развития происходит в 1,5 раза реже, неврологических заболеваний у детей первого года жизни становится в 2,1–4,2 раза меньше.

Именно многообразие организационных форм — резерв улучшения любых видов медицинской помощи в России. А **начинать работу** над преемственностью в системе родовспоможения следует с женской консультации. Ведь именно здесь участковый врач-гинеколог ведёт наблюдение за течением беременности, определяет потребность в том или ином виде специализированной помощи. При наличии показаний участковый акушер-гинеколог направляет беременную в специализированный центр, на консультативный амбулаторный приём в терапевтическое отделение или в отделение патологии беременных акушерского стационара. После обследования и лечения беременная возвращается под наблюдение врача районной женской консультации, кроме тех случаев, когда в населённом пункте есть специализированный центр (кардиоакушерский, иммуноконфликтный), осуществляющий диспансерное наблюдение на протяжении беременности, родов и в послеродовом периоде.

Для налаживания отношений между акушерскими стационарами (в том числе специализированными) и женскими консультациями целесообразно осматривать беременных из группы высокого риска (перинатального, экстрагенитального или акушерского) в 35–36 нед беременности **совместно с заведующим** тем отделением, где запланированы роды. После родов акушерский стационар должен сообщить в женскую консультацию об исходе беременности, перечислив обнаруженные недостатки в амбулаторном наблюдении беременной. Разбор случаев перинатальной гибели должен проводить стационар **совместно** с участковым акушером и специалистом, консультировавшим или наблюдавшим беременную.

Что касается глобального резерва для улучшения результатов работы всех служб системы родовспоможения, то это стратегия перинатального риска (см. главу 5 «Стратегия перинатального риска»). Однако и это универсальное для многих стран средство эффективно не при формальном заполнении «шкалы риска», а **при условии одинаковой трактовки** результатов скрининга разными врачами (амбулаторного и стационарного звеньев родовспоможения).

Литература к главе 10

- Ahnfeldt-Mollerup P., Petersen L.K., Kragstrup J. et al. Postpartum infections: occurrence, healthcare contacts and association with breastfeeding // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2012. — Vol. 91. — №12. — P. 1440–1444. [PMID: 23121089]
- Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. — Geneva: WHO, UNICEF 2009. — 80 p.
- Bartick M., Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis // *Pediatrics.* — 2010. — Vol. 125. — №5. — P. e1048–e1056. [PMID: 20368514]
- Becoming a Lactation Consultant? — URL: <https://www.health-e-learning.com/resources/becoming-an-lc>.
- Binns C., Lee M., Low W.Y. The long-term public health benefits of breastfeeding // *Asia-Pac. J. Public Health.* — 2016. — Vol. 28. — №1. — P. 7–14. [PMID: 26792873]
- Breastfeeding: Foundation for a healthy future. — USA: UNICEF, 1999. — 16 p.
- Breastfeeding report card. — USA: CDC, 2014. — 8 p.
- Chowdhury R., Sinha B., Sankar M.J. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis // *Acta Paediatr.* — 2015. — Vol. 104. — №467. — P. 96–113. [PMID: 26172878]
- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and breastfeeding: Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease // *Lancet.* — 2002. — Vol. 360. — №9328. — P. 187–195. [PMID: 12133652]
- Ganapathy V., Hay J.W., Kim J.H. Costs of necrotizing enterocolitis and cost-effectiveness of exclusively human milk-based products in feeding extremely premature infants // *Breastfeeding Med.* — 2012. — Vol. 7. — №1. — P. 29–37. [PMID: 21718117]
- Garner C.D., Ratcliff S.L., Thornburg L.L. et al. Discontinuity of breastfeeding care: «There's no captain of the ship» // *Breastfeeding Medicine.* — 2015. — Vol. 11. — №1. — P. 32–39.
- Grawey A.E., Marinelli K.A., Holmes A.V. ABM clinical protocol №14: breastfeeding-friendly physician's office: Optimizing care for infants and children, revised 2013 // *Breastfeed. Med.* — 2013. — Vol. 8. — P. 237–242. [PMID: 23573799]
- Hellwig K., Rockhoff M., Herbstritt S. et al. Exclusive breastfeeding and the effect on postpartum multiple sclerosis relapses // *JAMA Neurol.* — 2015. — Vol. 72. — №10. — P. 1132–1138. [PMID: 26322399]
- Kotsopoulos J., Lubinski J., Salmena L. et al. Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers // *Breast Cancer Res.* — 2012. — Vol. 14. — №2. — P. R42. [PMID: 22405187]
- Kramer M.S., Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2012. — Vol. 8. — Art. NCD003517. [PMID: 22895934]
- Lactation management courses. — URL: <http://www.learc.org/download/LEAARC.ApprovedCourses.pdf>.
- McClure C.K., Catov J.M., Ness R.B. et al. Lactation and maternal subclinical cardiovascular disease among premenopausal women // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2012. — Vol. 207. — №1. — P. 46.e1–46.e8. [PMID: 22727348]
- McClure C.K., Catov J., Ness R. et al. Maternal visceral adiposity by consistency of lactation // *Matern. Child. Health. J.* — 2012. — Vol. 16. — №2. — P. 316–321. [PMID: 21404071]
- Patel S., Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes // *J. Hum. Lact.* — 2016. — Vol. 32. — №3. — C. 530–541. [PMID: 26644419]
- Poorolajal J., Mazdeh M., Saatchi M. et al. Multiple sclerosis associated risk factors: A case-control study // *Iran. J. Public Health.* — 2015. — Vol. 44. — №11. — P. 1498–1505. [PMID: 26744707]
- Renfrew M.J. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. — UK: UNICEF, 2012. — 93 p.
- Roura L.C., Arulkumar S.S. Facing the noncommunicable disease (NCD) global epidemic — the battle of prevention starts in utero: The FIGO challenge // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* — 2015. — Vol. 29. — №1. — P. 5–14. [PMID: 25248554]
- Sankar M.J., Sinha B., Chowdhury R. et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis // *Acta Paediatr.* — 2015. — Vol. 104. — №467. — P. 3–13. [PMID: 26249674]
- Schwarz E.B., McClure C.K., Tepper P.G. et al. Lactation and maternal measures of subclinical cardiovascular disease // *Obstet. Gynecol.* — 2010. — Vol. 115. — №1. — P. 41–48. [PMID: 20027032]
- Su D., Pasalich M., Lee A.H. et al. Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: A case-control study in southern China // *Am. J. Clin. Nutr.* — 2013. — Vol. 97. — №2. — P. 354–359. [PMID: 23283498]
- Schwarz E.B., Brown J.S., Creasman J.M. et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: A population-based study // *Am. J. Med.* — 2010. — Vol. 123. — №9. — P. 863.e1–863.e6. [PMID: 20800156]
- The Academy of lactation policy and practice: certified lactation counselor. — URL: <https://www.alpp.org/index.php/certifications/certifications-clc>.
- The South African certified lactation course. — URL: <http://www.salactationconsultants.co.za/index.php>.
- Witt A.M., Smith S., Mason M.J. et al. Integrating routine lactation consultant support into a pediatric practice // *Breastfeed. Med.* — 2012. — Vol. 7. — №1. — P. 38–42. [PMID: 21657890]
- Аганезова Н.В., Матюхина Е.Г. Принимать ли во внимание психологические особенности женщины при назначении КОК? Дискуссии продолжаются // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2016. — №4 (33). — С. 103–108.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1200 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — Краткое изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.
- Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.И. Серова и др. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1080 с.
- Акушерство: Руководство к практическим занятиям / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 728 с.
- Акушерство: Учебник для акушеров / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 904 с.
- Алипов В.И., Радзинский В.Е., Колодина Л.Н. и др. Лактация женщины. — Ашхабад: Ыльм, 1988. — 120 с.

- Ассоциация консультантов по естественному вскармливанию (АКЕВ). — URL: <http://akev.info>.
- Давыдова Ю.В. Профилактика перинатальных инфекций и их последствий у беременных // Репродуктивная эндокринология. — 2013. — Т. 3. — №11. — С. 17–35.
- Златовратская Т.В. Резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в родильном отделении многопрофильной больницы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2008. — 49 с.
- Иванова Л.А., Михайлин Е.С. Беременность и роды у несовершеннолетних: Проблема и перспективы решения // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №4 (33). — С. 84–93.
- Катаева О.А. Правила интимной гигиены // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2014. — №3 (20). — С. 98–101.
- Катаева О.А. «Переключки» перинатальных центров России: Актуальные проблемы и перспективы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №2 (25). — С. 15–23.
- Катаева О.А., Акуленко Е.О. Правильное питание при беременности: От заблуждений к актуальным рекомендациям // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №3 (26). — С. 71–78.
- Князев С.А. Не отнимать последний шанс // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (30). — С. 13–18.
- Костевич В.А., Соколов А.В., Захарова Е.Т. и др. Анализ содержания и насыщенности железом и медью лактоферрина в молоке у женщин с первого дня и до 5 лет лактации // Медицинский академический журнал. — 2014. — Т. 14. — №1. — С. 80–86.
- Костин И.Н., Игасова И.Д. Переключки перинатальных центров России: Итоги 2014 года // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №3 (32). — С. 17–26.
- Кохно Н.И. Нарушенное пищевое поведение: чем рискует беременная и каковы последствия для ребенка? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №3 (26). — С. 97–104.
- Легонькова Т.И., Матвеева Е.В. Влияние различных видов вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни: Результаты 12-месячного наблюдения // Вопросы современной педиатрии. — 2011. — Т. 10. — №1. — С. 22–27.
- Маклецова С.А., Катаева О.А. Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова — флагман российской перинатологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 13–17.
- Михайлов А.В., Заманаева Ю.В. Что важно знать акушеру, чтобы не причинить (действием или бездействием) дополнительной травмы пациентке, переживающей перинатальную утрату // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №6 (29). — С. 105–111.
- Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2010. — 304 с.
- Новиков П.В. Неонатальный скрининг на наследственные болезни обмена веществ и его перспективы в Российской Федерации. — М., 2013. — 55 с.
- Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск: Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. — 288 с.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.
- Корецкая Н.М. Современные взгляды на вакцинацию БЦЖ // Сибирское медицинское обозрение. — 2011. — Т. 67 — №1. — С. 3–8.
- Основные принципы грудного вскармливания: Методические рекомендации для населения, сотрудников роддомов, женских консультаций и детских медицинских учреждений. — Калининград, 2015. — 20 с.
- Радзинский В.Е., Пустогина О.А. Планирование семьи в XXI веке / Под ред. Т.А. Николаевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 256 с.
- Радзинский В.Е. Сложные вопросы инфекционного контроля в акушерстве и гинекологии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2013. — №5 (16). — С. 33–36.
- Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Маклецова С.А. Оптимизация врачебного выбора гормональной контрацепции как путь к сохранению здоровья женщин на популяционном уровне // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2016. — №1 (30). — С. 20–29.
- Репродуктивное здоровье: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011. — 727 с.
- Российский статистический ежегодник. 2015. — М.: Росстат, 2015. — 728 с.
- Рымашевский А.Н., Набока Ю.Л., Свирава Э.Г. Микробиом плода — смена парадигмы: нестерильность как норма // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2015. — №5 (28). — С. 72–78.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.
- Универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни: Методические рекомендации. — М.: Минздрав России, 2012. — 34 с.
- Филиппов О.С., Башмакова Н.В., Мальгина Г.Б. и др. Перинатальный аудит. Современная методология: Методические рекомендации. — М., 2014. — 60 с.
- Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адамян, Н.В. Артыук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.
- Шишкинская Е.В., Беляева И.А., Бомбардинова Е.П. и др. Нарушения слуха у новорожденных с перинатальными поражениями центральной нервной системы: Обмен опытом // Вопросы современной педиатрии. — 2012. — Т. 11. — №3. — С. 90–93.
- Яковлев Я.Я., Фурдеев В.И., Манеров Ф.К. Знания консультантов «АКЕВ» и врачей по грудному вскармливанию // Физиологические основы грудного вскармливания: Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — М., 2010. — С. 25–27.



