

В.Е. Радзинский
**Акушерская
агрессия**

StatusPraesens

Profmedis

2011

В.Е. Радзинский

Акушерская

агрессия

Status Praesens

**Москва
2011**

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.

Из законов Мерфи

УДК 618.2
ББК 57.16
Р 15

Р 15 Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2011. — 688 с., илл.

ISBN 978-5-91-785-010-8

«Акушерская агрессия» — авторский труд одного из известных российских акушеров-гинекологов, заслуженного деятеля науки РФ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов проф. Виктора Евсеевича Радзинского. Десятилетия врачебной, педагогической и руководящей деятельности на просторах Советского Союза, а затем Российской Федерации, колоссальный опыт практической, организационной и научной работы (в том числе 10 лет в должности директора Туркменского НИИ охраны материнства и детства) позволили автору создать труд, посвящённый самым острым проблемам российского родовспоможения.

Основные проблемы — это полипрагмазия, необоснованные, а иногда вредные вмешательства и пособия, излишняя увлечённость оперативными методиками, неверные представления о сущности патогенеза и патогенетически обоснованного лечения, а также простой недостаток информированности и той же лобознательности. Вместо выбора доказанного метода лечения или отказа от него используются способы, не основанные на evidence based medicine, иногда заведомо устаревшие, а потому неэффективные.

Монография оценивает сложившуюся акушерскую практику именно с критических позиций, иногда немного более эмоционально, чем это принято в научной литературе, но при этом демонстрирует искренность автора, а иногда даже личную боль. Однако, не ограничиваясь критикой, автор обозначает основные пути решения имеющихся проблем. Опираясь на мощную доказательную базу с подробным цитированием как иностранных источников, так и колоссального научного и клинического опыта отечественных исследователей-интеллектуалов и ряда решений российского акушерско-гинекологического сообщества, автор защищает один главный постулат: именно исчерпывающий профессионализм, основанный на доказанных фактах и критическом подходе к собственной ежедневной работе и её результатам, позволит отечественным акушерам-гинекологам оказывать российским женщинам максимально качественную медицинскую помощь, лучшую из возможных.

Монография предназначена исключительно для профессионалов: акушеров-гинекологов, неонатологов, организаторов службы родовспоможения, студентов, интернов и ординаторов, специализирующихся в сфере репродуктологии.

Книга не предназначена для широкого круга читателей.

УДК 618.2
ББК 57.16

ISBN 978-5-91-785-010-8

© Радзинский В.Е., 2011
© ООО «Медиабюро Статус преzens», 2011

Предисловие акад. РАМН Г.М. Савельевой



Савельева Галина Михайловна, акад. РАМН, один из ведущих российских акушеров-гинекологов, 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). Её учебник для студентов «Акушерство» в течение уже 12 лет является наиболее востребованным по этой специальности.

Четыре года назад вышло прекрасное репринтное издание книги первого мирового классика в акушерстве Эрнста Бумма¹. 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. АМН СССР Н.С. Бакшеев. Характер ученика был под стать учителю: независимый, упорный, жёсткий в достижении цели. 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,

¹ Бумм Э. Руководство по акушерству / Пер. с нем. С.И. Розенфельд. — Репр. изд., 1922. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 600 с.: ил.

онкогинекологическом отделении, стал главным специалистом района, написал первые книги¹. Продолжал научную работу на базе двух НИИ АН Украины — НИИ биохимии и НИИ молекулярной биологии и генетики, защитил докторскую в Санкт-Петербурге.

В том же 1985 году молодой доктор наук был приглашён ЦК Компартии Туркменистана заведовать кафедрой акушерства и гинекологии, а спустя ещё 4 мес 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 туркменского здравоохранения, поскольку материнская и младенческая смертность «зашкаливали».

В те годы специалисты часто ездили по стране и рассказывали о первых шагах молодого директора: обучение на своих базах интернов и специалистов районного звена ургентной помощи (в том числе технике кесарева сечения, операции при внематочной беременности), коренная перестройка подготовки субординаторов и многое другое. Результат не замедлил сказаться: в каждой из 44 ЦРБ Туркменистана появились оперирующие акушеры-гинекологи; до этого они были только в 21. Материнская смертность снизилась в 2 раза. Об этом хорошо написано в книге В.И. Кулакова и О.Г. Фроловой. Туркменский НИИ из III 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 умирают 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 фетоплацентарной системы.

В 1994 году — переезд в Москву, был назначен руководителем Второй клиники МОНИИАГ. Здесь борьба за современные перинатальные технологии, их научное обоснование в Московской области. Благодаря его любимой ученице с анхабадских времён — главному педиатру Минздрава Московской области — современные перинатальные технологии внедрялись шире и полноценнее всех в стране. Велась интенсивная научная работа в альянсе с директором МОНИИАГ, членом-корр. РАМН проф. В.И. Краснополским и зам. директора по науке проф. М.В. Фёдоровой. Как хорошо гармонировали суровый Владис-


¹ Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: «Здоровье», 1983. — 208 с.

лав Иванович Краснопольский и улыбчивый Виктор Евсеевич, как здорово работал этот тандем на зарубежных конференциях! А потом с 1996 года — опять кафедра, но уже в 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 РОАГ, главный специалист Росздравнадзора, член редколлегий ведущих журналов по специальности, главный редактор единственного общественно-политического журнала для акушеров-гинекологов России *StatusPraesens*, организатор отечественных конференций о противоречиях в науке и практике, руководитель постоянного международного семинара «Ранние сроки беременности», проводимого один раз в 2 года.

Постоянно бывая в регионах страны, изучая и inspectируя основные формы работы родовспомогательных учреждений, В.Е. Радзинский как опытный профессионал не мог не отметить различий и противоречий 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 безопаснее 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. РАМН, докт. мед. наук,
проф. Г.М. Савельева

Предисловие автора

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, осмоокотерапия гестоза — настоящий «ренессанс» метода Бровкина в новых технологиях. Используем мы тот же сульфат магния, только теперь титруем его через инфузомат¹. Новый способ введения внёс свои плюсы, свои усовершенствования — методика совершенно 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 (СПТ) — 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 полимеразной цепной реакции (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 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,

¹ Вот потому нужны градации тяжести гестоза для выбора оптимальной дозы этого препарата (см. главу «Гестоз»).

восполнение кровопотери собственными (!) отмытыми эритроцитами (Cell saver) и внутрисосудистого объёма — крахмалом, а также необщепринятый, но часто спасающий жизни «НовоСэвен», управляемая баллонная тампонада («привет» из 1854 года, реализованный в новых материалах), ангиографическая 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 предупредит негативные последствия хирургического аборта (прежде всего — эндометрит), улучшит репродуктивное здоровье молодых женщин и прогноз для последующей беременности.

Эти и многие другие отрадные новинки соседствуют, к сожалению, с печальными цифрами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Из почти 400 000 женщин, умирающих в течение года в мире по причине беременности и родов (материнская смертность), 35 000 погибают в результате врачебных ошибок. Половина случаев — следствие осложнений наркоза (как правило, интубационного) при кесаревом сечении. Необъяснимо, почему до сих пор в стране существуют стационары, практикующие эндотрахеальный наркоз при абдоминальном родоразрешении вместо регионарной анестезии? Почему в РФ за год используют только 2 тонны транексама, а в США — 100 тонн? Почему полипрагмазия, 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 подольных) при незрелой шейке матки? А ведь это увеличивает число осложненных 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 ante- и интранатального 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%) приводят к высокой перинатальной смертности, заболеваемости, росту числа «аппаратных» детей не всегда с 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, напомню, уже в 2012 году.

Вопросы далеко не праздные. Меняется политическая и социально-экономическая ситуация в стране. Компьютерная грамотность, Интернет не остав-

ляют 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 2–3 случая материнской смертности в сутки, а только один! Нам, медикам, 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 33 000 жизней, оборвавшихся в ДТП, 15 000 — унесённых алкоголем, 12 000 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 (на всех уровнях руководства здравоохранением), не выносятся столько зысканий и так часто не доходят дела до прокуратуры.

Взрослая 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 божеству, 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 качественными, 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 гупфером 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 «Врачебные ошибки»).

Именно противодействию посвящена книга, которую вы держите в руках. Противодействие состоит в критическом осмыслении действий врача родовспомогательного учреждения с позиций профилактики акушерской агрессии¹. Её элементы можно усмотреть в большинстве случаев с неблагоприятным исходом беременности и родов.

Работа над этой книгой могла бы затянуться. Однако не так давно 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 преимущественной регионарной анестезии!

Другой врач, оказывая «пособие» по Кристеллеру², «выдавил» ребёнка-инвалида и не диагностировал разрыва селезёнки. Разве новость, что «пособие по Кристеллеру» запрещено? Кстати, с 1 января 2008 года во Франции 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 орга-

¹ Акушерская агрессия — ятрогенные, научно не обоснованные действия, направленные якобы на пользу пациентке, а в итоге приносящие матери и плоду вред.

² См. далее в тексте.

носохраняющие 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 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, канд. мед. наук Марине Александровне **Оленевой**, ГКБ №29, канд. мед. наук **Владимиру Алексеевичу Соболеву** (1995–1997), генерал-лейтенанту медицинской службы, докт. мед. наук Юрию Николаевичу **Саввину** (1999–2008), докт. мед. наук Андрею Викторовичу **Дубровскому** (с 2008 года) и их постоянному заместителю по акушерско-гинекологической помощи докт. мед. наук Татьяне Викторовне **Златовратской**.

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**, члену-корр. РАМН Ираиде Степановне **Си-**

доровой, профессорам 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 **Логутовой**, 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**, Владиславу Викторовичу **Ковалёву**, Любове Валентиновне **Посисеевой**, Ольге Григорьевне **Фроловой**.

Спасибо им за острые дискуссии, согласия и несогласия, «версии и контра-версии» 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. Радзинский

ВВЕДЕНИЕ

Акушерская агрессия и безопасное акушерство



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 осуществлять только в крайних случаях. Лечебные воздействия должны быть основаны на глубоком понимании физиологии, потому что главное в нашей специальности — вовремя прогнозировать и диагностировать отклонения от нормы. И сразу же начинать их коррекцию.

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

Например, без сомнения, современная статистика в отношении кесаревых сечений (20% в популяции!) 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 немыслимые показатели: в ряде стран частота кесаревых сечений достигает 40% (FIGO, 2009). При этом 25% этих операций можно было бы избежать без риска для матери и ребёнка. Ссылки на «классическое» акушерство в качестве оправдания — не более чем словесный стереотип.

В результате замены всех мануальных действий абдоминальным родоразрешением забыты акушерские повороты (достижение XVIII века). Резко снизилась частота операции наложения акушерских щипцов. Вероятно, мы переживаем очередной «виток» увлечения хирургическим мастерством. И это, с одной стороны, оправданно: снижается перинатальная смертность, развиваются новые технологии, предложены современные шовные материалы, а модификации операции кесарева сечения становятся всё более безопасными. Однако есть и другая сторона.

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 назад на нас с тем же гордым чувством пройденного, которое испытываем мы, оглядываясь назад 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. Их последствия в большинстве случаев можно расценить уже как проявления **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 суппозиторийев с папаверином при невыпаивании (в своё время мы были ошарашены сообщением, что папаверин практически не выходит из свечной основы) или 1–2 таблеток в сутки дорогого, но совершенно бесполезного для беременных препарата «Магне В6» (однако в больших дозах возможен пиридоксинный гипervитаминоз).