ПРИЛОЖЕНИЯ

akusher-lib.ru

Приложение 1

Бумм в XXI веке. Предисловие к репринтному изданию руководства Эрнста Бумма*

«А это зачем?» — естественный вопрос каждого специалиста, читающего эти уникальные строки. Ведь последняя отечественная монография Э. Бумма была опубликована 100 лет назад. «Ну и хорошо, — скажет скептик, — может быть, уже не очень нужно!»

Нет, не хорошо. Прежде всего потому, что результаты работы акушеров, носителей самой древней медицинской специальности, неидеальны. «Акушеризация» всех ветвей власти, повышенное внимание государства к вопросам деторождения обнаружили множество проблем, в том числе и сугубо профессиональных. Главная из них — репродуктивные потери. Несмотря на снижение материнской и перинатальной смертности в РФ на протяжении 8 лет, показатели в разы выше аналогичных цифр в цивилизованных странах мира. Причины материнской и перинатальной смертности разнообразны и обусловлены множеством немедицинских факторов, но ведь улучшение произошло в не менявшихся десятилетиями обстоятельствах на фоне реального повышения квалификации врачей. Именно об этом постоянно говорил в своих лекциях и писал в работах профессор Эрнст Бумм, с чьим именем связано начало современного европейского и мирового научного акушерства.

Было это в середине XIX века (мгновение для истории и «преданья старины глубокой» с точки зрения наших современников). Что же тогда произошло? Казалось бы, вполне естественное событие: акушерство стало частью медицины. «До Бумма» не было акушерской науки как системы знаний и умений. Существовало повивальное ремесло, и это «бабичье дело» не было частью медицины — ни практической, ни научной. Самая древняя отрасль медицины существовала, как сказали бы теперь, «в порядке само- и взаимопомощи». Акушерство до XVI века не только на научное положение не претендовало, но даже разделом медицины не считалось. Все классики древней медицины, начиная с Гиппократов, были схоластами, а рекомендации по ведению родов брали исключительно из рассуждений, не основанных на анатомических знаниях. Только в I веке нашей эры утверждение Гиппократов об обязательном рождении плода в головном предлежании было опровергнуто Корнелием Цельсом, появился акушерский поворот на ножку и экстракция за ножки. Казалось бы, начинается объединение науки и искусства — пред-

* Руководство по акушерству / Э. Бумм; пер. с нем. С.И. Розенфельд. — Репринтное изд. 1922 г. — М.: МИА, 2007. — 600 с.: илл.

посылки сегодняшнего дня! Но нет. Вот что пишет сам Э. Бумм: «С этого момента начинает замечаться существенный прогресс. Исходным пунктом этого развития является Александрия, где под защитой Птолемея греческое искусство и наука стали вновь расцветать и куда стали стекаться для занятий в прославившихся медицинских школах врачи со всех стран. Тут впервые решились расчленивать труп человека с целью исследования; тут же, по-видимому, врачам удалось приподнять таинственную завесу, закрывавшую до этого всё то, что связано с родовым процессом». Однако очень скоро наметился регресс: «...спустя сто лет поворот уже забыт и расчленяющие инструменты снова начинают играть свою прежнюю роль».

Оценивая Средние века как «первобытные» для акушерства во всех странах, Бумм отмечает отдаление врачей от постели роженицы, отказ от опыта и подмену его теоретическими рассуждениями; он указывает, что даже Авиценна (980–1036) не достиг уровня эпохи Цельса. Иронично оценивая знаменитые школы Средневековья (Салерно, Неаполь, Париж, Монпелье) XII–XV веков, Бумм пишет, что «результатом их деятельности стало множество неудобочитаемых теоретических рассуждений на всякие возможные и невозможные медицинские темы, ...комментирование и компилирование учений греческих, римских и арабских авторов. Но в области акушерства они создали ещё меньше, чем в других отраслях врачебного искусства».

В XVI–XVII веках в Европе бушевали научные страсти вокруг теоретических аспектов медицины: о круге кровообращения Гарвея (1619), яичниковых фолликулах Граафа, «*Omne vivum ex ovo*». Гарвей, Мальпиги, Шваммердан — всё осмыслено и... отложено. На столетия. Однако повивальное ремесло процветает не без участия хирургов, почувствовавших, по утверждению Бумма, доходность родовспоможения (титulóванным особам, родственникам богатых купцов, а затем и простолюдинам). Акушерство приобретает хирургический уклон. У вас не возникло никаких ассоциаций? Акушерский детектив — шипцы Чемберлена — растянулся на два века. Однако шокирует другое. Никакой науки! Ничего, что обосновывало бы действия врачей, которые ещё в конце XVII века, оказывая помощь при родах и зарабатывая на этом приличные деньги, не считали родовспоможение даже частью медицины (как в ряде стран лечение зубов не относят к врачебной деятельности).

Именно научным обоснованием родовспоможения, обобщением опыта, накопленного человечеством в самой древней отрасли медицины, мы обязаны Э. Бумму, основоположнику классического акушерства.

«А что, ещё есть классическое акушерство?» — заинтересует наш воображаемый скептик. Да. Именно Э. Бумму принадлежит создание научного акушерства как отрасли мировой медицинской науки. Он был первым, кто обобщил отдельные выдающиеся достижения замечательных предшествен-

ников — Смелли, Левре, Редерера из Франции; Оззи Андера, Буша, Негеле, Шрёдера, Бандля из Германии; Порро из Италии; Фергюссона, Гамильтона, Симпсона, Брекстон–Гикса, Дункана из Англии; Буша, Вилли, Шульцце, Славянского из России; Дэвиса, Парвина из США — в общую, научную систему знаний о родовспоможении. Ему же принадлежит заслуга научного осознания и обобщения знаний об эфирном хлороформном наркозе. Он же, правда не всегда успешно, отстаивал приоритет акушера И. Земмельвейса в открытии антисептики. Вот как он оценивал своего почти современника: «...антисептика, предмет гордости медицины XIX столетия, чуть-чуть не получила своего исходного начала из акушерства. За два десятилетия до Листера Игнац Филипп Земмельвейс (1865) лелеял и практически применил ту же мысль, которая позднее победоносно проникла из Англии в медицину всех стран в виде антисептического метода лечения ран. Земмельвейс тщетно боролся за свою идею с той отвагой и выдержкой, которую даёт лишь прочное внутреннее убеждение. Но его современники не признали его. Понадобилась ещё гибель тысяч и тысяч матерей, прежде чем антисептика уже в виде нового открытия Иосифа Листера вторично проникла в акушерство с тем, чтобы уничтожить убийственные эпидемии родильной горячки в родовспомогательных учреждениях и положить конец тем роковым случаям, когда однократное исследование могло повлечь за собой перенос смертельной заразы, что лишало акушеров всякой возможности радоваться плодам своих трудов».

Итак, XIX век — время формирования классического акушерства, ведущий участник этого процесса — Э. Бумм. Сохранилось ли классическое акушерство в XXI веке? Ответ на этот вопрос не так прост, как может показаться. Наши современники, убеждённые в том, что исповедуют доктрины классического акушерства, должны понимать, что даже 2–3% кесаревых сечений в популяции уже отрицают классиков, видевших в этой операции только путь спасения женщины.

Перинатальное акушерство требует от врачей других подходов, цивилизованный мир в борьбе за каждого ребёнка прибегает к операции кесарева сечения с немыслимой частотой — в некоторых странах до 40% (FIGO, 2003). При этом известно, что в 25% случаев оперативное родоразрешение можно было бы заменить на роды через естественные родовые пути без ухудшения исхода для матери и ребёнка. В этой ситуации ссылки на «классическое» акушерство — не более чем словесный стереотип.

Забытые ныне акушерские повороты — достижение XVIII века. А вот резкое снижение частоты наложения акушерских щипцов свидетельствует об уходе от мастерства и замене всех мануальных искусств абдоминальным родоразрешением. Вероятно, мы переживаем очередную виток увлечения хирургическим мастерством. Это оправдано снижением перинатальной смертности,

внедрением новых технологий (современный шовный материал, относительно безопасные модификации кесарева сечения и др.). Однако тем, кто задумывается над философией родовспоможения и будущим нашей специальности, не обойтись без фундаментального акушерства, созданного нашим гениальным Э. Буммом.

Давайте прочтём, что он пишет о позоре современного акушерства — агрессивной и необдуманной манипуляции, так называемом «пособии» по Кристеллеру (ни в чём не виноват классик акушерства; он и близко не предполагал, что врач может перегнуться через роженицу и своим плечевым поясом «выдавливать» плод при высоко стоящей головке).

«Когда головка уже надавливает на промежность и мягкие части не оказывают особого противодействия, иногда удаётся при помощи выжимания по Kristeller'у (обе руки обхватывают ягодицы в дне матки и производят, подобно тому как при выжимании последа, давление книзу) заставить череп прорезаться. При упругом тазовом дне и более высоком стоянии головки выжимание является излишним мучительством, которое может даже стать опасным, благодаря разможению стенок матки и отделению последа. При таких условиях наиболее простым и лучшим средством, заменяющим силу потуг, на которые истощённая роженица уже не способна, являются щипцы». Вот яркий пример классики в современности!

Тому, кто впервые погрузится в чтение прекрасно написанного Э. Буммом и высокопрофессионально переведённого доктором С.И. Розенфельдом в 1917 году «Руководства по акушерству», не раз придётся изумляться тому, что система изложения физиологического (13 лекций) и патологического (14 лекций) акушерства с завершающим разделом «Родовспомогательные операции» и сейчас выглядит вполне современно.

Сопоставляя прочитанное с существующим сегодня, нельзя не восхититься преемственностью классического акушерства и прозорливостью Учителя, написавшего в конце XIX века: «Подобно другим отраслям медицины, и акушерство отнюдь ещё не исчерпало всех возможностей и не достигло ещё полного развития. Вслед за периодами затишья, сведения воедино и пересмотра всего приобретённого появятся новые методы, которые повлекут за собой новое расширение наших знаний и нашего умения. Пусть нашим преемникам суждено будет озираться назад на нас с тем же гордым чувством пройденного, которое испытываем мы, оглядываясь назад на путь, пройденный акушерством в прошлом!»

Трудно сказать лучше.

*Заслуженный деятель науки РФ, докт. мед. наук,
профессор В.Е. Радзинский (2011)*

Приложение 2

Десять шагов к успешному грудному вскармливанию

Каждому учреждению, оказывающему родовспомогательные услуги и осуществляющему уход за новорождёнными детьми, следует*:

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и доводить её до сведения всего медико-санитарного персонала.

2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

5. Обязательно показывать матерям, как правильно кормить ребёнка грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

6. Не давать новорождённым никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорождённого — позволять им находиться в одной палате 24 ч в сутки.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

9. Не давать новорождённым, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих (сосок или пустышек).

10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы.

Приложение 3

Перечень клинических рекомендаций (протоколов лечения) по профилю «акушерство» (2015)

1. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде.

* Источник: Protecting, promoting and supporting breast-feeding. The special role of maternity services. — Geneva: WHO, 1989. — 32 p.

2. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода.
3. Преждевременные роды.
4. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.
5. Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение.
6. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях.
7. Кровесберегающие технологии в акушерской практике.
8. Профилактика венозных тромбозмболических осложнений в акушерстве и гинекологии.
9. Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве.
10. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребёнку.
11. Медицинская эвакуация беременных и родильниц.
12. Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах.
13. Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных состояниях.
14. Медикаментозное прерывание беременности в I триместре.

Приложение 4

Перечень клинических рекомендаций Ассоциации акушерских анестезиологов (2015)

1. Анестезия при операции кесарева сечения.
2. Нейроаксиальные методы обезболивания родов.
3. Анестезия и аналгезия при гипоксии и асфиксии плода.
4. Интенсивная терапия и анестезия при кровопотере в акушерстве.
5. Неотложная помощь при преэклампсии и её осложнениях (эклампсия, HELLP-синдром).
6. Начальная терапия сепсиса и септического шока в акушерстве.
7. Анестезиологическое обеспечение беременных женщин с ожирением.
8. Анестезия и интенсивная терапия беременных, рожениц и родильниц с опухолями головного мозга.
9. Анестезия при неакушерских операциях у беременных.
10. Интенсивная терапия синдрома гиперстимуляции яичников.
11. Периоперационное ведение пациентов с нервно-мышечными заболеваниями.

12. Анестезия и интенсивная терапия у пациенток, получающих антикоагулянты для профилактики и лечения венозных тромбозэмболических осложнений в акушерстве.

13. Анестезия и интенсивная терапия у беременных с мальформацией Арнольда–Киари.

14. Анестезия и интенсивная терапия у беременных с синдромом Ландри–Гийена–Барре–Штроля (острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулопатия).

15. Тромбоз венозных синусов мозга (синус-тромбоз) у беременных, рожениц и родильниц.

16. Анестезиологическое обеспечение у ВИЧ-инфицированных беременных при абдоминальном родоразрешении.

Приложение 5

Книги и учебники проф. В.Е. Радзинского по акушерству

Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, Г.М. Савельевой, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1203 с.*

Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1218 с.

Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 1200 с.

Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — Краткое изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.

Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1080 с.

Акушерство: Учебник для вузов / Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1040 с.

Акушерство: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 773 с.*

Акушерство: Руководство к практическим занятиям / Под ред. В.Е. Радзинского. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 728 с.*

Акушерство: Учебник для акушеров / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 904 с.

* Здесь и далее: рекомендовано Учебно-методическим объединением по фармацевтическому и медицинскому образованию вузов России в качестве учебного пособия.

- Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск: Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. — 288 с.
- Алипов В.И., Радзинский В.Е., Колодина Л.Н. и др. Лактация женщины. — Ашхабад: Ылым, 1988. — 120 с.
- Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.
- Гагаев Ч.Г. Патология пуповины / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 196 с.
- Гинекология: Учебник / Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1000 с.*
- Гинекология: Практикум / Под ред. В.Е. Радзинского. — 1-е изд. — М.: РУДН, 2003. — 577 с.*
- Гинекология. Руководство к практическим занятиям: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 552 с.
- Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: Здоровье, 1983. — 184 с.
- Голота В.Я., Сонник Г.Т., Радзинский В.Е. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода. — Киев: Здоровье, 1985. — 185 с.
- Женская консультация: Руководство / Под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 472 с.
- Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.Н. Аляутдина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 672 с.
- Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логутова Л.С. и др. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ТОО «Техлит»: Медицина, 1997. — 285 с.
- Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Озол А.Л. и др. Кесарево сечение. — Киев: Здоровье, 1993. — 240 с.
- Лебеденко Е.Ю. Near miss. На грани материнских потерь / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 184 с.
- Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 8-е изд. — М.: МИА, 2008. — 436 с.
- Михайленко Е.Т., Захаров К.А., Радзинский В.Е. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. — Киев: Здоровье, 1984. — 288 с.
- Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2010. — 304 с.
- Недержание мочи у женщин: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2008. — 36 с.
- Неразвивающаяся беременность / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 176 с.

Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е., Гагаев Ч.Г. и др. Экстраэмбриональные образования. Диагностика, лечение болезней хориона, плаценты, околоплодной среды и пуповины: Учебно-методический комплекс. — М.: Изд-во РУДН, 2008. — 82 с.

Перинеология / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: РУДН, 2010. — 372 с.

Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М. и др. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов: Учебно-методический комплекс / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2008. — 78 с.

Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке / Под ред. Т.А. Николаевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 256 с.

Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Семятов С.М. и др. Профилактика осложнённого течения беременности ранних сроков: Пособие для врачей. — М.: РУДН, 2005. — 57 с.

Радзинский В.Е., Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: РУДН, 2001. — 276 с.

Радзинский В.Е., Семятов С.М. Психоактивные вещества и репродуктивное здоровье женщины / Руководство по наркологии: Монография; под ред. Н.Н. Иванца. — 2-е изд., испр., доп. и расш. — М.: МИА, 2008. — С. 470–482.

Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 200 с.

Радиоволна и аргоновая плазма в практике акушера-гинеколога / Под ред. В.Е. Радзинского, Е.Ю. Глухова. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 216 с.

Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — 1-е изд. — М.: МИА, 2005. — 436 с.

Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2009. — 480 с.

Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний / Под ред. В.Е. Радзинского, А.О. Духина. — М.: Изд-во РУДН, 2004. — 174 с.

Репродуктивное здоровье: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Изд-во РУДН, 2011. — 727 с.*

Руководство к практическим занятиям по акушерству / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 656 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1056 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 944 с.

Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушеров / Под ред. В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 688 с.

Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 700 с.*

Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Соловьёва А.В. Санация перед родами и гинекологическими операциями: нужна? Не нужна? Вредна? Диагностика и коррекция нарушений влагалищного биоценоза в программах подготовки к родоразрешению и гинекологическим операциям: Клиническая лекция. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2011. — 20 с.

Фитогормоны: Клиническая лекция. Часть 1: Учебно-методическое пособие. — М.: РУДН, 2003. — 64 с.

Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.

Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского, Л.В. Адамян, Н.В. Артымук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 688 с.

Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложнённой беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.П. Милованова. — М.: МИА, 2004. — 393 с.

Эндометриоз: Учебно-методическое пособие для студентов и ординаторов. — 2-е изд., доп. — М.: РУДН, 2002. — 70 с.

Приложение 6

Докторские и кандидатские диссертации, выполненные при консультировании и под руководством проф. В.Е. Радзинского (утверждены ВАК СССР и ВАК РФ)

Докторские диссертации

1989

Розыева Э.Д. Анемия как экстрагенитальное заболевание у женщин Туркменистана.

1991

Пальванова Р.Б. Стратегия и тактика дифференцированного ведения беременности и родов у женщин аридной зоны Туркменской ССР.

1992

Захарова Н.И. Диареи новорождённых детей.

Парцалис Е.М. Профилактика инфекционно-воспалительной заболеваемости детей первого года жизни.

Ходжаева Г.Е. Рационализация питания матери и ребёнка в условиях Туркменистана.

1993

Моммадов А.А. Плацента и её структура в аридной зоне Туркменистана.

Орлова С.В. Прогнозирование, профилактика и лечение нарушений лактационной функции у женщин с целью оптимизации здоровья младенцев.

1994

Ханамова Т.А. Особенности воспалительных процессов гениталий и их лечения в экологических условиях Туркменистана.

1995

Ордыянец И.М. Прогнозирование и профилактика патологии плода и новорождённого при экстрагенитальных заболеваниях у матери в климатогеографической зоне Туркменистана.

Петров А.М. Патогенез нарушений сократительной деятельности матки у многорожавших женщин.

1996

Атаева А.Т. Региональные особенности организации медицинской помощи матерям и детям в Туркменистане.

1997

Озол А.Л. Кесарево сечение у многорожавших женщин.

Орлова В.С. Материнская смертность в регионе с высокой рождаемостью и пути её снижения.

1998

Оразвалиева Д.Р. Особенности репродуктивной функции женщин в туркменском Приаралье.

Союнов М.А. Становление репродуктивной системы у девочек и девушек в экологических условиях Приаралья.

1999

Кондратьева Е.Н. Патогенез, диагностика и профилактика осложнённого течения беременности и родов при патологии околоплодной среды.

2001

Жученко О.Г. Репродуктивное здоровье женщин, страдающих лёгочным и урогенитальным туберкулёзом.

2002

Гридчик А.Л. Материнская смертность в условиях реорганизации здравоохранения Московской области.

2003

Курбанова Ф.А. Прогнозирование, диагностика, профилактика и лечение недонашивания беременности.

Оразмурадов А.А. Особенности плацентарного ложа матки при осложнениях беременности и экстрагенитальных заболеваниях.

2004

Зубкин В.И. Патогенез, диагностика, комплексное лечение и профилактика рецидивов доброкачественных дисплазий молочных желёз.

Подтетев А.Д. Прогноз, профилактика и лечение слабости и дискоординации родовой деятельности.

Хасханова Л.Х. Прогнозирование, ранняя диагностика и лечение НЗМЖ после хирургического лечения гинекологических заболеваний.

Шалаев О.Н. Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки и генитального пролапса с использованием влагалищного оперативного доступа.

2005

Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний.

Севостьянова О.Ю. Механизмы формирования и пути оптимизации аллостаза при гестозе.

Хамошина М.Б. Региональные особенности репродуктивного здоровья девушек-подростков Приморского края.

2006

Рымашевский А.Н. Перинатальная заболеваемость плодов и новорождённых женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями.

Старцева Н.М. Резервы снижения перинатальной заболеваемости и смертности детей с задержкой развития плода при недоношенной беременности.

Тотчиев Г.Ф. Гинекологическое здоровье и качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий.

Цыганкова Л.А. Эндовидеохирургическая ургентная помощь в гинекологии.

2007

Аббасова З.Ф. Профилактика и лечение осложнений беременности и родов у женщин с гестозом, сочетанным с сахарным диабетом.

Григорьева Е.Е. Резервы оптимизации репродуктивного здоровья в современных социально-экономических условиях крупного промышленного города (на примере города Барнаула).

2008

Златовратская Т.В. Резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в родильном отделении многопрофильной больницы.

2009

Семятов С.Д. Репродуктивное здоровье девушек-подростков московского мегаполиса в современных социально-экономических и экологических условиях.

2010

Игитова М.Б. Прогнозирование, диагностика и лечение осложнений гестации у женщин с высоким перинатальным риском.

2011

Дуглас Н.А. Оптимизации репродуктивного здоровья женщин Республики Саха (Якутия).

Галина Т.В. Преэклампсия: резервы улучшения исходов для матери и плода.

2012

Вартанян Э.В. Преодоление повторных неудач ВРТ.

Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации.

Кукарская И.И. Профилактика и резервы снижения материнской смертности в Тюменской области.

Сорокина А.В. Патогенез, прогнозирование и постгеномная диагностика аденомиоза.

Апресян С.В. Гестационные осложнения и пути их профилактики у женщин с экстрагенитальными заболеваниями.

2015

Гагаев Ч.Г. Пуповина человека при нормальной и осложнённой беременности.

Кандидатские диссертации

1989

Кондратьева Е.Н. Ультразвуковая диагностика особенностей перинатального развития плодов у беременных аридной зоны Туркменской ССР.

Ордыянц И.М. Состояние плацентарной системы у многорожавших женщин.

1990

Годжаева А.О. Профилактика и лечение задержки развития плода у беременных с региональной экстрагенитальной патологией.

Дурдыева О.М. Профилактика осложнённого течения беременности и родов у женщин с сосудистыми дистониями в условиях аридной зоны Туркменской ССР.

Заякина Л.Б. Экологическая структура пневмонии новорождённых детей в климатогеографической зоне Туркменской ССР.

Муратова Ш.Д. Плацентарная недостаточность при анемии у беременных в климатогеографической зоне ТССР.

Озол А.Л. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения у многорожавших женщин.

Хасханова Р.А. Акушерская тактика при ведении беременных с вирусным гепатитом «ни А, ни В» в климатогеографической зоне ТССР.

1991

Нурмурадова З.К. Особенности возникновения и развития гипотрофии плода у женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией в климатогеографической зоне Туркменистана.

Ораева Б. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения у женщин с поздним гестозом в условиях Туркменской ССР.

Орлова С.В. Профилактика и лечение задержки внутриутробного развития плода и новорождённого путём рационализации питания беременных женщин в условиях Туркменской ССР.

Саакян Ф.А. Динамика гормонов фетоплацентарного комплекса у женщин с физиологическим течением беременности в условиях жаркого климата Туркмении.

Худайбердыева М.А. Профилактика и лечение плацентарной недостаточности при недоношенной беременности.