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 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 как интересы 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»¹ (**evidence based medicine**), обусловлено необходимостью систематизации и критического анализа уже упомянутого избытка медицинской информации.

Острая необходимость совмещать личный опыт и сведения из мощного информационного потока вызывает растерянность, поскольку ориентироваться в быстро меняющейся ситуации на фармацевтическом рынке трудно. Из-за ограниченности индивидуального мнения и личного клинического опыта и происходит большинство врачебных ошибок. Между тем сделать врачевальную 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 классифицировать по срокам беременности и точке приложения неоправданных, зачастую неправомерных врачебных действий (например, так называемое «пособие» по Кристеллеру).

К сожалению, **акушерская агрессия встречается беременную прямо у входа в женскую консультацию**. Если ещё точнее, большинство женщин просто не готовы к беременности (социальные факторы, вредные привычки, экстрагенитальные и гинекологические заболевания). Значительна и негативная роль агрессивной тактики врачей. Сюда следует отнести ненужное дорогостоящее обследование для поиска несуществующих заболеваний (мик- и уреаплазмоз, гарднереллёз и другие «озы»), отсутствующих в МКБ-10, а также бессмысленное «лечение» с прицелом на недостижимую стерильность влагалища.

Эти агрессивные действия стали популярны в нашей и других странах с внедрением качественной ПЦР — высокоточного метода микробиологической диагностики — во второй половине XX века. В 2007 году США решили для себя эту проблему радикально, **вообще прекратив все исследования влагалищного отделяемого, если у беременной нет жалоб на патологические бели**. Ведь качественная ПЦР неинформативна, обнаруживает вообще все микроорганизмы, в том числе симбионты и комменсалы. Лечение по результатам такого анализа излишне, обходится дорого и может привести к тяжёлым иrogenным 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 после-

¹ Установившийся, но неверный перевод: это **медицина, основанная на доказанном** (на доказательствах).

абортный и послеродовый сепсис уносят жизнь каждой пятой-шестой из погибших в связи с беременностью и родами. Всё это — плачевные результаты ненужного антибактериального лечения и формирования антибиотикорезистентности большинства условно-патогенных микроорганизмов (см. главу «Сепсис»).

Наряду с новыми «проявлениями агрессии» никуда 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. Прежде всего, это весьма широко применяемое пособие не имеет к выдающемуся учёному, акушеру-гинекологу Кристеллеру никакого отношения. Ничего подобного он никогда не предлагал (см. далее).

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

Проблема — мировая! А решения жёсткие. С 1 января 2008 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.

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! 90% исков до суда не доходят, но сколько за этими цифрами скрыто погибших нервных клеток, 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 III. Радует, что вместе с тем есть и положительные сдвиги, о которых надо знать, чтобы защитить себя. Речь о новом Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи (приказ МЗСР РФ №808н).

¹ Потрясающая статья одного депутата после обсуждения страхования врачей с рефреном: «Да они тогда вообще будут нас убивать!»

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, устаревающие и не всегда основанные на принципах доказательной медицины нормативные документы. Это и есть главная цель книги — дать основные ориентиры для тех, кто является профессионалом в сфере акушерства и намерен им оставаться ещё долгие годы.

Кто предупреждён, тот вооружён.

ГЛАВА I

Демографические аспекты деторождения

акusherlib.ru

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

Согласно данным ВОЗ, экономический спад в Центральной и Восточной Европе (включая в том числе и европейскую часть России), ставший закономерным итогом политических перемен в 1989–1990 годах, а затем в 2008 году и далее, спровоцировал значительный демографический контраст между странами с развитой рыночной экономикой на западе и странами с переходной экономикой на востоке. В подтверждение серьёзности этого постулата можно отметить, что в восточной части региона снизилась продолжительность жизни и повысилась смертность. Впоследствии выросли коэффициент материнской и младенческой смертности, распространённость инфекций, передаваемых половым путём; небывалых цифр достигло количество аборт на фоне редкого использования средств контрацепции.

Здравоохранение стран Евросоюза было озабочено не только разницей в качестве медико-санитарной помощи, но и различием в векторах демографической направленности: местами ухудшение репродуктивного здоровья населения достигало критического уровня.

Наихудшие демографические тенденции второй половины XX века были озвучены на 51-й ежегодной сессии ВОЗ. Старение населения экономически развитых стран на фоне крайне низкой рождаемости прозвучало как **«беспрецедентное для мирового сообщества в мирное время»** (рис. 1-1). С середины 1970-х годов уровень рождаемости в большинстве развитых стран (на тот момент — средоточии почти четверти человечества) оказался ниже уровня простого воспроизводства населения.

В РФ средний суммарный коэффициент рождаемости 1,5 (2010 год — 1,57) демонстрирует тенденцию к неизбежной депопуляции. И даже во многих развивающихся странах, где многодетность (12–15 детей в семье) считается традиционной, за последние десятилетия стала отмечаться среднететность (5–7). Хотя в целом рост мирового населения в настоящее время происходит именно за счёт развивающихся стран.

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. Эти страны составляют резерв будущего демографического прироста.

Согласно прогнозам ВОЗ, к 2050 году на каждого жителя развитых стран будет приходиться 7–8 жителей развивающихся, что станет причиной миграции (контролируемой и неконтролируемой) и ассимиляции. Также возможен



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

сценарий этнической изолированности в развитых странах со всеми вытекающими из этого последствиями.

Россия заняла среди других стран особое место. Диссонанс есть уже в самих демографических показателях: **рождаемость соответствует таковой в экономически развитых странах, а смертность аналогична показателю для развивающихся стран (!)**, однако, к счастью, явно снижается (рис. 1-2).

Россия — не единственная страна с подобными демографическими характеристиками. В таком же сложном демографическом положении оказались более 40 стран Восточной и Центральной Европы, большинство бывших республик СССР, Япония и некоторые другие. Здесь семьи тоже предпочитают иметь не более одного или двух детей.

Подготовленный независимыми экспертами по инициативе ООН доклад «О развитии человеческого потенциала в России» обнаруживает явный диссонанс содержания с заглавием. При ближайшем рассмотрении можно убедиться в приближении **демографической катастрофы** — убыль трудоспособного населения, уменьшение числа потенциальных матерей, сокращение рождаемости.

К сожалению, вопросы смертности и рождаемости в РФ остаются сугубо частными; государство вмешивается в них минимально. Именно поэтому все заявления о так называемых позитивных сдвигах в демографической политике не имеют под собой реальной почвы. Отсутствует государственная политическая программа не только по сохранению нации, но и по предотвращению её вырождения. К сожалению, правительство слишком долго не прислушивалось к заявлениям профессиональных демографов. Результат — **неуклонная деградация человеческого потенциала в России**, с трудом поддающаяся попыткам коррекции¹.

¹ Чего стоит попытка изменить порядок выплат пособий по беременности и родам в конце 2010 года, вызвавшая марш «женщин с животами»!



Рис. 1-2. Демографические модели.

Затяжной социально-экономический стресс, пережитый населением страны за 20 лет реформ, при отсутствии сбалансированной демографической политики резко ухудшил здоровье и нарушил репродуктивное поведение граждан. Даже больший, чем кризис 90-х годов, ущерб воспроизводству населения нанёс глобальный экономический кризис, начавшийся в 2008 году. Снижился показатель рождаемости (10 на 1000 населения), и возросла общая смертность населения (15 на 1000 населения, рис. 1-3).

Динамика показателей рождаемости и смертности приобрела угрожающие очертания, вплоть до опасности **депопуляции**. Россия, одна из крупнейших стран мира по численности населения, уверенно сдвигает позиции, пропуская вперёд развивающиеся страны. Численность населения страны сократилась за 10 лет более чем на 5 млн человек. Россияне умирают в 1,5 раза чаще, чем рождаются.

В 2000 году наша страна занимала 6-е место в мире по численности населения — 144,8 млн человек, что составило 2,4% от общей численности населения земного шара. Сокращение этого показателя происходит из-за естественной убыли, т.е. из-за преобладания смертности над рождаемостью. Естественная убыль за период между переписями (1989 и 2002 годы) составила около 7,4 млн человек (родилось 20,5 млн, а умерло 27,9 млн).

Согласно прогнозам ООН, в 2050 году Россия окажется лишь на 18-м месте с численностью населения в 101,5 млн (1,1% от общего населения Земли). Получается, что **на 13% суши нашей планеты будет жить 1% человечества**, что наводит на некоторые печальные мысли. Есть и другие варианты прогнозов:

- в соответствии с «оптимистическим» прогнозом произойдёт некоторый рост численности населения до 151,8 млн человек к 2050 году;



Рис. 1-3. Население Российской Федерации, млн чел.

- при «среднетяжёлом» варианте развития событий численность населения страны к 2050 году сократится до 121,3 млн человек¹.

Развитие событий по последнему сценарию приведёт к снижению доли трудоспособного населения до 47% (вместо 63% в 2005 году) и увеличению численности пожилого населения примерно в 2 раза. Количество жителей уменьшится более чем на 20 млн человек, в результате 35% будущих жителей составят пожилые, лишь менее 20% — дети и подростки. Однако ход дальнейших событий зависит от экономического положения страны и социальной политики государства. Сегодняшняя ситуация в России во многом напоминает 30-е годы XX века во Франции и Германии. «Великая депрессия» в экономике тех лет сопровождалась и демографическим кризисом.

Общественное мнение всегда связывает демографические встряски с перепадами экономическими. Голодные годы, войны и революции всегда и везде приводили к отсрочке заключения браков, сокращению рождаемости и повышению смертности. В России в XX веке серия социальных потрясений повлекла за собой демографические кризисы огромной разрушительной силы. Напомним их: 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 закончилась эпоха послевоенной прироста численности населения. В первое военное десятилетие прирост был весьма высоким, второе десятилетие ознаменовалось быстрым сокращением прироста («оттепель» 1960-х годов, сексуальная революция на Западе, переоценка отношения к браку, институту семьи, деторождению, урбанизация и ассимиляция

¹ Главное сейчас — стабилизировать популяцию в количестве 142–143 млн человек; позитивные сдвиги уже намечились. Ещё важнее — не растерять репродуктивный потенциал.

населения в городскую культуру). Затем последовали два десятилетия стабильности (или, как принято говорить о данном отрезке времени, застоя).

Во второй половине 1970-х годов рождаемость упала ниже уровня простого воспроизводства в большинстве развитых и во многих развивающихся странах, где на тот момент проживала примерно четверть человечества.

Особо неблагоприятной эта ситуация оказалась для России. В конце 1980-х началось обвальное падение рождаемости. Начиная с последних месяцев 1991 года естественный прирост стал отрицательным и, видимо, останется таковым в обозримом будущем. Событие, обозначенное в мировой научной литературе как **«русский крест»**, стало символом национальной трагедии: в 1991 году **впервые во многовековой истории России** смертность оказалась выше рождаемости (рис. 1-4). После Великой Отечественной войны, голодных лет восстановления страны такое случилось впервые. Да и в целом за 300 с лишним лет ведения статистических записей в России число умерших никогда не превышало количества рождённых.

Первыми стали бить тревогу акушеры: пустуют роддома. Вместо 5000 родов за 1985 год в тех же роддомах спустя 7–8 лет их стало 1800–1500 и даже менее. Начала сокращаться численность населения, причём наибольшие темпы были зарегистрированы среди детей 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 слушаниях¹ в Госдуме (2002 год) отношения к проблеме не изменил, хотя прозвучали такие выводы: в 2008 году, когда достигнут 17-летия рождённые в 1991 году (а их всего 1 380 000 вместо 3–4 млн), никому будет идти не только в армию и профессиональные училища, но и в вузы!