1992

Атаев К. Особенности фетоплацентарной системы у женщин-мигрантов в условиях аридной зоны.

Джораева Г.Р. Особенности лактации у женщин в Туркменистане и её взаимосвязь с развитием младенца.

Кейпиева М.И. Состояние здоровья детей, рождённых от матерей, пережёвших во время беременности вирусный гепатит Е.

Мамедова Л.М. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний при досрочном излитии околоплодных вод.

Манакова О.А. Профилактика перинатальной и младенческой заболеваемости при плацентарной недостаточности у матерей в регионе Туркменистана.

Реджепов Э.М. Кишечное всасывание углеводов у новорождённых детей с диарейным синдромом.

Союнова О.Ю. Этиологическая структура и пути профилактики реализации внутриутробной бактериальной инфекции у новорождённых детей в климатогеографических условиях Туркменистана.

Чолиев Р. Сезонные морфофункциональные особенности плацентарной системы в условиях аридной зоны.

1993

Азимова А.С. Социально-гигиенические исследования репродуктивного здоровья молодых туркменских женщин.

Гайыпова Т.Г. Роль герпетической инфекции в развитии плацентарной недостаточности.

Гянджонц В.Л. Лактация у женщин с анемией и её влияние на состояние здоровья и физического развития младенцев.

Оразмурадов А.А. Диспансеризация многорожавших женщин как резерв снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

1994

Аннаназарова Н.А. Плацентарная недостаточность и её коррекция у женщин с оперированной маткой.

Аннанурова М.Б. Состояние здоровья, развития и ранняя реабилитация младенцев у матери с хронической гастроэнтерологической патологией в условиях Туркменистана.

Джумакулиев Г.П. Патоморфология плодных оболочек, плаценты и пуповины при мало- и многоводии у женщин в условиях Туркменистана.

Иванова Н.Ф. Особенности поздних гестозов в климатогеографической зоне Туркменистана.

Кулиева Н.О. Планирование семьи у женщин с урогенитальной инфекцией.

Малахова Т.А. Состояние здоровья, развития и ранняя реабилитация детей первого года жизни у матерей с хроническим пиелонефритом в Туркменистане.

Мухаммедкулиева А. Патогенетические особенности задержки внутриутробного развития у новорождённых детей. Клиника и реабилитация.

Непесова Л.В. Особенности сократительной деятельности матки у многорожавших женщин.

1995

Ахмедова Т.А. Беременность и роды у женщин с несвоевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности.

Осипова И.А. Оптимизация лактационной функции как способ удлинения интергенетического интервала.

Сейрадова Б.М. Немедикаментозные методы профилактики и лечения плацентарной недостаточности при угрозе прерывания беременности.

1996

Серебрянник Е.Л. Профилактика и лечение кольпитов и бактериальных вагинозов у беременных в жарком климате.

1997

Гайдарова А.Х. Иммунологические и гормональные критерии формирования групп риска развития гиперпластических процессов эндометрия в жарком климате.

Каримова О.А. Маточно-плодовое кровообращение при задержке развития плода у беременных с анемией.

1998

Гагаев Ч.Г. Сонометрические различия плодов мужского и женского пола.

Погасов А.Г. Эффективность хирургического лечения миомы матки в сочетании с аденомиозом.

Ханаева З.О. Беременность и роды у первородящих старшей возрастной группы в жарком климате.

1999

Белозерова Т.А. Оптимизация диагностики и хирургического лечения внематочной беременности.

Буду Ю.Б. Эффективность партографии в снижении осложнений родового акта (на примере этнической популяции острова Маврикий).

Кальвин Ч. Лизосомальная активность клеток матки при эндометриозе и сочетании его с миомой матки.

Костин И.Н. Медико-социальные и клинические аспекты внематочной беременности и родов.

Оразмурадов А.А. Плацентарное ложе матки при анемии.

Рюмин Д.В. Планирование семьи у супружеских пар, больных рецидивирующими урогенитальными инфекциями.

2000

Демидов Б.С. Клиническое значение доплерометрии в диагностике и прогнозировании плацентарной недостаточности во втором и третьем триместре беременности.

Кузнецова О.А. Оптимизация диагностики и профилактики нарушений контрактильной активности матки в пуэрперии.

Лавер Б.И. Особенности клеточной регуляции гиперпластических процессов эндометрия.

Легков В.А. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки.

2001

Иванова Т.Н. Репродуктивное здоровье женщин с патологией молочных желёз.

Литвак О.Г. Прогнозирование исхода лапароскопической коррекции трубно-перитонеального фактора бесплодия.

Паниткова О.В. Оптимизация диагностики острых гинекологических заболеваний, требующих неотложной гинекологической помощи.

Проценко А.Н. Репродуктивное здоровье женщин после перенесённого сифилиса.

Сантчерн М. Прогнозирование и профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в государстве Маврикий.

Хотайт Г.Я. Генетические аспекты задержки развития плода.

Чередниченко Т.С. Беременность, роды и здоровье младенцев после прерывания первой беременности.

2002

Апресян С.В. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения трубной беременности.

Духина Т.А. Ультразвуковая доплерометрия в диагностике первого триместра беременности.

Иванова Н.Л. Роль плаценты и плацентарного ложа матки в генезе недонашивания беременности.

Ким А. Лизосомальная активность экстраэмбриональных образований при нормальной и осложнённой беременности.

Мисник В.В. Генетические и иммунологические причины привычного невынашивания беременности.

Оразмурадова Л.Д. Эхографические и клинико-морфологические особенности эндометриоидных кист яичников.

Пальванова А.С. Иммуноцитотерапия в комплексной профилактике и лечении сочетанного гестоза.

Рябцев К.М. Гипербарическая оксигенация в комплексе профилактики и лечения ранней плацентарной недостаточности.

Тотчиев Г.Ф. Отдалённые результаты хирургического лечения гнойных tuboовариальных образований.

Хубецова М.Т. Особенности плаценты и плацентарного ложа матки при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

2003

Белопольская М.А. Особенности течения беременности, родов и состояние новорождённых у женщин с хроническим вирусным гепатитом С и ВИЧ-инфекцией.

Бидасси И. Перинатальные аспекты эпидуральной анальгезии у беременных с гестозом.

Борисенко Л.В. Перинатальные аспекты табакокурения.

Григорьева Н.Ю. Молекулярные механизмы запрограммированной клеточной гибели и её генетические регуляторы при сочетании аденомиоза и миомы матки.

Девдариани М.Д. Клинико-морфологические особенности плацентарного ложа матки и плаценты при анемии.

Еганова Ч.Е. Патогенетические механизмы изменения активности ферментов лизосом при беременности, осложнённой гипертензионным синдромом различного генеза.

Каранашева А.Х. Репродуктивное здоровье пациенток после резекции яичника и односторонней аднексэктомии.

Князев С.А. Резервы снижения перинатальной смертности при абдоминальном родоразрешении.

Котайш Г.А. Эффективность прогноза и комплексного лечения дискоординации родовой деятельности.

Кочофа Ж.О. Материнская смертность в Бенине, причины и пути снижения.

Лобанова О.Т. Ранняя диагностика и лечение сочетания аденомиоза и миомы матки.

Мустафа М.М. Морфофункциональная характеристика экстраэмбриональных структур в первом триместре физиологической беременности.

Никонова С.И. Влияние патологии щитовидной железы на репродуктивное здоровье женщин.

Ниязлиева Д.О. Плацентарное ложе матки при нейроциркуляторной дистонии по гипо- и гипертоническому типу.

Поробали М.А. Морфофункциональные особенности плацент при сахарном диабете.

Прозоров В.В. Клинико-морфологические особенности плацентарного ложа при гипертензионных состояниях.

Разумова С.Н. Оптимизация стоматологической санации беременных женщин в московском мегаполисе.

Трубкина Е.В. Репродуктивное здоровье женщин, использующих внутриматочную контрацепцию.

Хахва Н.Т. Прогнозирование и профилактика в ранние сроки беременности тяжёлого течения гестозов и задержки развития плода.

Цатурян С.Я. Влияние факторов окружающей среды на репродуктивную функцию девочек и девушек московского мегаполиса.

Шамира Р. Некоторые генетические аспекты прогнозирования и перинатальные исходы гестозов.

Штаркова Н.А. Особенности внешнего дыхания и его влияние на плацентарную систему курящих женщин.

2004

Апресян В.В. Генетические аспекты репродуктивного здоровья женщин с алиментарно-конституциональным ожирением.

Грон Е.А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности.

Дуглас Н.И. Ранняя диагностика и профилактика недостаточности плаценты и плацентарного ложа у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе.

Климова О.И. Наследственные аспекты невынашивания беременности.

Никитин М.В. Особенности биоценозов и адгезии лактобактерий и *C. albicans* при физиологической и осложнённой гестозом беременности.

Олферт В.В. Особенности плацентарного ложа и плаценты при доношенной беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первом триместре.

Санакоева Т.М. Особенности хирургической коррекции пролапса гениталий у пациенток пожилого и старческого возраста.

Силенко С.Г. Гинекологическое здоровье женщин с ДДМЖ.

Сохова З.М. Регуляция апоптоза в хорионе в ранние сроки беременности.

Топузидис А.Г. Профилактика осложнений гестации у женщин с самопроизвольным прерыванием первой беременности.

Фахрутдинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии.

Швец В.Н. Послеродовый период у женщин с инфекциями мочевых путей.

2005

Виноградская Ю.Б. Компьютерная морфометрия клеток крови при физиологическом и патологическом течении беременности в ранние сроки.

Коновалова Т.В. Организация работы среднего медицинского персонала в дневном стационаре женской консультации.

Коломиец Л.В. Прогнозирование акушерских кровотечений в зависимости от аллельной принадлежности.

Лавриненкова И.З. Эффективность амбулаторной реабилитации репродуктивного здоровья после хирургического лечения гинекологических заболеваний.

Парфенова Е.А. Нарушения репродуктивной функции у женщин, страдающих йоддефицитными заболеваниями.

Сакварелидзе Н. Беременность и роды при различных биоценозах влагалища.

Токтар Л.Р. Хирургическая коррекция состояния тазового дна после акушерской травмы промежности.

Цыбикжапова С.Б. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения воспалительных заболеваний придатков матки.

Шишкина Ж.В. Особенности гиперпластических заболеваний матки коренных жительниц Хабаровского края.

2006

Димитрова В.И. Оздоровление женщин после неразвивающейся беременности.

Иманалиева П.Г. Влияние факторов окружающей среды на гинекологическую заболеваемость женщин репродуктивного возраста.

Калмыкова Н.В. Особенности беременности и родов при структурных и функциональных изменениях пуповины.

Овезова Л.С. Программированные роды при высоком риске.

Оленева М.А. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в организации здоровья матерей и новорождённых.

Романовский О.Ю. Оптимизация диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия.

Черкасов Е.Ю. Оптимизация ранней диагностики дисгормональных дисплазий молочных желёз у женщин с гинекологическими заболеваниями.

2007

Бондаренко К.В. Программированные роды — резерв снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Бутовская О.Н. Дифференцированный выбор средств ЗГТ в позднем репродуктивном возрасте.

Вученович Ю.Д. Программированные роды при переносенной беременности.

Лобжанидзе Э.К. Особенности становления репродуктивной системы девочек-подростков, потребляющих психоактивные вещества.

Магометханова Д.М. Особенности венозной гемодинамики малого таза и маточно-плодово-плацентарного кровообращения у беременных с варикозной болезнью.

Манукян Л.А. Особенности течения беременности и родов после излеченного бесплодного брака.

Марилова Н.А. Влияние повторных родов на состояние тазового дна.

Никитина Е.А. Особенности нутритивного статуса женщин пременопаузального периода и способы его коррекции.

Отарян К.К. Перинатальные исходы при синдроме единственной пупочной артерии.

Рочева С.Л. Дифференцированный подход к ведению беременности и родов у женщин с миопией.