Лишь в 2005 году президент РФ В.В. Путин произнёс слова **«демографический кризис»**, что и послужило отправной точкой для новой демографической политики. Основным «инструментом» стимулирования рождаемости должен был стать масштабно отрекламированный материнский капитал. И уже в 2006 году руководители страны с удовлетворением сообщили о рождении 1 457 826 детей, в 2007 — 1 581 023. В 2008 году число рождений возросло до 1 683 123. И, наконец, в 2009 году — до 1 732 059 детей.

Однако реально ли быстро добиться стабильных и продолжающихся в будущем результатов при стимулировании рождаемости? Ведь слишком долго не было стратегических мер государственного регулирования естественных и механических демографических процессов. Утверждать, что миновал поворотный момент кризиса, хвастаться успехами политики национального про-

¹ Парламентские слушания «Наркомания, алкоголизм, СПИД — угроза будущему России», 19 декабря 2002 года.



Рис. 1-4. Рождаемость, смертность и прирост населения в РФ (на 1000 чел.).

ектирования не вполне дальновидно. Пережив несколько колебаний рождаемости с начала 1990-х годов, Россия всё ещё среди отстающих стран — в 2006 году она была лишь на 27-м месте среди 40 развитых государств. Коэффициент рождаемости в РФ к этому моменту оказался ниже коэффициента смертности практически в 1,5 раза — 10,4 против 15,2 на 1000 женщин репродуктивного возраста.

Посмотрите на рис. 1-5. Если сопоставить коэффициенты депопуляции, окажется, что мы движемся в общеевропейском направлении (−0,7), но в темпе, **существенно превышающем** таковой в Евросоюзе (−2,0). Не приходится говорить и о заметной положительной динамике естественного прироста в России: он ниже европейского в 3 раза. О приросте населения свидетельствует коэффициент 2,15 и более, а у нас он всё ещё отрицательный.

Каждые 5 лет на 20% снижается количество женщин, способных родить ребёнка. Наиболее высок уровень рождаемости в Чечне — 2,77 рождения на человека. По 2,1 ребёнка рожают женщины в Эвенкийском, Бурятском, Чукотском автономных округах (АО) и в Туве — регионах, которые к комфортным явно не отнесёшь. Наименьшие показатели в Ленинградской, Тульской, Воронежской, Саратовской, Тамбовской областях.

Резкое падение суммарного коэффициента рождаемости до 1,3 и снижение доли повтор-

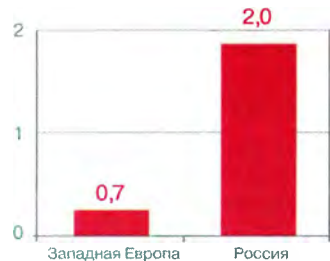


Рис. 1-5. Показатель депопуляции (на 1000 чел.).

ных рождений до 40% выводят Россию в ряд стран с наиболее низкими показателями деторождения, подтверждая сужение воспроизводства населения.

У профессионалов-демографов есть все основания усомниться в перспективности оптимистичных прогнозов «наверху». Принятая государством «Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года» удручает очевидным отсутствием авторитетных экспертов среди авторов-разработчиков. Как утверждают авторитетные демографы (и подсказывает здравый смысл), «бонус за материнство» может обеспечить лишь **кратковременный всплеск рождаемости, в основном среди малоимущих.**

Упрощённая схема «мы вам немного денег за раз, а вы нам — налогоплательщика навсегда» не срабатывает. Куда деть сумму, не представляющую существенной финансовой ценности для многочисленных семей, способных родить и выносить 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» оказалось малоэффективным.

Мы уже писали, что пока ни в одной стране мира не удалось повысить мотивацию рождения финансовыми дотациями. Однако деньги нужны. Основной вопрос — точки их применения. «Материнский капитал» — не панацея. Даже если бы эти деньги можно было тратить на своё усмотрение, суммы хватило бы, чтобы прожить с новорождённым только один год. А дальше? Можно купить 3 м² московского жилья, например санузел. А остальное? Связаться с кабальной ипотекой и всю жизнь быть под дамокловым мечом безжалостной и хладнокровной банковской системы? Вложить деньги в будущее образование родившегося ребёнка? Но это можно будет сделать лишь через 15–20 лет. А что будет с деньгами, что будет с образованием за это время? Такого рода меры — почти бартер — можно охарактеризовать как «социальную торговлю»: вы нам очередного ребёнка, а мы вам деньги, и ни в чём себе не отказывайте. Понятно, что 350–400 тыс. рублей — не та сумма, которая вызовет у трезвомыслящих россиянок приступ желания родить очередного ребёнка, а вот для не совсем здоровых \$10 тыс. — манна небесная, особенно если эту сумму перевести в декалитры.

Если попытаться разобраться в причинах нежелания иметь детей, то по данным ВЦИОМ, в 2008 году причинами демографических проблем в России наши сограждане считали низкий уровень жизни, высокие цены (20%) и маленькие детские пособия (19%). 17% жаловались на недостаточное число детских воспитательных учреждений, 13% — на плохое медицинское обслуживание. 8% считали значительной проблемой жильё, по 7% — платную медицину, образование, дорогие детские сады, лечение, детское питание. Почти две трети россиян (60%) на тот момент не имели детей и не планировали ими обзаводиться.



Опрос ВЦИОМ показал, что основная проблема материнства в нашей стране — **отсутствие «инфраструктуры материнства»**: остро стоят вопросы с яслями, детсадами, школами, образованием, здравоохранением и т.д. — это проблемы, которые должны быть прямой прерогативой государственной политики. Для материнства в нашей стране нет «зелёного света», кругом, куда ни посмотри, «заборы и шлагбаумы».

Однако мировые примеры эффективного вложения средств в демографию есть. 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. Однако опыт показал, что эффективность такой модели становится неоспоримой лишь после её полноценного функционирования в течение двух десятилетий.

Поэтому сегодня властям нужно отходить от финансовых инструментов управления рождаемостью в пользу комплексной поддержки совмещения семейной жизни и **трудовых обязанностей**. Именно невозможность совмещения интенсивной работы с рождением и воспитанием детей, по мнению социологов, ограничивает рождаемость в России. Это приводит к конфликту репродуктивных интересов общества и семьи. Общество не может отказаться от трёхдетной семьи, тогда как для самой семьи наличие нескольких детей постепенно утрачивает смысл, поскольку для удовлетворения психологических мотивов по реализации родительства (основная мотивация к деторождению), по-видимому, достаточно двух детей или даже одного.

Кроме того, нельзя сбрасывать со счетов, что рождаемость в России связана даже не столько с мерами, направленными на её увеличение, сколько с числом женщин репродуктивного возраста. Определённый рост рождаемости последних лет именно этим и обусловлен. Но умалчивается, что он уже замедлился и скоро прекратится.

Всплеск рождаемости ситуативен: некоторому росту числа рождений способствовало вступление в репродуктивный возраст женщины, появившихся на свет в конце 1970-х и начале 1980-х годов XX века — их стало больше (к этому времени детская смертность снизилась, до репродуктивного возраста дожило больше женщин, чем среди рождённых в 1950–60-е годы). Однако влияние этого фактора на увеличение рождаемости несущественно.

Тема о «буме рождаемости 2006–2008 годов» постепенно сходит на нет. Авторитетные демографы отрицают приписываемое государственной политике реформаторское влияние, а прирост рождаемости называют закономерно просчитываемым. Родилось не больше детей, чем ожидали специалисты, и демографический кризис никуда не делся. Государство так и не смогло предложить очевидную финансовую опору материнству, поэтому основным мотиви-

рующим фактором в демографии становится психологическая потребность в детях.

Сокращение количества женщин, готовых рожать, обусловлено не только кризисом, но и небольшим количеством самих потенциальных матерей. Сейчас в репродуктивный возраст вступают рождённые в те самые «лихие 90-е», а их заведомо мало. Вывод очевиден: **стране предстоит дальнейшее сокращение рождаемости**, что усугубит и так неблагоприятную демографическую ситуацию.

Взгляд с определённого ракурса позволяет проанализировать причины 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**. При опросах общественного мнения 50 млн россиян оценивают своё материальное положение как «плохое» и «очень плохое». (А в последние годы ситуация просто парадоксальная: бедных людей становится меньше, но смертность населения не снижается. Главная причина этого парадокса состоит в том, что неправильно определён критерий бедности. К категории бедных относят людей, если величина их денежных доходов ниже прожиточного минимума. Однако размер этого минимума неоправданно крохотный.) К тому же наряду с обнищанием все эти годы на здоровье населения негативно влияли и другие не менее значимые факторы. Это алкоголизм, несчастные случаи, отравления, травмы и прочее, провоцирующее гибель людей, особенно мужчин среднего репродуктивного возраста.

В силу сложившихся обстоятельств удельные затраты на рождение и воспитание ребёнка 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 детности в пользу имущественного, образовательного и профессионально-квалификационного совершенствования своей личности.

У образованной и сделавшей карьеру женщины меняются взгляды на деторождение, но количество детей ограничивается одним, максимум двумя. Вернёмся к позитивному опыту зарубежных стран, уже упомянутых Франции и Скандинавии. Как мы уже писали, в этих странах с развитой экономикой пошли не по пути «подкупа» родителей, а сделали упор на максимальное **сохранение женщин на рынке труда** в течение всего времени взросления ребён-

ка. Гибкий рабочий график, неполный рабочий день, адаптация к режиму работающих матерей расписания детских учреждений позволяют с минимальными потерями совместить материнство и карьеру. Возможен ли этот путь для России? А ведь в нынешних экстремальных условиях у нас просто нет двух десятилетий, необходимых для отработки этой схемы.

Эволюция нравственного сознания меняет принципы формирования семьи. Основное проявление такой эволюции в обществе — изменение сексуального поведения его членов. Брак же, как и развод, в современных социально-экономических условиях стал весьма дорогим удовольствием. Это подстёгивает рост числа эмуляционных видов брака — 30% 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.

В развивающихся странах прирост населения высок в связи с тем, что дети оказываются гарантией социального обеспечения бедных слоёв населения, семейной ценностью, а многодетность культивируется как национальная традиция.

Ещё одна причина того, что «желанные дети в желаемые сроки» для большинства россиян до сих пор недостижимы, — чётко прослеживаемое мнение женщин о том, что **контрацепция и медицинский аборт являются взаимозаменяемой альтернативной в вопросах регулирования рождаемости**. Причём аборт прост и дешёв, тогда как контрацепция требует неких усилий и финансовых затрат. В 1980-х годах в России эффективными средствами контрацепции пользовались 10–12% женщин, а в развитых странах — 60%. При таких различиях ментальности в России тогда регистрировалось 120 абортов на 1000 женщин (2,7 аборта на одни роды), в экономически развитых странах — не более 20. Лишь теперь страна приближается к западным стандартам тридцатилетней давности. Однако при всех позитивных сдвигах только 58% респондентов в 2004 году оценивали текущую беременность как «желанную и своевременную», а 23% — как «желанную и несвоевременную».