Степанова Н.Р. Генетические детерминанты гиперпластических заболеваний матки у коренного населения Якутии.

Тарасова Н.С. Структурно-функциональные особенности плацент у юных первородящих женщин.

Харламова Е.А. Иммуно-генетические аспекты патогенеза и терапии хронических воспалительных заболеваний матки и её придатков.

2008

Багин В.Н. Диагностика и лечение синдрома тазовых болей у женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями гениталий.

Казарян Л.Б. Особенности диспансеризации беременных в зависимости от степени перинатального риска.

Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения.

Казарян С.М. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в родильном отделении городской многопрофильной больницы.

Кулиева С.Ч. Особенности внутрисердечной и сосудистой гемодинамики при нормальной и осложнённой беременности.

Лапина Н.В. Трубная беременность и её последствия.

Майскова И.Ю. Оздоровление женщин после хирургического лечения трубной беременности.

Мальцева Н.Ю. Особенности первого триместра беременности у женщин с нарушением жирового обмена.

Мамедова М.А. Программированные роды у женщин с высоким перинатальным риском.

Миронов А.В. Отдалённые результаты лечения невынашивания беременности в первом триместре.

Сапарова Л.Д. Особенности микробиоценоза влагалища при преждевременных родах и задержке роста плода.

Эсмурзиева З.И. Ультразвуковая характеристика вилочковой железы плодов различных сроков гестации и детей до года.

2009

Оленев А.С. Баллонная тампонада матки как метод лечения гипотонических акушерских кровотечений.

Серегина П.Е. Клиническое значение аллельного распределения гена интегрина *GP13a* при гиперпластических процессах эндометрия.

Долгих Т.А. Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов.

Снигирева Н.Г. Иммуно-генетические факторы прогнозирования аномалий родовой деятельности матки.

Какхцян А.А. Генетические и иммунологические аспекты спаечного процесса у женщин.

2010

Денисова Т.Б. Оптимизация хирургического лечения женщин с пролапсом тазовых органов.

Чугунова Л.А. Иммунохимическая оценка перинатального риска беременных с генитальными инфекциями.

2011

Головченко О.В. Беременность и роды у женщин с низкой и избыточной массой тела в Белгородской области.

Кузина А.Л. Пролапс гениталий и недержание мочи у женщин с климактерическим синдромом в постменопаузе.

Узденова А.И. Отдалённые результаты лечения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде.

Муравина Е.Л. Акушерская тактика при осложнениях пуэрперия.

Мухтарова А.В. Эффективность ante- и интранатального токолиза в улучшении исходов преждевременных родов.

2012

Крижановская А.Н. Патогенез и ранняя диагностика несостоятельности тазового дна после физиологических родов.

Тамаркин М.Б. Эффективность современных перинатальных технологий для профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний новорождённых и родильниц при досрочном родоразрешении.

2014

Пастарнак А.Ю. Особенности родоразрешения женщин с оперированной маткой.

Абашидзе А.А. Оценка эффективности эндовидеохирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия.

Ермоленко К.С. Коррекция содержания мелатонина в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

2015

Аракелян В.Ф. Особенности биоценоза влагалища при угрожающих преждевременных родах.

Готт М.Ю. Эффективность ургентной помощи женщинам с эктопической беременностью в условиях крупной многопрофильной больницы.

Приложение 7

Предложения по совершенствованию Приказа №572н*

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)

I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

П. 6. **Изменить** срок третьего УЗИ на **34–36 нед.** Скрининговое ультразвуковое исследование (далее — УЗИ) проводится трёхкратно: при сроках беременности 11–14 нед, 18–21 нед и **34–36 нед.**

П. 7. **Дополнить:** прерывание беременности (родоразрешение) в 22 нед и более проводится в условиях **перинатального центра** (учреждения II уровня).

П. 12. **Добавить:** при наличии показаний беременным женщинам предлагаются лечение и реабилитация в санаторно-курортных организациях с учётом профиля заболевания **преимущественно в ранние сроки беременности.**

П. 13. **Добавить:** при угрожающем аборте (**наличии кровянистых выделений из влагалища или признаков отслойки хориона/плаценты по данным УЗИ, истмико-цервикальной недостаточности**) лечение беременной женщины осуществляется **в гинекологическом отделении.**

П. 14. **Добавить:** врачи женских консультаций осуществляют плановое направление в стационар беременных женщин на родоразрешение с учётом **высокой степени акушерского и перинатального риска** (дать перечень показаний).

П. 15. При экстрагенитальных заболеваниях <...>. **Добавить:** при наличии акушерских осложнений беременная женщина, с учётом её состояния, получает **специализированную помощь (в том числе родоразрешение) с участием врача акушера-гинеколога и неонатолога в стационаре по профилю соматического заболевания или направляется в акушерский стационар.**

П. 18. **Уточнить:** в консультативно-диагностические отделения перинатальных центров направляются беременные женщины:

* Подготовлено проф. Л.В. Посисеевой. Полу жирным указаны предлагаемые нами изменения в Приказ №572н.

в) многоплодной беременностью, многоводием и маловодием, неправильным положением плода, наличием опухолевидных образований матки и придатков, с выявленной патологией **плаценты и** плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

Исключить состояния, при которых женщина уже должна находиться на стационарном лечении (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства).

П. 31. **Добавить:** в акушерских стационарах **при наличии условий** рекомендуются семейно-ориентированные (партнёрские) роды.

П. 32. **Уточнить:** рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов — **не более 3 сут.** Перед выпиской на **2–3-и сутки** родильнице предлагается проведение УЗИ органов малого таза.

П. 35. **Исключить:** беременные женщины с подтверждёнными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10–12 нед беременности обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в стационар медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «кардиологии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

П. 84. **Уточнить:** при проведении профилактических осмотров женщин (**указать возраст**) осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография (с **какого возраста**), УЗИ органов малого таза и **молочных желёз, бактериоскопическое исследование среды влагалища.**

Приложение №1. Правила организации деятельности женской консультации.

П. 10. **Дополнить:** основными критериями качества работы женской консультации являются:

- показатель ранней постановки на учёт по беременности (в сроке до 8 нед);
- частота невынашивания беременности **поздних сроков (13–37 нед).**

Приложение №5. Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

A1 — обследование в I триместре (и при первой явке). Диагностические мероприятия в амбулаторных условиях. **Добавить:**

- определение факторов риска перинатальной патологии;

- микроскопическое исследование **отделяемого цервикального канала и уретры** на гонококк;

- цитологическое исследование мазков шейки матки **по показаниям**;

- диагностика бессимптомной бактериурии.

A2 — обследование во II триместре. **Добавить:**

- переоценка факторов риска перинатальной патологии;

- скрининговое УЗИ плода в сроке 18–21 нед с доплерометрией и определением длины шейки матки.

A3 — обследование в III триместре.

- **Изменить:** срок третьего УЗ-скрининга с доплерометрией в 34–36 нед.

- **Уточнить:** КТГ плода после 33 нед — **только в группе высокого риска перинатальной патологии с динамическим контролем.**

- **Дополнить:**

- микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам — **по показаниям**;

- кровь на IgG на токсоплазму, цитомегаловирус — **по показаниям.**

O26.2 Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности.

- **Исключить:**

- исследования во время беременности тестостерона (при гиперандрогении);

- β -тромбоглобулина;

- HLA-антигены;

- антитела к хорионическому гонадотропину;

- использование глюкокортикостероидов слабоактивных (группа I).

O36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери.

- **Исключить:**

- глюкокортикостероиды слабоактивные (группа I) при гиперандрогении;

- исследование уровня β -тромбоглобулина;

- HLA-антигены;

- антитела к хорионическому гонадотропину.

- **Уточнить** (конкретизировать):

- медикаментозные методы лечения, направленные на сохранение беременности;

- лечение синдрома задержки роста плода;

- коррекцию плацентарных нарушений.

О43.1 Аномалия плаценты.

О43.8 Другие плацентарные нарушения.

О43.9 Плацентарное нарушение неуточнённое. **Добавить:** для диагностики плацентарной недостаточности (**особенно в стадии компенсации**) использовать определение уровня ТБГ в сыворотке крови женщины на всех сроках беременности.

О44.0 Предлежание плаценты, уточнённое как без кровотечения. **Уточнить:** наложение профилактического шва на шейку матки (**в каком сроке**).

О08 Осложнения, вызванные абортom, внематочной беременностью. **Дополнить:** реинфузия крови (внематочная беременность) — **при наличии оборудования**.

О02.0 Погибшее плодное яйцо и непузырный занос. **Дополнить:** выскабливание стенок полости матки (**методы опорожнения, производство медикаментозного аборта**).

Родоразрешение (О80–О84). **Дополнить:**

- переоценка факторов риска в родах;
- выполнение УЗИ на 2–3-и сутки после родов.

Послеродовый период. **Дополнить:**

- сроки ранней выписки при неосложнённых родах(2–3-и сутки);
- реабилитационные мероприятия в раннем и позднем послеродовых периодах при нормальных и осложнённых родах.

Приложение №20. Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

А — обязательный минимум обследований гинекологических больных.

- **Дополнить:** кольпоскопия (**по показаниям**), цитология мазков (Пап-тест) — **по показаниям**. Доброкачественное новообразование других и неуточнённых женских половых органов.

– D28.0 Вульвы.

– D28.1 Влагища.

– D28.2 Маточных труб и связок.

- **Дополнить** лекарственными препаратами.

– Эндометриоз.

- **Дополнить:** при прорастании прямой кишки — **консультация проктолога**.

– Свищи с вовлечением женских половых органов.

- **Дополнить:** указать перечень лекарственных препаратов.

Общие рекомендации.

1. Более широко использовать возможности учреждений III уровня (перинатальных центров) для:

- обучения врачей (узаконить работу симуляционных центров);
- эффективной дородовой госпитализации (дать право решения вопросов дородовой госпитализации, в том числе с учётом региональных особенностей организации службы);
- оказания помощи маловесным детям (выделение запасных реанимационных неонатальных коек).

Для этого необходимо придать штатному расписанию перинатальных центров не рекомендательный, а регламентирующий характер.

Регламентировать объём активного патронажа родильниц, определить роль дневного стационара в оказании помощи родильницам.

Включить рекомендации по ведению больных после операции по всем нозологическим формам.

МРТ — дать перечень обязательных исследований (остальное — по показаниям при наличии оборудования).

Определить перечень мероприятий по реабилитации супружеских пар после выкидыша, внематочной беременности, перинатальной гибели ребёнка.

Определить мероприятия по прегравидарной подготовке супружеских пар (здоровых и с факторами риска).

Оптимизировать нормативные документы относительно процедуры вакцинации БЦЖ новорождённых и проведения неонатального скрининга.

Дополнить все порядки оказания медицинской помощи по смежным специальностям разделом лечения беременных, имеющих экстрагенитальные заболевания, в отделениях по профилю основного заболевания как во время гестации, так и в послеродовом периоде.

Дополнить все порядки оказания медицинской помощи по смежным специальностям разделом о возможности родоразрешения на территории профильного стационара (даже при отсутствии у него лицензии на родоразрешение) силами выездной акушерской и неонатальной бригады перинатального центра.

На базе областных больниц создать отделение (центр) экстрагенитальных заболеваний для беременных с целью их обследования, выбора лечебной тактики, а также места, срока и метода родоразрешения.

Проводить учёт родившихся детей, особенно при сверхранных преждевременных родах, анализ их выживаемости с учётом типа развития (нормотрофический, ретардантный (задержка развития), опережающий (акселерация)).

Поддержать решение Общероссийского народного фронта о требовании следующих изменений в оплате услуг Фондом обязательного медицинского страхования.

3.1. Устранить преимущество в оплате абдоминальных родов (КСГ-4) по сравнению с влагалищными (КСГ-3). Указать недостатки финансирования акушерской помощи в стационарах I, II и III уровней, обеспечить симметричную оплату помощи при мертворождении.

3.2. Производить оценку законченности случая и оплату по фактически выполненным услугам.

3.3. Установить для дневных стационаров 80% оплаты от ставок стационаров.

3.4. При более ранней выписке из стационара (2 койко-дня) оставить 100% оплаты от стоимости законченного случая.

3.5. Установить оплату по фактически проведённым дням при сверхдлительных случаях госпитализации.

О36.5 — недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери.

О44 — предлежание плаценты.

О44.1 — предлежание плаценты с кровотечением.

О47.0 — ложные схватки до 37 полных недель беременности.

О34.3 — истмико-цервикальная недостаточность.

3.6. Повысить оплату медицинских услуг новорождённым с ОНМТ и ЭНМТ.

3.7. Предусмотреть оплату услуг пациенткам из отделения патологии беременности, родоразрешённым во время той же госпитализации в полном объёме, независимо от срока госпитализации.

3.8. Предусмотреть соответствующие изменения в нормативной базе Фонда обязательного медицинского страхования об оплате обследования, лечения и пребывания беременных и родильниц с экстрагенитальной патологией в отделениях смежных специальностей по профилю заболевания (терапия, хирургия, урология, неврология, онкология, фтизиатрия, травматология и пр.).

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

С

Cell Saver, 19, 638, 644, 654
Childfree, 66
Coitus interruptus, 708

Е

Evidence based medicine, 39, 127

Н

HAMLET, 781

М

Medicine defensive, 125

Н

Near miss, аудит, 99

А

Аборт, 62
 безопасный, 716
 динамика
 в мире, 1990–2014, 690
 в РФ, 1990–2012, 692
 в РФ, 2005–2015, 692
 в РФ, 2014, 692
 запреты, 701
 и ВИЧ-инфицирование, 689
 и роды, соотношение, 62, 89
 как причина инфекционных осложнений, 164
 криминальный, 697, 699, 702, 703
 динамика и частота в РФ, 2003–2014, 701
 легализация, 698
 легальный, 688
 динамика в РФ, 1994–2014, 700
 медикаментозный, 696, 712, 747
 применение в регионах РФ, 713
 экономическая стоимость, 718
 неуточнённый, 697
 осложнения, 165, 698, 703, 718
 по медицинским показаниям, 700
 профилактика, 722
 самопроизвольный, 261, 741
 у первобеременных, 696
 у подростков, 66, 365
 хирургический, экономическая стоимость, 718
 частота
 в мире, 2014, 86
 в мире, 2015, 693
 в РФ, 2014, 86, 694, 722
Агалактия, 789
Азоксимера бромид, 174
Азота закись, 496
Акушерство
 безопасное, определение, 39, 123
Альгодисменорея, 734
Амниотомия, 459, 475, 486, 491, 498
Амниоцентез, 159
Ампутация матки, частота в РФ, 2014, 93

Амсель, критерии, 183
Анамнез репродуктивный, 696
Ангиогенез, 782
Ангиопатия, 371
Анемия
 беременных, 278
 лечение, 286
 последствия, 284
 железодефицитная, 278, 286
 ювенильная, 280
Анестезия
 комбинированная, 393
 перидуральная, 496
 пудендальная, 536
 эпидуральная, 487, 490, 496, 610, 613
 осложнения, 617
Аномалии врождённые, 206
Антибиотикорезистентность, 704
Асфиксия плода, 476
Атозибан, 246, 402, 413, 418

Б

Бактериурия бессимптомная, 272
Баллон внутриматочный, 649
Безопасность
 врачебная, 141
 пациентов, 765
Белара, 190, 734
Беременность
 внематочная, 250
 диагностика, 250
 лечение, 252
 реабилитация, 254
 незапланированная, 737
 частота в мире, 687
 неразвивающаяся, 741, 743, 748
 диагностика, 744
 подростковая
 частота в мире, 2012, 709
 эктопическая, 95
Бесплодие, частота в РФ, 63
Бетадин, 196, 577
Бинт Вербова, 506
Биопсия хориона, 161
Биоценоз
 влагалища, 163, 172, 704
 матери и ребёнка, 781
Бовгиалуронидаза азоксимер, 257
Бупивакаин, 617
БЦЖ-вакцинация, 794
 массовая, 811
 отсроченная, 813

В

Вагинит, 183, 194
Вагиноз
 бактериальный, 180, 755
 лечение во время беременности, 194

- Ваккум-экстракция плода
показания, 556
противопоказания, 557
частота в РФ, 2014, 550
- Вакуум-аспирация, 703, 747
- Веррапамил, 492
- ВЗОМТ, 172, 193, 257
- Взятие на учёт по беременности, 155
- Витамин В₁₂, 224
- Витамин D, 232, 755
- Витамин В₁, 226
- Витамин В₆, 226
- Витамин В₉, 217
- Витамин Е, 227, 233
- Витамин С, 227
- ВИЧ**
динамика в РФ, 2000–2014, 140
профилактика, 145
риск заражения, 142
- Воды околоплодные
мекониальные, 584
преждевременное излитие, 412, 589, 774
- Водянка беременных, 359
- Возмещение морального вреда, 130
- Воспаление аутоиммунное, 744
- Воспроизводство населения, 53
брутто-коэффициент, 54
нетто-коэффициент, 54, 55
расширенное, 54
суженное, 55
- Врезывание головки, 546
- ВРТ, 579
вопросы этики, 124
- Вскармливание
грудное, 84
противопоказания
со стороны матери, 808
со стороны ребёнка, 809
эксклюзивное, 777, 781, 785, 800, 807
искусственное, 785
нативным молоком, 810
сцеженным молоком, 790
- Вспышка эпидемическая
профилактика, 795
- Вульвовагинит кандидозный, 183
- Выживаемость
детей, сравнение между странами, 110
недоношенных, 114
- Выкидыш привычный, 237, 261
- Выпадение петель пуповины, 505
- Выписка детей, ранняя, 794, 811
- Выхаживание новорождённого, 776, 795
- Г**
Галактоземия, 814
- Гасдермин D, 90
- Гексопреналин, 492, 496
- Гель простагландиновый, 456
- Гематометра, 828
- Гемодез, 387, 627
- Гемостаз, 626
- Гепатит вирусный, 140
вакцинация, 814
- Гестоден, 734
- Гестоз, см. Преэклампсия, 267, 358, 376, 641
- Гиалуронидаза, 741
- Гибридизация, 159
- Гинекология подростковая, 63
- Гинипрал, 245, 402, 496
- Гиперандрогения, 246, 249
- Гипергидратация, 626
- Гипертензия артериальная, 265, 310
- Гипертонус миометрия, 480, 488
- Гипогалактия, 788
- Гипоксия плода, 490, 604
- Гипотиреоз врождённый, 614
- Гистерография, 494
- Гистерэктомия, 654, 829
- Глухота врождённая, 814, 815
- ГОМК, см. Натрия оксидбутират, 385
- Гонадотропин хорионический человека, 157
- Горячка родильная, 164
- Госпитализация беременных своевременная, 157
необоснованная, 357
при преэклампсии, 361
- Готовность к родам биологическая, 492
- Грудное вскармливание
10 принципов, 788
- Д**
Дезогестрел, 729, 734
- Деквалиния хлорид, 198
- Дексаметазон, 246, 249
- Денервация матки, 407, 612
- Депопуляция, 46
- Деторождение, 80
- Дефект
нервной трубки, 157, 217
оказания медицинской помощи, 125
- Децелерация, 514
- Деятельность родовая
аномальная, 335, 492
бурная, 482
- дискоординация, 479, 487, 493
- слабость, 482
- вторичная, 493
первичная, 493
- Джес, 732, 734
- Джес во флекс-картридже, 190, 191, 732, 734
- Джозамицин, 193
- Диагностика
рН-метрия, 188
генетическая, 158, 159, 160
- Диазепам, 492, 496
- Дивигель, 754
- Дидрогестерон, 190, 191, 239, 755
- Диеногест, 734
- Дилапан-С, 449, 555
- Димиа, 190, 191, 732
- Диноппрост, 485, 492
- Диноппростон, 500, 633, 648
- Диспансеризация, 540

беременных, 154, 390
 послеабортная, 738
 послеродовая, 826
 Дистоция плечиков, 518
 Дистресс-синдром респираторный, 403
 ДНК фетальная, 160
 Дно тазовое
 дисфункция мышц, 533
 несостоятельность, 527, 531
 Добавка биологически активная, 236
 Додерлейна палочки, 168
 Документация медицинская
 ошибки ведения, 139
 Допплерометрия ультразвуковая, 301, 310
 Дроспиренон, 732, 734
 Дубль голландский, 732

Ж
 Желатиноль, 627
 Женская консультация, 151

З
 Заболеваемость
 детей и подростков, 364
 неонатальная, 63, 409, 776, 803
 Заболевания
 гнойно-септические, 180, 829
 органов малого таза воспалительные,
 см. ВЗОМТ, 172, 193, 257
 экстрагенитальные, 263, 309, 555, 580, 817, 823
 Задержка роста плода, 359, 363, 370
 Закон
 о защите прав потребителей, 173
 об основах охраны здоровья граждан, 125, 134,
 139
 Залаин, 184
 Залинг, проба, 332
 Заменитель женского молока, 786
 Замещение родительского поколения
 детским, 54
 Заполнение палат циклическое, 773
 Запор у беременных, 199
 Защищённость медицинского персонала, 140
 Заявление исковое, причины обращений, 135
 Здоровье репродуктивное, 687
 определение, 64
 Земмельвейс, Игнац, 164
 Зидовудин, 145

И
 Ибупрофен, 492
 Иглорефлексотерапия, 488
 Идеология
 достижения «стерильности», 163
 микробиологическая, 162
 Извлечение в целом плодном пузыре, 421
 Излитие околоплодных вод
 преждевременное, 406
 Иммуноглобулин А секреторный, 170
 Иммунореактивность, 172
 Инвазия цитотрофобласта, 368

Интервал интергенетический, 77
 Интранатальный риск
 нарастание
 вид родоразрешения, 344
 Инфекция
 вагинальная, 193
 внутрибольничная, 765, 794
 динамика в РФ, 1996–2003, 774
 пути распространения, 780
 госпитальная, 679
 мочевыводящих путей, 271
 Инфертильность, 705
 Инфламмосома, 749
 Информирование пациентки, 139
 Инфраструктура материнства, 58
 Инфузомат, 488
 Иск судебный, 130
 Исследование
 влагалищное, 499
 Исследование ультразвуковое, 299
 Исход
 летальный
 факторы, 697
 ИЦН, 401
 коррекция, 417
 после аборта, 705

Й
 Йод, 226
 Йодилайф, 190, 226, 231
 Йоддефицит, 226

К
 Кальцитриол, 232
 Канефрон Н, 276
 Капитал материнский, 58
 Карбетоцин, 560, 628, 648
 Кардиотокограмма, 311, 314
 Кардиотокография, см. КТГ, 303, 476, 583
 Кариотипирование
 плода, 159
 Катастрофа демографическая, 47
 Категории безопасности лекарственных
 средств, 203, 214
 Катетер Фолея, 500
 Кесарево сечение, 499, 512, см. Родоразрешение
 абдоминальное
 запланированное, 344
 обезболивание, 96
 Кефалогематома, 427
 Кислота
 аскорбиновая, 191, 227
 ацетилсалициловая, 233
 докозагексаеновая, 783
 жирная полиненасыщенная, 232
 молочная, 169, 192, 755
 фолиевая, 217, 222