Избежать депопуляции при современном уровне смертности возможно, если в среднем на семью будет приходиться 2,2–2,3 ребёнка. Ситуация в России далека от подобного компромисса: за последние 13 лет эта цифра не превосходила 1,6. И положение только ухудшается: согласно аналитическим исследованиям уже к 2025 году для простого воспроизводства населения каждой семье потребуется более трёх живорождений (Кузнецов В.Н., Рыбаковский Л.Л., 2005). Если же тенденция сохранится, то каждое новое поколение россиян не будет превышать 60% численности предыдущего (Архангельский В.Н., 2007). Справедливости ради нужно отметить, что не только в России происходит де-

популяция и типично воспитание всего одного ребёнка в семье. Демографы прогнозируют сокращение численности населения в нескольких десятках стран. Однако если в Японии и Германии к середине XXI века число жителей уменьшится на 14%, то для России прогноз утрачивает уверенность — 30–40%. Останется надеяться на мигрантов из Китая (и, скорее всего, из ряда других стран, в том числе из бывших союзных республик), где русский язык уже давно включен в программу школьного образования. Очевидно, в ближайшее столетие нам предстоит совершенно беспрецедентная ассимиляция.

Перечисленные факты подтверждают, что масштабный демографический кризис в России без принятия соответствующих мер может перерасти в **демографическую катастрофу**.

Демографическую проблему России в состоянии решить те, кто сегодня ходит в детский сад или даже не родился, если удастся сохранить их здоровье и привить нормальное восприятие семейных ценностей. В то же время сухие цифры говорят лучше любых прогнозов, а они таковы:

- перинатальная заболеваемость в России уже несколько лет колеблется около цифры 60%;
- через 18–20 лет почти не останется здоровых супружеских пар, способных родить полноценное потомство;
- число детей и подростков в популяции страны снизилось с **25% в 1997 году до 18,4% в 2009 году** (рис. 1-6).

Все женщины, которым предстоит родить в возрасте 18–30 лет до 2023 года, уже родились. Закладкой фундамента рационального репродуктивного поведения у них заниматься уже поздно, и надеяться на полноценное естественное воспроизводство поколений в будущем не приходится.

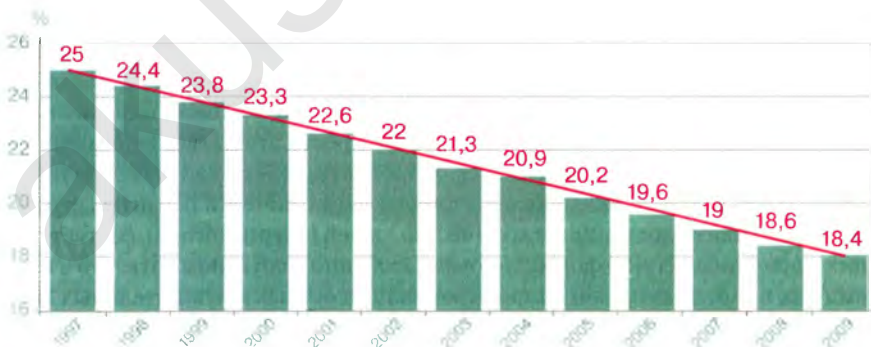


Рис. 1-6. Доля детей и подростков в населении Российской Федерации, %.

Неблагоприятные демографические тенденции усиливают интерес специалистов к **ювенологии**, так как именно с подростками связана надежда на улучшение качества здоровья ближайших поколений. К сожалению, на фоне резкого снижения рождаемости, роста общей смертности населения, сокращения средней продолжительности предстоящей жизни в стране отмечается прогрессивное ухудшение качества здоровья детей, подростков и женщин фертильного возраста.

Всего на Земле более 1 млрд человек в возрасте 10–19 лет. Подростковый период связан с бурными физиологическими и психологическими изменениями в организме. Это одновременно и период неопытности, экспериментаторства, своеволия, недисциплинированности, асоциальности в сочетании с целеустремленностью и желанием учиться, осваивать профессию. Именно последними качествами нужно воспользоваться для обучения сохранению репродуктивного здоровья.

Согласно литературным данным за минувшие 20 лет число абсолютно здоровых девушек снизилось с 28,3 до 6,3%. **75% школьников имеют хронические заболевания, потенциально влияющие на репродуктивную функцию.** К ним относятся болезни сердечно-сосудистой, кроветворной, пищеварительной, дыхательной, мочевыделительной и эндокринной систем. Ранее частота хронических соматических заболеваний не превышала 54,2%. Накопленная частота болезненности у детей и подростков в 2007 году составила 194 и 232%, соответственно (т.е. у детей было больше одного заболевания).

За 10 лет увеличилась и частота гинекологических заболеваний у школьниц: воспалительных — в 3 раза, нарушений менструальной функции и болезней мочеполовой системы — в 1,5 раза. У живущих половой жизнью подростков частота гинекологических проблем в 3 раза выше, чем у их сверстниц, не вступавших в половую связь. По данным литературы, в России частота гинекологических заболеваний у 15-летних девочек-подростков составляет 77,6%, а к 17 годам достигает 92,5%.

В этой связи становится заметным определенное ханжество, которое кроется в дефиниции репродуктивного здоровья (Каир, 1994): «...полное физическое, умственное и социальное благополучие, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и её функций и процессов». 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 острых воспалительных заболеваний в гинекологии, в том числе в подростковой. К сожалению, часто это происходит в силу неправильного лечения, необоснованного применения антибиотиков, что провоцирует микозы, дисбиозы, антибиотикорезистентность.

Во многих случаях проблема связана с самолечением и нежеланием обращаться к врачу за консультацией.

А между тем рост сексуальной активности молодёжи — общемировая тенденция. Ежегодно в мире беременеют от 5 до 10% девушек в возрасте от 13 до 17 лет. Подросткам свойственны случайный характер половых связей, безграмотность в вопросах профилактики инфекций, передаваемых половым путём, и предупреждения нежелательной беременности. У девушек до 14 лет удельный вес прерывания беременности в структуре всех абортот не меняется с годами и составляет 0,05–0,06%. Таким образом, репродуктивный выбор подростков рисует удручающие перспективы. Согласно социологическим опросам стремительно сокращается количество семей, желающих иметь детей. Среди причин — невозможность содержания и воспитания детей на должном уровне, отсутствие необходимых социальных гарантий со стороны государства, распад института семьи. К сожалению, на эти факторы, определяющие репродуктивный выбор женщины, государство обращает мало внимания.

А ведь даже если возникла желанная беременность, всё складывается далеко не радужным образом. Количество нормальных родов в России снизилось



Рис. 1-7. Динамика изменений факторов перинатального риска.

с 46% в 1992 году **до 37% в 2009 году** (рис. 1-7). Это отчасти объясняет неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья новорождённых.

На фоне демографического коллапса в РФ **более половины** беременностей прерываются искусственно или самопроизвольно. А ведь число аборт наравне с показателями материнской и перинатальной смертности определяет **цивилизованность** страны, характеризуя комфортность материнства в ней. Вопрос об искусственном прерывании беременности, одной из ведущих причин материнской смертности, — частный аспект проблемы сохранения потомства. Но не только. Например, за 2003 год общеэкономические потери в РФ, обусловленные прерыванием беременности, составили более 2 млрд руб. только от ранних осложнений.

Несмотря на то, что показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста (30,5 в 2009 году) и соотношение «роды — аборт» (100 : 67 в 2009 году) постоянно улучшаются, ежегодное число искусственно прерванных беременностей в РФ в 3 раза превышает таковое во всех европейских странах, вместе взятых.

В 2009 году в России из-за осложнений этой якобы рутинной операции погибли 93 женщины, из них 10 — в возрасте до 19 лет. Легкомысленное отношение к данной процедуре, а особенно к её осложнениям, в 70% случаев оказывается причиной материнской смертности от послеабортного сепсиса.

Процедура прерывания беременности не бывает без последствий; 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. Итогом долгой патогенетической цепочки оказываются нарушение имплантации и невынашивание беременности. Следствием агрессивного «избавления» от беременности, несомненно, является и увеличение доли бездетных супружеских пар. В России частота бесплодия за десятилетие выросла на 22%.

Особо актуальна проблема прерывания беременности, часто первой, у подростков. Спекулятивные рассуждения о том, что использование контрацепции якобы сдерживает рождаемость, необоснованны. Информация о современных контрацептивных средствах для подростков часто оказывается ложным табу; предубеждение сохраняется и у взрослых женщин.

Пути преодоления

Прогнозируемое катастрофическое снижение рождаемости вследствие уменьшения числа женщин детородного возраста заставляет **дорожить бук-**

важно каждой беременностью и прилагать героические усилия для достижения благоприятного исхода.

Провозглашённые руководством страны государственные приоритеты и осуществляемые в рамках национальных проектов «Здоровье» и «Образование» коренные меры социального и организационного плана призваны повлиять на рождаемость и смертность. Последствия демографического кризиса стали угрожать национальной безопасности России на ближайшие десятилетия. Состоявшееся 16 марта 2005 года в Совете Федерации РФ обсуждение на тему «Государственная политика в охране репродуктивного здоровья населения» с участием представителей Минздравсоцразвития, главных педиатров и акушеров-гинекологов Минздравсоцразвития РФ и субъектов Федерации также было посвящено катастрофической ситуации в нашей стране.

Итак, планируется повысить ценность каждой желанной беременности, увеличить значимость профилактики аборта, наиболее опасного для репродуктивного потенциала страны (см. главу «Аборт»).

Очевидно, что решать проблемы деторождения следует незамедлительно. Единственной надеждой на улучшение ситуации в этой области можно считать объединение сил государственных структур и служб здравоохранения. Первая цель — снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, улучшение здоровья новорождённых.

Приоритетом должна стать **программа улучшения здоровья подростков и юношества**. Это единственный шанс на позитивные сдвиги в ближайшее десятилетие. В основу этой политики должна лечь профилактика аборта первой беременности как наиболее распространённой акушерской агрессии «по обоюдному желанию».

К сожалению, «безальтернативный путь снижения числа абортов — **репродуктивное просвещение подростков 11–13 лет**» (Комиссия Минздрава РФ, 2002) — оказался в масштабах страны невозможен. Акушеров-гинекологов в школы так и не пустили. Однако есть целевая группа, для просвещения которой не требуется согласия родителей и педагогов, а именно **студенты** — будущее национальной интеллигенции: учителя, руководители производств, журналисты.

Именно с целью репродуктивного просвещения этой прослойки молодёжи на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН в 2007–2009 годах была разработана и внедрена научно обоснованная система мер по вопросам репродуктивного здоровья студенток вузов и учащихся девушек (Радзинский В.Е., Хамошина М.Б.). Программа включает охват студенческой аудитории информацией по вопросам репродуктивного поведения девушек-подростков как основной группы риска неблагоприятного исхода на этапе коренного изменения жизненного уклада (отъезд из семьи, переезд в большой город с его

соблазнами и другими моделями поведения¹); организацию лекций отдельно для юношей и девушек с использованием специально подготовленных видеоматериалов; знакомство с клиническими ординаторами и аспирантами — почти сверстниками, готовыми при необходимости прийти на помощь в решении различных вопросов, связанных с репродукцией.

Наряду с проведением лекций по репродуктивному здоровью, которые включены в сетку учебного расписания на первых курсах всех факультетов РУДН, налажена обратная связь со студентами по электронному адресу doctor.rudn@mail.ru, открыта страница на интернет-сайте РУДН. На клиникеских базах кафедры и в студенческой поликлинике организован консультативный гинекологический приём для студентов, в медицинском центре РУДН открыт специализированный кабинет, проводятся тематические циклы повышения квалификации врачей на этапе последипломного образования.

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

Вклад медицинских факторов в формирование конечного уровня здоровья населения **не превышает 10–15%**. Реалии сегодняшнего дня доказывают, что акушеры-гинекологи и здравоохранение в целом могут дать женщине определённые гарантии реализации репродуктивных прав только при условии её психосоциальной готовности к материнству. Эта готовность должна формироваться уже с юного возраста и выражаться в самоохранительном поведении, планировании беременности в полноценном эндометрии (не подвергавшемся травматичным воздействиям при хирургических абортах) в условиях максимально возможного социально-биологического благополучия организма, 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. Прогнозировать в условиях быстро меняющейся жизни чрезвычайно трудно. Однако указать исторический этап эволюции рождаемости, на котором Россию застал социально-экономический и политический кризис, уже сейчас можно и необходимо. Это тем более важно, что по всем признакам Россия не просто переживает кризис — страна проходит через этап глубокого переосмысления своей истории, самопознания сущности своей культуры и поиска ответов на жизненно важные вопросы.

Демографическая ситуация в России — один из вопросов выживания нации.

¹ Прекрасно описано в романе А. Иванова «Общага-на-крови».

ГЛАВА II

Материнская и перинатальная смертность



Материнская смертность

Саммит нового тысячелетия (2000) отметил, что мировое сообщество оказалось перед острой необходимостью снижения материнской смертности и охраны материнства в целом. Именно материнская заболеваемость и смертность характеризуют статус репродуктивного здоровья женщин, поэтому основной целью интернациональных программ стало снижение коэффициента материнской смертности в мире к 2015 году по сравнению с 1990 годом на три четверти.

Материнская смертность — не только основной критерий качества работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом, но и интегральный показатель, характеризующий состояние 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. Подразумевается акушерская смерть по неуточнённой причине (смерть матери от неуточнённой причины 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 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 её прекращения.

Случаи материнской смертности 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, упу-

щений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин);

- смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами (смерть в результате существовавшей прежде болезни или заболевания, развившегося в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощённой физиологическим воздействием беременности).

Мировая статистика материнской смертности

Согласно данным ВОЗ, ежегодно наступление беременности регистрируется примерно у 200 млн женщин, тогда как роды наступают лишь у 130 млн. Весь активный репродуктивный период женщину сопровождает риск смерти при воспроизводстве себе подобных.

В начале XXI века в связи с осложнениями деторождения была зарегистрирована гибель 590 тыс. женщин, что значительно превышало показатель 1980-х и начала 1990-х (500 тыс.). За минувшее десятилетие удалось добиться снижения материнской смертности (530 тыс. — в 2005 году, 358 тыс. — в 2008 году). Даже при всей приблизительности подсчётов этот прорыв, в основном обеспеченный развивающимися странами, стал следствием внедрения хотя бы минимума технологий, связанных с материнством и младенчеством.

Если говорить о достоверности цифр, характеризующих материнскую смертность, то статистика в целом сомнительна, поскольку во многих развивающихся странах не учитываются случаи гибели женщин, если они родили мёртвых или погибших перинатально младенцев, не зарегистрированных в органах ЗАГС. Эта ситуация в большинстве стран Африки и Азии, где внесению в базу государственной статистики по материнской смертности подлежит лишь тот случай, когда смерть матери произошла при живорождении.

Такой принцип при учёте случаев материнской смертности считают своеобразным компромиссом. Соответственно, оперировать этими данными можно, но лишь вследствие больших (увы!) цифр. Даже таких условных данных достаточно для вполне достоверных выводов, заключений, определения приоритетов в снижении материнской смертности.

Довольно долго в разных странах материнская смертность трактовалась неодинаково; во многих государствах этой статистики не было вообще. В СССР материнская смертность регистрировалась не от начала беременности, а с 28 нед, т.е. случаи смерти в связи с абортми и внематочной беременностью не входили в число и структуру погибших в связи с беременностью. Китай не предоставлял статистических данных, Пакистан и Индия их вообще не имели, т.е. показатели материнской смертности более чем для половины земного шара

были неизвестны. Вот почему международные договорённости о едином подходе, достигнутые в 1995 году, стали важным этапом мирового цивилизованного пути. Вариант, предложенный в десятом пересмотре Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-10), представляется 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, умерших в течение 42 дней после прекращения беременности, к числу живорождённых, умноженному на 100 000. Числитель формулы — это определение материнской смертности в абсолютном выражении; коэффициент рассчитывают на 100 000 живорождённых детей.

Несмотря на то что в большинстве экономически высокоразвитых стран показатель материнской смертности составляет менее 20 на 100 000 живорождённых, среднемировой коэффициент равен 260, что не намного отличается от показателя развивающихся стран (290).

На одну женщину, погибающую в связи с реализацией своей репродуктивной функции в развитых странах, в странах третьего мира умирает 99 (96% — 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%), тогда как доля развитых стран составляет 0,5%. Почти половина всех материнских потерь регистрируется 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 является 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 цифровые итоги материнской смертности действительно погрязают. Эквивалентами ежедневных материнских потерь во всём мире могли бы стать крушение двух пассажирских поездов, падение четырёх «Боннгов» с 350 пассажирами, разрушение десяти многоквартирных домов или гибель полка солдат. В среднем это составляет около тысячи 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! Но каждодневную гибель тысячи женщин адекватно воспринимают лишь



ЕЖЕДНЕВНО

Рис. 2-1. Материнская смертность в мире.

узкие специалисты. Поэтому материнская смертность и получила у экспертов ВОЗ прозвище «тихая эпидемия» (*silent epidemic*, рис. 2-1).

Материнская смертность, государство и общество

Столь катастрофическая статистика не случайна. К сожалению, 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 год). На Всемирном конгрессе по проблемам материнской смертности (Марракеш, Марокко, 1995 год) уже не было официальных представителей ООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ.

Назовём лишь две главные причины. Оказалось, что для перевода так называемых домашних родов в стационарные необходимы огромные финансовые затраты (до \$72 трлн). Таких денег у мирового сообщества нет. Более того, уже в 2005 году рядом научных работ, в том числе кандидатской диссертацией

нашего аспиранта Ж.О. Кочофа (Бенин), было показано, что в стационарах, где в год проходит менее 600 родов, материнская смертность не снижается: ведь это всего лишь 1–3 родов в сутки, не дающих врачам возможностей профессионального роста. Кроме того, не оправдались радужные прогнозы ВОЗ, сделанные в 1970 году. Ожидалось, что в начале XXI века материнская смертность снизится в 2 раза (с 500 до 250 тыс. умерших женщин), но показатель, наоборот, возрос до 590 тыс.

Причин, как всегда, несколько, но главное — приоритеты. Основной был отдан созданию системы планирования семьи. Идеологически это было, вероятно, правильно: интергенетический интервал 2 года и более, а также прекращение родов после 40 лет реально снижают в многодетных регионах материнскую смертность в 2 раза, а младенческую — в 4. Но... гладко было на бумаге.

Глобальный проект «Планирование семьи» потерпел неудачу. В его рамках осуществлялись поставки современных средств контрацепции наряду с обучающими программами. Даже проект «Репродуктивное здоровье и права молодежи РФ» (репродуктивное просвещение подростков) в России потерпел фиаско. Сказались длительный информационный вакуум и устойчивые представления о том, что «...чем больше молодёжь будет знать о сексе, тем больше будет им заниматься» (см. главу «Репродуктивное здоровье подростков»).

Закономерно, что проблема материнской смертности, отданная в ведение национальным правительствам, решена не была. Произошло снижение приоритета планирования семьи. Стало не только меньше программных докладов о проблеме материнской смертности (на конгрессах FIGO 2003 и 2006 годов, например), но и исчезла единая междисциплинарная стратегия как таковая.

Между тем материнская смертность зависит не только от качества работы родовспомогательных учреждений и эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Ведь это результат совокупности экономических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов.

Социально-экономическую детерминированность материнской смертности подтверждает мировая статистика. В целом различия показателя материнской смертности по миру колоссальны — от 1400 в Афганистане, 1200 в Сомали и Чаде до 5 и менее в Австрии, Бельгии, Дании, Греции, Исландии, Италии, Швеции в среднем на 100 000 живорождённых. В странах с высокоразвитой экономикой показатель составляет менее 14 на 100 000 живорождённых, в регионах развивающейся экономикой соответствует 290, а в отдельных странах даже превышает 2000 (Афганистан, 2000 год). Среднемировой показатель материнской смертности составляет 260, в России за 2009 год — 26,1 (по данным Минздравсоцразвития РФ), в Европе — 39, в Африке — 590, в Южной Америке — 85, в Юго-Восточной Азии — 160 (рис. 2-2).



Рис. 2-2. Материнская смертность по регионам мира (ВОЗ, 2008).

Доказано, что **материнская смертность напрямую зависит от среднего дохода на душу населения**. При сравнительном анализе оказалось, что в Сомали этот показатель равен \$100 в год, а материнская смертность составляет 1200 на 100 000 живорождённых; в Египте средний доход — \$400, материнская смертность — 82. Таким образом, дополнительные финансовые возможности способствуют и снижению материнской смертности.

Такая же связь существует между бюджетом Минздравсоцразвития РФ и коэффициентом материнской смертности в нашей стране. Если вспомнить, что в 2003 году средний доход на душу населения в России составил около \$3000 в год, то это во многом объясняет снижение показателя материнской смертности — он впервые оказался ниже 30 и продолжил своё снижение до 22,7 в 2007 году.

Эти данные свидетельствуют о том, что **снизить материнскую смертность можно, повышая благосостояние стран**, в том числе тех, где отсутствует государственная система охраны материнства и детства.

С медицинской точки зрения высокая материнская смертность развивающихся стран предопределена частыми беременностями с коротким интергене-

тическим 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) чётко прослеживается 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) в экономически развитых странах обусловлен сочетанием высокого социально-экономического статуса страны с хорошо налаженной системой защиты окружающей среды, качеством оказания медицинской помощи, высокой 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 10). В богатых странах Персидского залива, где наряду с развитой экономикой имеется **мощная социальная поддержка населения** (Объединённые Арабские Эмираты, Катар, Кувейт), показатель материнской смертности колеблется от 4 до 12.

Несомненна зависимость уровня материнской смертности от культурных, национальных и религиозных традиций. Как известно, запреты или неопределённое отношение к вопросам репродукции порождают конфликты, порой оканчивающиеся трагически. 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, кроме инсеминации спермой донора.

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

Активный репродуктивный период — это отрезок времени, включающий беременность, роды, послеродовый 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 социаль-

но-экономических условий грудное вскармливание порой необходимо там для выживания детей; его продолжительность и увеличивает активный репродуктивный период. Подтверждение приводимых данных — высокий уровень материнской смертности у многорожавших, в 17 раз превышающий таковой в популяции.

Весьма эффективным (но, к сожалению, длительным) мероприятием для снижения материнской смертности считается образование женщины. Исследования показывают, что риск материнской смертности среди необразованных женщин в 80 раз выше, чем среди образованных. Образование, даже начальное, меняет отношение женщины к своей репродуктивной функции, делая его более осознанным, а рождение ребёнка — желанным.

Если усреднить данные для большинства развивающихся стран, получатся следующие 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. Откладывая рождение первого ребёнка, девушка получает образование, у неё меняется отношение к деторождению, появляется возможность осознанного выбора своего будущего.