Классификация
 преэклампсии
 зарубежная, 379
 Робсона, 589

- Клеммы
 по Бакшееву, 632
 по Генкелю–Тиканадзе, 632
 по Квантилиани, 632
- Клетки
 ключевые, 183
 фетальные, 160
- Клиндамицин, 198
- Коагуляция аргоноплазменная, 605
- КОК, 725, 733, 738, 740
 режимы приёма, 733
- Колекальциферол, 755
- Кольцо
 вагинальное, 708
- Комбивир, 145
- Компрессия бимануальная, 628
- Конгресс
 COGI, 2005, 233
 COGI, 2014, 419
 EAGO, 2010, 333
 EAGO, 2016, 414
 FIGO, 2006, 573, 744
- Консультирование
 беременных родовое, 826
- Контрацептив
 внутриматочный, 729
 оральный комбинированный, см. КОК, 191, 725, 732
 чисто прогестинный, 729
- Контрацепция, 62
 в период лактации, 728
 в разных клинических ситуациях, 733
 гормональная
 частота
 в РФ, 2014, 707
 плановая, 722
 послеродовая, 728
 постабортная, 730
 у юных женщин, 730
 экстренная, 737
 эффективная
 использование в РФ, 62
- Контроль
 инфекционный, 766
 качества медицинской помощи
 пациентами, 139
- Копептин, 394
- Кордоцентез, 159
- Коэффициент
 воспроизводства населения, 55
 рождаемости
 в РФ, 51
 для поддержания воспроизводства
 населения, 57
 эффективности кесарева сечения, см. КЭКС, 571,
 593
- Крест русский, 48
- Кризис
 демографический, 49
- Критерии
 Амселя, 183
- Критерии живорождения, 2012, 397
- Кровообращение
 маточно-плацентарное, 490
- Кровотечение, 475, 638
 акушерское
 частота в РФ, 2014, 92
 структура причин, 94
 гипотоническое, 483
 после аборта, 704
 послеродовое, 559, 644
 динамика, в РФ, 2000–2014, 621
 компрессия бимануальная, 628
 консервативный этап гемостаза, 628
 массивное, 577
 хирургический этап гемостаза, 633
 профилактика в родах, 501
- Кровоток маточно-плацентарный, 476
- КТГ, 303, 311, 314, 583, 745
- КЭКС, 571, 593
- Кюретаж, 703, 747
- Л**
- Лактальбумин-альфа, 781
- Лактация
 консультирование, 791
- Лактинет, 729
- Лактобактерия, 198
- Лактоза, 783
- Лактостаз, 803, 828
- Лактоферрин, 781
- Лактулоза, 200
- Ламивудин, 145
- Ламинарии, 500
- Лапароскопия, 252, 256
- Левоноргестрел, 729, 737
- Лигирование
 внутренних подвздошных
 артерий, 636
 маточных сосудов, 633
- Лидокаин, 617
- Лизоцим, 170
- Линдинет, 190, 191
- Линдинет 20, 732, 734
- Ложе плацентарное
 морфологические особенности, 366
- Ломексин, 184
- Лонгидаза, 257, 741, 750
- М**
- Магне В₆, 226, 244
- Магний, 243
- Магния сульфат, 245, 585
 схемы введения, 393, 419
 суммарно вводимое количество, 376
- Маловодие, 314
- Мальтофер, 288
- Маркеры
 пренатального скрининга, 157
- Маршрутизация, 413
- Массаж матки, 560
- Масталгия, 734
- Мастодинон, 740

- Материнство безопасное, 39
 Медицина
 защитная
 определение, 125
 перинатальная, 236
 Мельдоний, 495
 Мера ответственности, 138
 Мертворождаемость, 297
 зависимость от факторов, 112
 Метаболом, 377
 Метафолин, 222
 Метод
 «кенгуру», 810
 Метотрексат, 512
 Метрейринтер, 456
 Метронидазол, 198, 755
 Миграция, 46, 55
 Мидиана, 190, 191, 732, 734
 Миелинизация нервных волокон, 783
 Мизопроустол, 475, 716
 Микробиом
 человека, 162
 Микробиота
 вагинальная, 187
 условно-патогенная, 766, 803
 Микробиоценоз
 молочной железы, 790
 Миомэктомия эндоскопическая, 512
 Мирена, 729
 Мифепристон, 500, 746
 Михаэлис, Густав, 164
 Многоводие, 464
 Многодетность, 45, 77
 Модэлла Мам, 729
 Модэлла Про, 191, 732
 Модэлла Пьюр, 191, 732, 734
 Модэлла Тренд, 191, 732, 734
 Молоко
 грудное
 состав, 782
 сцеженное, 809
 Монитор фетальный, 305
 Муковисцидоз, 816
 Мытьё рук, 145, 768
 основные правила, 772
 перед пеленанием, 783
- Н**
- Наблюдение
 антенатальное, 151, 153
 дородовое, 154, 156
 Напроксен, 492
 Наркоз
 интубационный, 610
 эндотрахеальный, 610, 612
 Население трудоспособное
 прогноз, 54
 Натрия оксидбутират, 385
 Невынашивание, 741
 Невынашивание беременности, 63, 237, 258
- Недоношенные
 рождаемость
 в мире, 114
 Недостаточность
 истмико-цервикальная, см. ИЦН, 401
 плацентарная, 272, 365
 последствия, 370
 хроническая, 358, 706
 Нелфинавир, 145
 Нефропатия, 376
 Нифедипин, 246, 492
 Нормобиоценоз, 190
 Нормоценоз
 вагинальный, 167, 168
 микробный состав, 169
 НПВС, 246
- О**
- Обезболивание
 при кесаревом сечении, 96
 родов, 343, 610
 Обсеменённость
 женщин, 807
 стационара, 804
 Обследование
 дородовое, 334
 ручное стенок послеродовой матки, 514
 Овуляция
 после аборта, 740
 Оксигенация гипербарическая, 234
 Окситоцин, 475, 483, 490, 499, 559, 628, 648
 ОМС
 пренатальная диагностика, 158
 Омфалит, 803
 Операция
 органосохраняющая, 253, 256
 Опрос
 акушеров-гинекологов о врачебных ошибках, 125
 Опрос общественного мнения
 Рф, 53
 Опрос социологический
 знания о контрацепции, 708
 количество абортов, 740
 отношение к аборту, 694, 699
 отношение к контрацепции, 740
 отношение к семье, 689
 Орципреналин, 492, 497
 Осложнение
 гнойно-септическое, 774
 поствакцинальное, 813
 Осложнения
 гестационные, 309
 инфекционные, 577
 послеоперационные, 829
 послеродовые, 179
 Остеопонтин, 781
 Ответственность
 врачебная
 при неназначении инвазивной
 генетической диагностики, 161
 гражданско-правовая, 129

- Отделение
катамнеза
преимущества, 826
патологии беременных, 357
- Отделение катамнеза
группы пациенток, 826
для детей, 828
- Отдых медикаментозный, 496
- Отслойка плаценты
преждевременная, 483, 505
- Ошибка
врачебная
определение, 124
причины, 126
структура, 126
фармакотерапии, 126
- П
- Пабал, 628, 648
- Пайпель-биопсия, 752
- Партограмма, 343, 485, 489, 493, 498, 584
- Патронаж
акушерский, 156
- Пентоксифиллин, 234
- Первородящие
возрастные, 579
- Перевязка
артерий матки, 633
- Перенашивание беременности
истинное, 435
- Пересечение пуповины
раннее, 562
- Перинеология акушерская, 525
агрессивные методики, 525
история, 526
- Перинеоррафия, 537
при разрыве промежности III–IV степени, 539
- Перинеотомия, 475, 526, 534
обезболивание, 531
показания, 527
техника, 536
частота, 527
- Период
интранатальный, 408
послеродовой, 803
прелиминарный, 487
репродуктивный
активный, 84
- Период прелиминарный, 492
- Перфорация
матки, 703
- Перфторан, 627, 656
- Перфузия
плацентарная, 673
- Пиелонефрит, 272, 275
- Пиридоксин, 226
- Плазма свежзамороженная, 386
- Планирование семьи, 45
неудача глобального проекта, 81
- Пластырь
контрацептивный, 708
- Плацента
преждевременная отслойка, 483
при физиологической беременности
19–20 нед, 367
при физиологической беременности
23–24 нед, 367
при физиологической беременности
27–28 нед, 368
- Плод
задержка роста, 359
кариотипирование, 159
крупный, 519, 580
маловесный, 581
- Пневмония
аспирационная, 673
- Поведение
репродуктивное, 687, 689, 716
- Повидон-йод, 196, 577
- Повороты акушерские, 37
- Повязка
на пуповину, 794
- Подготовка
прегравидарная
и биоценоз половых путей, 165
при дисбиозах, 193
- Поддержка
консультативно-диагностическая
дистанционная, 819
- Подростки
аборт, 64
заболеваемость, 64
гинекологическая, 64
и демография, 63
репродуктивное просвещение, 67
- Поза рожавшей женщины, 532
- Полижинакс, 196
- Полиненасыщенные жирные
кислоты, 793
- Полиоксидоний, 174, 184, 270
- Полипрагмазия, 202, 210, 237, 357
- Помощь
консультативно-диагностическая
дистанционная, 825
медико-санитарная
концепция, 83
- Поражение ЦНС плода
гипоксическое, 490
- Пороки развития врождённые, 209, 218
- Пособие акушерское по защите
промежности, 541, 546
ошибки, 544
факторы, 542
- Пособие по Кристеллеру, 475, 491, 501
в мире, 508
история, 502
- Пособие ручное при головном
предлежании, 546
- Право
врача
конституционное, 138

- Пребывание матери и ребёнка
 раздельное, 778, 783, 803
 совместное, 777, 803
 противопоказания, 810
- Предлежание
 плаценты, 359
 плода
 тазовое, 359, 581
- Презерватив, 708
- Презумпция вины, 135
- Преэклампсия, 267, 358, 376, 641
 диагностика, 384
 динамика в РФ, 2009–2015, 377
 классификация
 зарубежная, 379
 отечественная, 379
 показания к родоразрешению, 389
 принципы ведения, 392
 профилактика, 395
 терапия, 385
 частота в РФ, 2014, 94
- Прибавка массы тела при беременности, 359
- Приём
 Вальсальвы, 547
 Вудса, 524
 Заванелли, 524
 Мак-Робертса, 522
 Рубина, 522
- Приказ
 №572н (2012), 337, 413
 №1230 (1979), 783
 №430 (1981), 332, 357
 №438 (1999), 361
- Прикладывание к груди
 позднее, 789
- Прикладывание ребёнка к груди, 780
- Принцип Эдвина Крейгина, 599
- Приrost
 интранатальный, 341
 населения
 Европа, 50
 РФ, динамика по годам, 49
- Проба Залинга, 332
- Провал демографический, 53
- Прогестерон, 238, 241, 249, 416, 755
- Прогестины, 191, 238
- Прогноз демографический, 53
- Продолжительность жизни, 373
- Пропалс тазовых органов, 533
- Промедол, 492
- Прорезывание головки, 545
- Просвещение репродуктивное, 67, 726
- Простагландины, 451
 механизм действия, 500
- Протинурия при преэклампсии, 380
- Протокол
 ведения больных, 136
 клинический, 137
- Профилактика
 инфекционно-воспалительных
 заболеваний, 189
- в течение беременности, 186
 до беременности, 185
- Процесс судебный, 130
- Пузырь плодный пролабирующий, 417
- ПЦР, 188
 качественная, 166
- Р**
- Разрыв
 матки, 511, 603
 по рубцу, 512
 промежности, 177, 538
 шейки матки, 483
- Распущенность лекарственная, 127
- РДС, 403, 414
 профилактика, 420
- Реабилитация послеабортная, 737
- Реанимация
 недоношенных
 частота в России, 2014, 400
 новорождённых
 первичная, 422
 новорождённых, в мире, 397
- Регламентация правовая, 124
- Регулон, 711
- Режим
 дезинфекционный, 805
 противоэпидемический, 766
- Резистентность микробная, 767, 803
- Реинфузия, 638, 654
- Реконизация патогенами, 175
- Рекомендации клинические, суть 136
- Реополиглокин, 627
- Рецептивность эндометрия, 753
- Риск перинатальный, 331, 489, 571
 концепция, 334
 оценка, 824
 протгнозирование, 331
 факторы, 331
- Ритм сердечный плода, 514
- Родовая деятельность
 аномалии, 477, 489, 530, 641
 профилактика, 500
 дискоординация, 497
 слабость, 498
- Родовозбуждение, 475, 484, 498
 методология, 483
- Родоразрешение
 абдоминальное, 341, 409, 475, 484, 551, 563, 564, 576
 плановое, 582
 показания, 420, 576
 техника, 604
 частота
 в мире, 2014, 591
 в РФ, 2014, 565
 экстренное, 475, 583
 крупным плодом, 580
 плановое, 338
 при ВИЧ, 580
 через естественные родовые пути, 608