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 считаются управляемыми. Неуправляемые причины в большинстве случаев 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 65% материнских смертей, стоят составляющие «большой пятёрки» — кровотечение, сепсис, эклампсия, осложнённые роды, «опасный» аборт. Это так называемые **легкоуправляемые** причины (рис. 2-3). 96% материнских смертей приходится **на страны Азии и Африки**, а ведущая роль этих «нецивилизованных» причин объясняется низким подушевым доходом, отсутствием финансирования медицины и соответствующих государственных программ.

В экономически развитых странах первое место в структуре причин материнской смертности занимают **неуправляемые причины**: внематочная беременность, эмболия околоплодными водами, экстрагенитальные заболева-

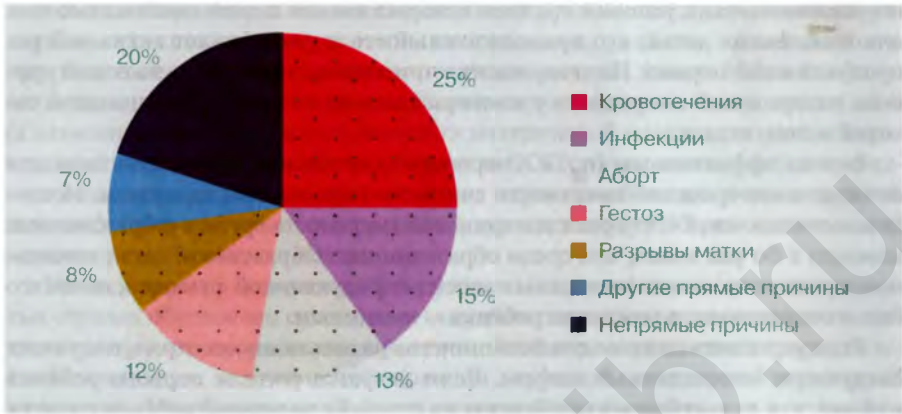


Рис. 2-3. Структура причин материнской смертности в мире.

ния, 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 от кровотечения. Следовательно, резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности следует искать, решая проблему акушерских кровотечений (Серов В.Н., 2008). Всего в мире от причин, связанных с беременностью и родами, в среднем умирает одна женщина каждые 1,5 мин, а по причине именно акушерских кровотечений — каждые 5 мин. В структуре причин материнской смертности в РФ кровотечения составили 12,4% за 2009 год (без аборт), в развитых странах — только 1,7%.

По оценкам экспертов ВОЗ, в мире каждый год проводится около 46 млн аборт, из них 20 млн — нелегально. В 68 тыс. случаев вмешательство приводит к смерти женщины. Первое место в этом неблагоприятном списке 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 производят всего 500 тыс. аборт. В РФ точное количество аборт установить не удаётся в силу недоучёта искусственных прерываний беременности в коммерческих структурах (см. раздел «Аборт в России»), но даже официальная статистика — 1 232 000 (2009) — более чем вдвое превышает таковую всей Европы (!).

В мире 120 тыс. женщин ежегодно погибают от акушерского сепсиса. Поражают другие данные: из 60 тыс. погибающих от аборт $\frac{3}{4}$ составляют септи-

ческие случаи. Абсолютное лидерство сепсиса (если посчитать вместе послеродовый сепсис и септические аборты) демонстрирует, увы, неизменность ситуации с XIX века.

Неполноценность методологии учёта всех летальных исходов искажает уровень 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 показатель материнской смертности для РФ составил 45,2 на 100 000 живорождённых, что не соответствовало уровню развитых стран (менее 20). Уменьшение данного показателя до 24,2 в 2007 году и 22,6 в 2008 году демонстрирует благоприятную тенденцию (рис. 2-4). Однако в 2009 году показатель материнской смертности увеличился на 15% и составил 26,1 на 100 000 живорождённых. При этом в странах «Большой восьмёрки» данный показатель в 2005 году достиг уже 7 на 100 000 живорождённых, т.е. был в 3,5 раза меньше, чем в РФ.

Если сравнивать с 1990 годом, то в 2005 году материнская смертность в России снизилась почти в 2 раза и плавно уменьшается. В 2009 году от причин, связанных с беременностью и родами, в стране погибли 459 женщин. Другими



Рис. 2-4. Динамика показателя материнской смертности в Российской Федерации (на 100 000 живорождённых, по данным Минздравсоцразвития РФ).

словами, реализуя свою репродуктивную функцию, каждые сутки погибала одна женщина. Учитывая отсутствие сбалансированной государственной политики и финансируемых программ по профилактике материнской смертности до 2005 года, следует признать, что снижением показателя до указанных цифр с 700–800 ежегодных смертей **мы обязаны прежде всего профессионализму врачей.**

Вместе с тем чрезмерно ликовать по поводу снижения материнской смертности за минувшее десятилетие не стоит, ведь до показателей развитых стран ещё весьма далеко (данные Росстата 2010 года — 16 на 100 тыс. живорождённых). Необходима оптимизация профилактики материнской смертности в РФ.

В 2006 году снижение материнской смертности было связано с уменьшением доли умерших от осложнений аборт. Гибель женщин от других акушерских причин снижается крайне медленно. Несмотря на неплохие показатели материнской смертности в целом, по структуре её причин Россия всё равно попадает в группу «нецивилизованных» стран.

Тщательно проанализировав изменения показателей материнской смертности, можно не только оценить тенденции, но и определить рациональные меры, позволяющие оптимизировать родовспоможение и уменьшить число 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 гестоз (12,7%), эмболия околоплодными водами (9,5%), внематочная беременность (5,7%). Сепсис в этой структуре занимал всего 7-е место — 3,8%.

В 2006 году последовательность причин материнской смертности кардинально изменилась. Лидером оказались «цивилизованные» экстрагенитальные заболевания (23,5%). На рубеже веков частота сердечно-сосудистых заболеваний среди беременных увеличилась в 2 раза, заболеваний мочевыводящих путей — в 5 раз, анемии — почти в 7 раз.

В 2009 году экстрагенитальные заболевания ещё сильнее потеснили другие причины, снижая их «удельный вес». Тем не менее кровотечения заняли второе место, аборты — четвёртое, гестоз — пятое (рис. 2-5). Резкий рост числа экстрагенитальных заболеваний в структуре причин материнской смертности прежде всего связан с эпидемией свиного гриппа, смертность от которого у беременных превысила таковую в популяции в 6 раз.

Аборты. Проблема абортов в России давно достигла национальных масштабов: из 10 беременностей шесть заканчиваются прерыванием (четыре искусственных и два самопроизвольных аборта). Впечатляет, что искусственно прерывается до 30% первых беременностей (см. главу «Аборт»). Соотношение абортов и родов составляет 1 : 1, среди подростков — 5 : 1. По официальным дан-

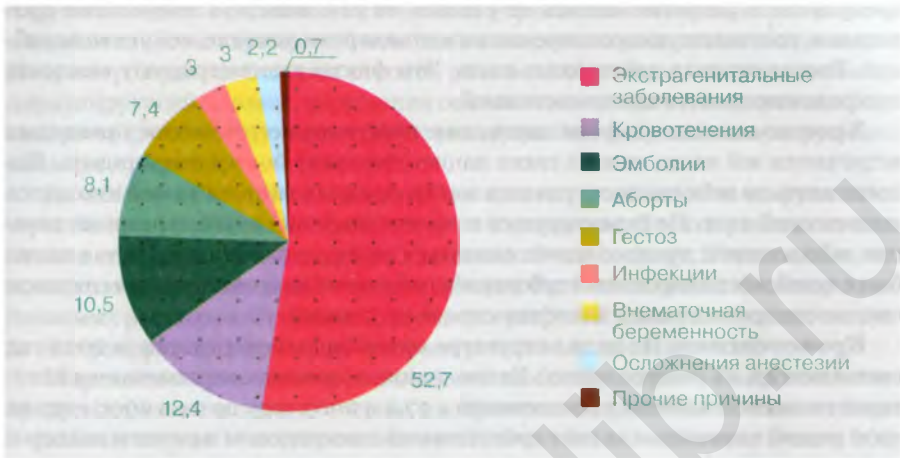


Рис. 2-5. Структура причин материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году, % (по данным Минздравсоцразвития РФ, расчёт на 459 умерших женщин).

ным МЗСР РФ, криминальных абортов в нашей стране в 2009 году зафиксировано 1132 (0,1% от общего числа).

Сепсис. Что касается снижения частоты послеродовых септических осложнений (за год с 1,29 до 0,73 на 1000 родов, т.е. на 43,9%), то такой резкий скачок без какой-либо позитивной динамики за предшествующие 4 года заставляет усомниться в истинности данных. Наблюдаются рост доли сепсиса после родов через естественные родовые пути и впечатляющие темпы снижения частоты перитонита после кесарева сечения.

С этих позиций особенно интересно суммировать число летальных исходов от септических осложнений абортов (13,2%) и послеродового сепсиса (13,4%). Результат значительно, почти в 1,5 раза превосходит материнскую смертность от кровотечений. Он был таким и 10, и 5 лет назад. Примечателен и рост частоты сепсиса — с 3,8% в 2005 году до 13,4% в 2007 году, т.е. более чем в 3 раза. Получается, что сепсис занимает первое место, т.е. Россия ничем не отличается от мирового сообщества, где инфекция была, есть и будет главным бичом беременности, родов и послеродового периода. В 2009 году частота сепсиса как причины материнской смертности составляла приблизительно 9%.

Следует признать, что, несмотря на успехи иммунотерапии, ни послеродовой, ни послеабортный сепсис до сих пор в мире лечить не научились. Если

предупредить развитие сепсиса не удалось, то 70% женщин, получавших правильное, соответствующее современным стандартам лечение, всё равно погибли. Такова суровая действительность. Эти факты демонстрируют важность профилактики септических состояний.

Хроносепсис на фоне снижения иммунорезистентности организма встречается всё чаще, однако таких пациенток врачи боятся оперировать. Нелегко взять на себя смелость удалить матку, предположив, что в ней находится септический очаг. Не гарантируется и то, что удаление очага переломит течение заболевания; процесс может оказаться распространённым. Не так давно был случай, когда дородовый туберкулёзный сепсис диагностировали слишком поздно (на сроке 22 нед), женщину спасти не удалось.

Кровотечения. Их доля в структуре материнской смертности за 2009 год составляет 12,4% (второе место). За последние несколько лет отмечается некоторое снижение частоты кровотечений с 27,4 в 2005 году до 24 в 2009 году на 1000 родов, в основном за счёт кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах (15,7 в 2005 году и 12,9 в 2009 году на 1000 родов).

При этом следует отметить, что резко возросли как абсолютные, так и относительные цифры удаления матки в родах. В 2007 году было произведено 1952 ампутации (1,24 на 1000 родов), в 2008 году — уже 2788 (1,62).

Прирост числа удалений матки почти вдвое сложно объяснить однозначно, особенно на фоне снижения количества кровотечений и септических осложнений. Вероятно, страх летального исхода при кровотечении заставляет врачей удалять матку даже в тех случаях, когда этого можно избежать!

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! Она же жёстко регламентирована в Москве, внедрена в Ростове *etc.*

Скорее всего, при всей управляемости, предотвратимости и прогнозируемости акушерских кровотечений большинство отечественных коллег отдадут предпочтение немедленному и радикальному вмешательству. Принято считать, что гистерэктомия — единственно возможный вариант ликвидации источника кровотечения и тромбопластических субстанций, обрывающий цепочку диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. В случае предпочтения «выжидательной акушерской тактики» возможно недоосмысление стратегических моментов. Опасна тенденция к неучёту или искусственному занижению кровопотери, это может привести к летальному исходу для матери.

Кровотечения — основная причина материнской смертности — предотвратимы как в последовом, так и в послеродовом периоде при условии правильной тактики ведения и адекватного восполнения кровопотери. При анализе данных

о кровотечениях в родовспомогательных учреждениях напрашивается вывод о низком качестве акушерской помощи в конкретных родильных стационарах. Например, недооценивается степень риска гиповолемии, снижения объёма циркулирующей плазмы, нарушения осмотического гомеостаза, хронического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, нарушения кислородотранспортной функции.

До сих пор не завершены дискуссии о количестве и качестве инфузионной терапии при восполнении кровопотери в акушерстве. То, что раньше не подлежало сомнению, сейчас требует критической переоценки. Установлено, что приоритетом инфузионной терапии должен быть качественный состав переливаемых растворов. Особенно это касается инфузий у женщин с гестозом, когда гипергидратация приводит к весьма печальным последствиям.

Мировые алгоритмы оперативного лечения гипотонического кровотечения предусматривают в первую очередь 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 в 2 раза (1700 в 2002 году). А частота гипотонических кровотечений и смертность от них при этом остались без динамики. Отмеченный выше рост в 2007–2009 годах — неблагоприятный признак грядущего неблагоприятия. В 2010 году в Москве было предпринято 116 лапаротомий по поводу акушерских кровотечений: компрессионные швы (у 2/3) и перевязка внутренних подзвдошных артерий позволили сохранить 104 матки и удалить только 12 (Курцер М.А., 2011).

Эклампсия. В 2009 году 7,4% материнской смертности было обусловлено эклампсией, точнее — её осложнениями (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая почечная недостаточность, мозговое кровоизлияние, коагулопатические расстройства, отёк лёгких, в итоге — полиорганная недостаточность). «Тандем» эклампсии с экстрагенитальными заболеваниями формирует фетоплацентарную недостаточность, задержку роста плода, выступает причиной перинатальной смертности и заболеваемости новорождённых. Весьма часто приходится идти на оперативное родоразрешение, предупреждать пациентку о риске инфекционно-воспалительных осложнений, о длительности госпитализации.

Безусловно, гестоз заслуживает названия самого загадочного осложнения беременности. Научные исследования подошли к последнему звену патогенетической цепочки этого состояния — к генетике, но до сих пор нет целостной картины этиологии и патогенеза гестоза. Цена незнания этой, казалось бы, самой легкоуправляемой причины материнской смертности — жизнь тысяч женщин, погибающих вследствие несвоевременной диагностики и неадекватного

лечения. Правильное решение вопросов об определении степени тяжести гестоза, продолжительности лечения, способе родоразрешения и других определяют безопасность пациентки и врача.

Эктопическая беременность — проблема по-прежнему актуальная. Доля этого фактора в структуре материнской смертности в 2009 году составила 3%. Рост летальности среди женщин с внематочной беременностью в начале 1990-х продемонстрировал неполноценность неотложной медицинской помощи в стране: 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.

В настоящее время рост частоты материнской смертности от внематочной беременности называют **парадоксом развитых стран**. 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). Гемотрансфузия небезопасна для матери возможными осложнениями.

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? Ведь «золотой стандарт» диагностики, при внематочной беременности никем в мире не отрицается и основывается на двух признаках: выявлении β -субъединицы ХГЧ и ультразвуковом обнаружении трофобласта вне матки. Увы, этот стандарт выполняется лишь у половины женщин, у которых «подозревают» внематочную беременность. Но и выполнение обоих тестов не всегда гарантирует достоверность. Специалисты говорят: если при задержке менструации более 18 дней и положительном тесте на β -ХГЧ врач ультразвуковой диагностики не видит трофобласта 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» при 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. Безусловной трагедией конца XX века следует признать экстренное кесарево сечение под эндотрахеальным

наркозом, что может спровоцировать синдром Мендельсона (смерть от массивной реургитации). С момента зарождения и до наших дней акушерская анестезиология — *terra incognita* для попыток междисциплинарного подхода.

Специалисты во всём мире пошли по пути регионарной анестезии (эпидуральной, спинальной, комбинированной). В 1970-е годы на этой ниве трудился один из основоположников регионарной акушерской анестезии — проф. Е.А. Ланцев из Института акушерства и гинекологии АМН СССР (ныне РАМН). Однако в 1980-е годы эпидуральную анестезию в России применяли лишь в избранных клиниках. В мире к этому времени уже сформировался «золотой стандарт»: кесарево сечение проводится 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 наркоза в 5 раз меньше, чем там, где сохраняют приверженность эндотрахеальному обезболиванию.

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 есть противопоказания: тяжёлый гестоз, необходимость продолжённой 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.

Другие причины материнской смертности. Значимость эмболии околоплодными водами и тромبوэмболии лёгочной артерии наиболее высока в цивилизованных странах.

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. Более того, нет данных о влиянии на исход родов количества и качества околоплодных вод, попавших в сосудистое русло. Поэтому исход зависит лишь от эффективности противошоковой терапии, например от количества введённых глюкокортикоидов. Никогда не забуду, как мы с акад. В.Н. Серовым приняли участие в консилиуме по тактике лечения женщины с доказанной 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 — тромбоэмболия 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 обеспечить базовое обследование системы гемостаза; это позволит уточнить необходимость расширенного и углублённого лабораторного контроля — сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного 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.**

Объяснить значительный территориальный разрыв показателей и причин материнской смертности можно лишь различиями в качестве оказываемой медицинской помощи. Более 20 лет не меняется цифра 50 000 — это среднее количество летальных исходов в год по причине доказанных врачебных ошибок. Согласно экспертной оценке, каждый десятый случай (!) материнской смертности относится к предотвратимым и условно предотвратимым. И почти половина этих 50 000 случаев в мире — гибель от осложнений наркоза.

Индикаторами качества акушерской помощи наряду с показателем материнской смертности считают частоту критических ситуаций и управляемых осложнений в родах (кровотечения, послеродовый сепсис, разрыв матки, гистерэктомию). Проведённый в 2006 году экспертный анализ продемонстрировал, что из 382 летальных исходов в России среди матерей предотвратимыми были 86 (22,5%), условно предотвратимыми — 151 (39,5%), непревратимыми — 145 случаев (38%). Среди предотвратимых причин доминировали акушерские кровотечения (27,9%), аборт (16,2%) и осложнения анестезии (16,3%).

Погрешности при оказании амбулаторной медицинской помощи фигурировали в 87,8% случаев, даже с учётом того, что во время беременности 21,8% женщин не наблюдались вовсе. На этапе стационара неадекватность медицинской помощи была определена у 89,5% умерших женщин. Дефекты в ока-

зании анестезиологических и реанимационных пособий выявлены у 47,7% погибших.

Среди прочих причин установлены несвоевременная госпитализация пациентки, запоздалая диагностика патологического состояния, социальное неблагополучие, недообследование смежными специалистами, некорректная трактовка клинических и лабораторных данных, несвоевременное оперативное лечение, неквалифицированная помощь специалистов.

По данным отечественных экспертов, в 2006 году среди предотвратимых смертей в 16 случаях из 86 (18,6%) имели место ятрогенные причины. 14 ситуаций возникли по вине анестезиолога-реаниматолога, две — в результате ошибок врача акушера-гинеколога. Возможно, что и эти цифры предотвратимых случаев занижены.

Большое количество предотвратимых осложнений в родах у женщин и патологических состояний у новорождённых требует совершенствования службы родовспоможения. Корректный анализ причин необходим для оптимизации медицинской помощи в родах. Однако важно проанализировать не только причины, но и возможности предотвращения управляемых случаев материнской смертности. Ещё в 2002 году ВОЗ предложила «Схему трёх задержек экстренной помощи», моделирующую причины летального исхода (ВОЗ, 2002).

- Первая задержка — на этапе принятия решения о необходимости срочной госпитализации (перевода) пациентки в квалифицированное учреждение.
- Вторая задержка — проблема транспортировки (связь, дороги и др.).
- Третья задержка — степень готовности принимающего учреждения к оказанию экстренной квалифицированной помощи в полном объёме, включая оперативную, реанимационную помощь.

Основным организационным дефектом профилактики материнской смертности в мире была признана необеспеченность женщин общедоступной медицинской помощью. В докладе на сессии ВОЗ «Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья» шла речь об экономическом неравенстве, затрудняющем доступ к медицинскому обслуживанию малоимущим и жителям неблагополучных районов. Между тем именно этой части населения зачастую необходимо дорогостоящее лечение из-за хронизации заболеваний.

Первопричинами неблагоприятного исхода родов для матери и плода следует считать:

- малую информированность о новшествах современного акушерства;
- лечебно-диагностические ошибки;
- нерациональную тактику ведения родов;
- осложнения при выполнении оперативных вмешательств и лечебно-диагностических манипуляций;
- несвоевременное оказание экстренной помощи и т.д.;
- несоординированность действий различных служб здравоохранения.

В связи с этим принимать важные решения, выполнять серьёзные инструментальные манипуляции должны опытные врачи; зачастую именно недостаток опыта приводит к неблагоприятному для пациентки исходу. Большое значение имеет возможность перевода женщины в отделение интенсивной терапии.

Материнская смертность и акушерская агрессия

Борьба с материнской смертностью — несомненно, приоритет в работе всей акушерской службы. Становление и развитие системы медицинского страхования на фундаменте рыночных отношений меняют менталитет и поведение 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, следует особое внимание обратить на акушерскую агрессию.

В России структура акушерской агрессии достаточно сложна. Государственной акушерской агрессией следует считать хирургические аборты — единственный метод регулирования рождаемости, гарантированный системой обязательного медицинского страхования. Сюда же входят многочисленные, назначаемые без показаний и ничем не оправдываемые исследования (анализы) во время беременности, 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 — новый СанПиН (2.1.3.2630-10), введённый в действие с 17 сентября 2010 года, регламентирующий совместное пребывание и ряд других мероприятий по внедрению современных перинатальных технологий¹.

Наиболее доступна для быстрого реагирования «традиционная» акушерская агрессия: полипрагмазия, неадекватное с позиции современных знаний стремление к «санации» влагалища, применение эстрогенов при подготовке к родам, интубационный наркоз при кесаревом сечении, амниотомия, эпизиотомия, кесарево сечение без медицинских показаний, органосоносящие операции при кровотечениях и гипергидратация при гестозе. Современные научные

¹ См. Приложение «Доклад «Новые акушерские технологии и новации в санитарном законодательстве» канд. мед. наук Е.П. Игониной, руководителя Отдела надзора за лечебно-профилактическими учреждениями Управления Роспотребнадзора по г. Москве (24 февраля 2011 года, Международная конференция «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии», Москва, РУДН).

публикации свидетельствуют, что медицинские действия, не соответствующие стандартам, регистрируются приблизительно в 80% случаев материнской смертности.

Для борьбы с акушерской агрессией в современной системе родовспоможения необходимо объединить силы специалистов в ключевых сферах жизни общества: политиков, экономистов, работников системы образования, культуры и, конечно, медиков.

Перинатальная заболеваемость и смертность

Перинатальная медицина легла в основу улучшения здоровья будущих поколений во всех странах мира. 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 снижается. Эти успехи связаны с внедрением в акушерскую практику новых методов диагностики, лечения и профилактики — ультразвукового исследования (УЗИ), мониторингового наблюдения за состоянием плода, расширения показаний для кесарева сечения в интересах плода и др., а также с использованием современных перинатальных технологий, усовершенствованием реанимационной и интенсивной помощи новорождённым и т.д.