Роды

- быстрые, 483
 - в воде, 668
 - вертикальные, 532
 - вне специализированных учреждений, 665
 - длительность, 476
 - домашние, 526, 665
 - интегральная оценка, 338
 - осложнения, 603
 - партнёрские, 678
 - после кесарева сечения, 512
 - преждевременные, 244, 396, 581
 - на фоне преэклампсии, 378
 - неминуемые, 419
 - перинатальные технологии, 807
 - профилактика, 400, 416
 - факторы риска, 412
 - частота в мире, 2014, 396
 - частота в РФ, 2014, 396
 - программированные, 332, 346, 375, 431, 484, 491
 - основные этапы, 346
 - стремительные, 483
 - у подростков, динамика в РФ, 2005–2014, 695
 - физиологические, 66, 490
 - I период, 479
 - II период, 480
 - III период, 558
- Рождаемость
- в мире, 114
 - динамика по годам, 51
 - в РФ, динамика по годам, 48
- Рубец на матке, 359, 577, 598, 599
- несостоятельность, 512
 - полноценность, 603
- С
- Санация влагалища, 170
 - СанПиН, 765, 773, 810
 - Санэпидрежим, 765
 - Сепсис
 - акушерский, 162
 - частота, 86
 - анаэробный, 405
 - динамика в РФ, 90
 - послеабортный, 165, 704
 - послеродовой, 576
 - Серкляж, 404
 - Сертаконазол, 184
 - Синдром
 - адреногенитальный, 814
 - Аллена–Мастерса, 172
 - антифосфолипидный, 268
 - Система акушерской помощи
 - трёхуровневая, 819
 - Скрининг
 - аудиологический, 815
 - длины шейки матки, 415
 - неонатальный, 814, 816
 - пренатальный, 157, 158, 159
 - Слабость родовой деятельности, 476, 482
 - Служба неонатальная круглосуточная (1987), 364

Смертность

- материнская, 162, 250, 666, 822
 - в мире, 51
 - динамика по годам, 82
 - динамика по годам, 2005–2015, 76
 - в РФ
 - динамика по годам, 86
 - динамика, 1990–2014, 87
 - зависимость от дохода на душу населения, 83
 - зависимость от уровня образования, 84
 - концепция ВОЗ, 77
 - коэффициент, 78
 - наркотическая смерть, 612
 - определение, 75
 - от абортов, 89
 - от абортов, 2014, 63
 - от кровотечений, в РФ, динамика по годам, 93
 - от осложнённых анестезиологических пособий, 97
 - от преэклампсии, в РФ, динамика по годам, 95
 - поздняя, 75
 - после ампутации матки, 93
 - после прерывания беременности, 697, 702
 - причины, 81, 85
 - неуправляемые, 98
 - управляемые, 98
 - пути снижения, 82
 - расходы государства, 82
 - резервы снижения, 86
 - структура причин, 85
 - структура причин, 2005, 88
 - структура причин, 2014, 88
 - учёт, 78
 - факторы зависимости, 84
 - младенческая
 - зависимость от рождаемости, 77
 - неонатальная, 825
 - в мире, 774
 - ранняя, 399
 - динамика в весовых группах, 115
 - общая
 - в РФ, динамика по годам, 48
 - перинатальная, 155, 398, 409
 - в мире, 2014, 110
 - динамика
 - в весовых группах, 115
 - в РФ, 110
 - и шкала риска, 336
 - на фоне преэклампсии, 378
 - причины, 113
 - расчёт показателя, 110
 - частота, 570
- Сон акушерский, 492, 497
- Сорбифер Дурулес, 288
- Среднедетность, 45, 77
- Средства
 - дезинфекционные, 802
 - противовоспалительные нестероидные, см. НПВС, 246
 - утеротонические, 498

- Стандарт
 диагностики внематочной беременности, 96
 медицинской помощи
 алгоритм формирования, 136
 определение, 136
- Старение населения, 46
- Стафилококк
 золотистый, 804
- Стационар дневной, 417
 определение, 361
 сроки пребывания, 362
 функции, 362
- Стратегия риска в акушерстве
 назначение, 341
 основные принципы, 341
- Страхование медицинское, 124
- Стрептококк
 группы В, 774
 b-гемолитический, 175
- Субинволюция матки, 178, 828
- Сурфактант, 400, 403
- Схватка
 Брэкстона Хикса, 478, 482
 прелиминарная, 478
- Схема Штейна-Курдиновского, 488
- Сцеживание, 790
- Т**
- Тампонада
 баллонная, 649
 матки, 632
- Терапия
 инфузионная, 627, 648
 при преэклампсии (гестозе), 386
 инфузионно-трансфузионная, 654
 магниальная, см. Магния сульфат, 245, 585
 токолитическая, см. Токолиз, 413
- Тератогенность, 206
- Тербуталин, 492, 497
- Тержинан, 192
- Тест
 аминный, 183
 нестрессовый, 306, 310, 313
 тампонадный, 650
- Технологии
 перинатальные, 776
 опыт внедрения, 797
 основные принципы, 777
 роль персонала, 811
 требования, 799
 репродуктивные, 124
 репродуктивные вспомогательные, ВРТ, 718
 стационарзамещающие, 362
- Тиамин, 226
- Токолиз, 413
 интранатальный, 406, 501
 острый, 418, 496
- Токолитики, 245, 418, 402
- Токоферол, 227
- Тотема, 290
- Травма
 акушерская, определение, 427
 промежности, 527, 530
 родовая, определение, 427
- Травматизм
 акушерский, 555
 профилактика, 540
 реабилитация, 539
 факторы риска
 у первородящих, 533
 у повторнородящих, 534
- перинатальный, 409, 483, 484, 490, 581, 829
 шейки матки, 483
- Трактоцил, 246, 402, 413
- Трамadol, 496
- Триада Цангемейстера, 377, 384
- Тримеперидин, 492, 496
- Тромбоземболия лёгочной артерии, 98
- Туалет новорождённого, первичный, 794
- Туберкулёз, вакцинопрофилактика, 812
- Туризм абортный, 700
- У**
- УЗИ, 299
 трансвагинальное, 745
- Ультра-Д, 231, 294, 755
- Утеротоники, 490, 559, 628, 648
- Утрожестан, 190, 241
- Учреждения родовспоможения
 I уровня, статистика родов, 820
 II уровня, статистика родов, 820
 III уровня, статистика родов, 820
- Ф**
- Фемибийон, 190, 222, 231, 294
- Фенилкетонурия, 814
- Фенотерол, 497
- Фентанил, 496
- Фентиконазол, 184
- Фитотерапия, 235
- Фитогэстрогены, 191
- Фолаты, 190, 218
- Фолибер, 190, 224, 231, 294
- Формуляр лекарственных средств, 137
- Фотек, 605
- Х**
- ХГЧ, 96, 157, 251, 255, 746
- Хлоргексидин, 198
- Хориоамнионит, 676
- Хориоцентез, 159
- Хронioseпсис, 174
- Ц**
- Цели развития тысячелетия, 278
- Центр
 консультативный дистанционный, 337
 перинатальный, 818, 823
- Цервикология, 414
- Цервикометрия, 416
- Цервиковагинит
 лечение во время беременности, 196
- Цианокобаламин, 224
- Циркуляция микроорганизмов, 804

Цистит дефлорационный, 721

Ч

Численность

детей и подростков, динамика по годам, 64
населения РФ, динамика по годам, 50

Ш

Шанс русский, 50

Швы

компрессионные на артерии матки, 633
на матку корпоральные, 636
на шейку матки, 405
досрочное снятие, 417
по Широдкару, 405
по Б-Линчу, 634
по Перейре, 634
П-образные, 417

Шевеления плода, 307

Шейка матки, 498

длина сомкнутой части при беременности, 416
незрелая, 443, 479
разрывы, 483
сверхзрелая, 483
строение, 415

Шкала

Гoeske в модификации Савельевой, 379
Алгар, 484, 514, 528
Бишопа, 445
Виттлингера, 379
Кребса, 492
оценки тяжести гестоза, 391
перинатального риска
анестезиологическая, 344
изолированная, 334
интранатальная, 335
интранатальный прирост, 338
модификация, 333
пренатальные факторы, 335
Фроловой, 332
Фишера, 351, 492

Шок, 516

геморрагический, 647
септический, 704

Щ

Щипцы акушерские, 37, 506, 510, 528, 550

показания, 555
противопоказания, 556

Э

ЭКО, 578

Экстирпация матки, 475
в РФ, динамика по годам, 93

Экстремизм потребительский, определение, 123

Элевит Пронаталь, 231, 222, 288, 294

Электроанальгезия, 488

Электрокоагуляция, 517

Электрорелаксация матки, 488

Эмболизация маточных артерий, 637

Эмболия

водная, 674
околоплодными водами, 97

Эмбриогенез, 372

Эндометрит, 240, 776, 803

послеабортный, 704, 705, 747

послеродовой, 178

хронический, 63, 365, 752

Эндоцеривит, 185

Энзапрост-Ф, 487

Энтероколит некротизирующий, 791

Эпигаллат, 749

Эпигаллокатехин-3-галлат, 749

Эпиднадзор, задачи, 767

Эпизиотомия, 526, 530, 534

Эра постантибиотиковая, 167, 781

Эргометрин, 559

Эстрадиол трансдермальный, 753

Эубиотик, 199

Ю

Ювенология, 63

Научно-практическое издание

Радзинский Виктор Евсеевич

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ, V. 2.0

Медицинский директор: канд. мед. наук Маклецова Светлана Александровна
Креативный директор: Кристал Виталий Генрихович
Редакционный директор: Иванов Александр Васильевич
Научный редактор: Князев Сергей Александрович
Ответственный секретарь редакции: Добрецова Татьяна Анатольевна
Ведущий ответственный редактор: Добрецова Татьяна Анатольевна
Ответственные редакторы: Рыжова Татьяна Евгеньевна, Катаева Ольга Александровна,
Мартынова Мила Алексеевна, Ипастова Ирина Дмитриевна, Бриль Юлия Альбертовна
Препресс-директор: Лёвкина Наталья Андреевна
Исполнительный арт-директор: Разгулина Лина Владимировна
Препресс-редактор: Валентей Анастасия Владимировна
Корректоры: Соседова Елена Анатольевна, Валентей Анастасия Владимировна
Вёрстка: Макарова Елена Анатольевна, Скуточкина Юлия Сергеевна,
Амплеев Дмитрий Валентинович
Художники: Рябов Николай Викторович, Разгулина Лина Владимировна, Горобец Макс
Александрович, Киселёв Александр Васильевич, Крестьянинова Юлия Андреевна
Координаторы проекта: Овсянникова Наталья Владимировна, Серёгина Юлия
Александровна

Подписано в печать 30.11.2016

Бумага мелованная. Печать офсетная.

Формат 70×90 1/16. Объём 54,5 п.л. Тираж 5000 экз. Заказ №SPN098736

ООО «Медиабюро Статус презенс»

105082, г. Москва, ул. Б. Почтовая, д. 26в, стр. 2,

бизнес-центр Post-Plaza, оф. 613, 618

Тел.: +7 (499) 346 3902, e-mail: info@praesens.ru

Обсудить ВКонтакте: <http://vkontakte.ru/praesens>

Отпечатано в типографии АВ SPAUDA,

Пр. Лайвес, 60, LT-05120, г. Вильнюс, тел. +370 5266 11 49, факс +370 5242 44 46,

e-mail: info@spauda.com, www.spauda.com



9 785990 873513