Перинатальная смерть — гибель плода, наступившая в период от 22 нед беременности¹ до рождения, или новорождённого до 168 ч (7 сут) постнатальной жизни, т.е. 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 смертность, 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.

¹ В РФ до 2011 года включительно «от 28 нед».

А ведь дети, перенёвшие критические состояния в родах, как никто другой нуждаются в адекватной и своевременной медицинской помощи. 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 цивилизации 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. Только по доступным данным, в мире ежедневно погибает 20 000 плодов и новорождённых, 37 из них — в РФ.

В экономически развитых странах перинатальная смертность не превышает 5–10%, тогда как в развивающихся странах этот показатель примерно в 10 раз больше. Так, ещё в 2000 году перинатальная смертность в Австрии и Германии составляла 6%, в Нидерландах — 8%, в Швеции и Японии — 5%.

В РФ перинатальная смертность несколько выше, чем в развитых странах, но отчётливо снижается — с 10,17% в 2005 году до 7,8% в 2009 году (рис. 2-6).



Рис. 2-6. Перинатальная смертность в России, %.

Удельный вес смертности младенцев в общей структуре смертности населения составил менее 1%. И всё же наши младенцы умирают в 3 раза чаще, чем в Швеции, Португалии и Греции (данные за 2007 год).

Снижение перинатальной смертности в акушерских стационарах России незначительно: с 9,6‰ в 2006 году до 7,8‰ в 2009 году, в основном за счёт ранней неонатальной смертности (2005 год — 4,5‰, 2009 год — 3,1‰).

Показатель антенатальной смертности снизился только на 0,7‰ (с 5,7‰ в 2005 году до 5‰ в 2009 году). Сокращение неонатальной смертности произошло после внедрения высокоэффективных организационных и лечебно-диагностических технологий: создания перинатальных центров, оснащения баз новым оборудованием, развития пренатальной диагностики.

Главным на этом пути было принятое в 1987 году решение об организации круглосуточного дежурства врачей-неонатологов в акушерских стационарах. За эти почти четверть века они приобрели необходимую квалификацию, появились сурфактант, ультразвуковая ингаляционная техника — и вот результат!

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.

Печально и то, что в структуре перинатальной смертности в 2007 году по-прежнему половину (49,7%) составили доношенные дети (среди мертворождённых — 50,6%, среди умерших на первой неделе жизни — 48,1%). Эти данные свидетельствуют о дефектах акушерской помощи.

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%, а число здоровых не превышает 10–25%. Число детей с тяжёлыми неврологическими отклонениями среди этого контингента составляет от 12 до 32%. Качество жизни пациентов, 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 для доношенных и недоношенных детей отдельно. Показатель перинатальной смертности в группе детей с массой тела менее 1500 г достигает 400%, в десятки раз превышая показатели детей со средней массой тела.

Если говорить о мертворождаемости в целом, то, к сожалению, на пути её профилактики таких больших достижений пока не предвидится ни в стране, ни в мире. Проблема в прогнозировании исхода, мониторинговании информативных параметров состояния плода, однако достоверных методов пока, увы, нет. Но об этом позже.

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 структурное соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности среди 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. Я не боюсь повториться, настолько это важно — **мертворождаемость почти в 2 раза превышает раннюю неонатальную смертность.**

Таким образом, статистические реалии демонстрируют мрачные перспективы: каждая вторая семейная пара через 18 лет (считая от 2005 года, когда перинатальная заболеваемость превысила 50%) не сможет родить здоровое потомство. Весьма ценно, что в умах специалистов происходит методический переход от стремления к уменьшению перинатальной смертности к прицелу на улучшение здоровья плода и новорождённого, реальному снижению перинатальной заболеваемости (Радзинский В.Е. и соавт., 2005). Однако успешное воплощение постулата современной перинатальной медицины «не только живой, но и здоровый ребёнок» возможно лишь после тщательного анализа структуры и причин перинатальных потерь.

Причины перинатальной смертности: медицинские и социально-экономические

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

- плацентарная недостаточность, ведущая к гипоксии и задержке роста плода;
- асфиксия новорождённого;
- врождённые пороки и заболевания;

- синдром дыхательных расстройств;
- внутриутробные и неонатальные инфекции и родовой травматизм;
- ошибки в выборе тактики ведения беременности и родов;
- дефекты реанимации.

На жизнеспособность новорождённых отрицательно влияют гипоксия, асфиксия, врождённые пороки развития, респираторные нарушения, внутриутробная инфекция. Гипоксия и асфиксия занимают первое место в структуре перинатальной смертности (до 40% всех случаев смерти), второе и третье места делят между собой врождённые пороки развития и респираторные нарушения.

Учащение аспирации у новорождённых, особенно у доношенных детей (на 17,5% к 2007 году) связано с интранатальной гипоксией плода в родах; это устранимый фактор.

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

Изменению статистического вектора способствовало и освоение новых репродуктивных методик (в отдельных случаях приводящих к рождению больных детей). Неонатальные технологии, позволяющие выхаживать недоношенных новорождённых с экстремально низкой массой тела, заведомо пополняют ряды больных детей.

В структуре экстрагенитальных заболеваний, приводящих к гибели плода (в совокупности 29%), лидируют заболевания сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. У 13% беременных гибель плода связывают с острой респираторной вирусной инфекцией в тяжёлой форме (особенно до 12 нед гестации).

Перинатальная смертность зависит и от здоровья женщин репродуктивного возраста, поэтому так важны медицинские и социальные мероприятия по антенатальной охране плода. Наряду с низким уровнем образования и гигиенической культуры, безработицей перинатальную смертность дополняют дефекты медицинской помощи беременным. В основном это неправильная оценка степени перинатального риска, позднее взятие на учёт по беременности, отсутствие динамического наблюдения за состоянием матери и плода.

Парадоксы преждевременных родов в России

В мире ежегодно рождается около 13 млн недоношенных детей; частота их рождения в европейских странах в среднем 8–10%. А вот в России, по офици-

альной статистике, их всего около 5% от общего количества живорождённых. Правдоподобны ли эти статистические выкладки, если учесть, что в мире ежегодно рождается порядка 130 млн детей (недоношенных — около 10%)? Это наводит на печальные мысли об извращении статистики, «перебросах» детей с массой более 1 кг в пресловутые 980 г. Иначе как объяснить, что во всех развитых странах число преждевременных родов в 2 раза больше?

Та же мысль возникает при анализе выживаемости недоношенных детей (см. главу «Преждевременные роды»). Выглядит она, словно 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 мы лучше лечим, чем в Германии и Великобритании, и чем глубже недоношенность, тем мы эффективнее лечим? Вряд ли. Мы просто больше обманываем, якобы для «улучшения показателей». На самом деле получается, что лживая статистика дезориентирует руководство страны, уже приготовившееся начать в 2012 году регистрацию 500-граммовых детей.

Конечно, если недоношенных до 2007 года было 3,3%, а в 2009 году «вдруг» стало 5,2%, то можно легко сконцентрировать усилия, найти средства и направить их по пути гуманизма. А ведь правдивые цифры наверняка даже выше! Для выхаживания такого количества глубоконедоношенных детей потребуются уже совсем другие материальные и кадровые ресурсы. Именно поэтому проблема преждевременных родов в ближайшие несколько лет станет ключевой и чрезвычайно болезненной для отечественной службы родовспоможения.

А между тем, как мы уже писали, недоношенность вносит существенный вклад в показатели младенческой и детской смертности, мертворождения, заболеваемости, материнской смертности, снижает продолжительность жизни. В 70% случаев перинатальная смертность и количество преждевременных родов соотносятся по принципу обратной связи.

Пути преодоления

Согласно данным экспертов, 50–70% случаев перинатальной заболеваемости и смертности в мире провоцирует акушерская агрессия.

Достоверная регистрация показателей перинатальной смертности абсолютна необходима для корректной работы по профилактике предотвратимых случаев перинатальной смертности. Следует расширять и совершенствовать этапы неонатальной службы. Пора пересмотреть стратегии, царящие в системе 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), несомненна особая значимость медицинских и социальных мероприятий по антенатальной охране плода. Однако в первые годы нового тысячелетия, несмотря на увеличение числа родившихся живыми детей на 5% и тенденцию к уменьшению младенческой смертности (на 16%), сокращается общая численность детей в возрасте до 18 лет (на 3,8 млн человек), а главное — под-ростков.

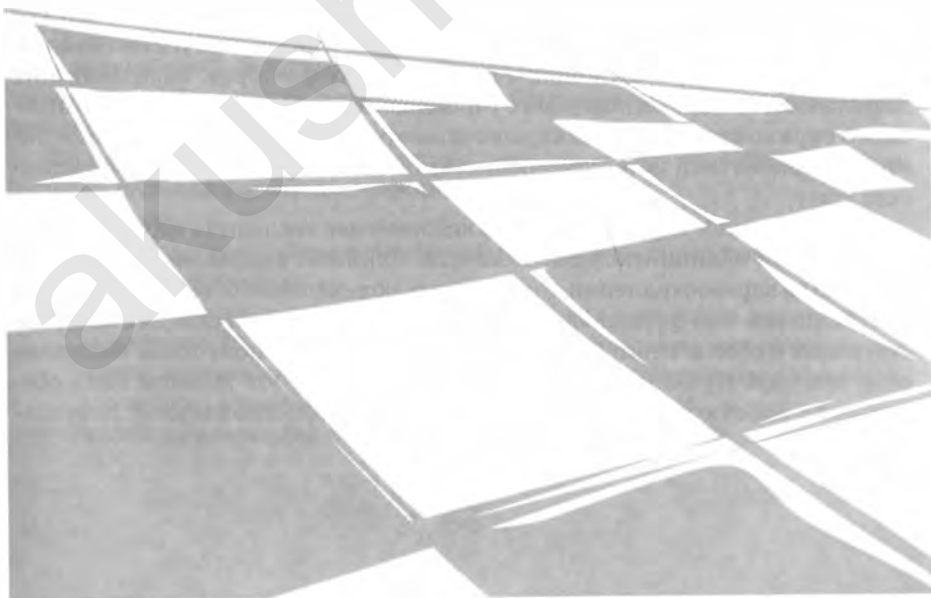
Демографический кризис, разразившийся на наших глазах, резко повысил ценность каждой беременности, многократно увеличил ответственность специалистов, участвующих в оказании помощи беременным, роженицам и новорождённым.

Нужно сместить акценты и активировать научный поиск предикторов антенатальной гибели плодов, **клинически** оценивать степень риска и принимать своевременные меры, основанные на адекватном ситуации **выборе времени и метода родоразрешения**.

Увеличение ранней неонатальной смертности свидетельствует о недостатках организации постнатального ухода за новорождёнными. В этом случае решить проблему могут дополнительное обучение персонала, техническое переоснащение отделений патологии новорождённых, реорганизация реанимационной помощи.

ГЛАВА III

Врачебные ошибки и юридическая ответственность врача



Безопасное акушерство — это совокупность научно обоснованных подходов, основанных на достижениях современной науки и практики. Главная необузданная цель безопасного акушерства — снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Однако в настоящее время этого не достаточно.

На наших глазах происходят революционные изменения во всех сферах жизни общества. Расшифровка генома человека и бурное развитие генной инженерии — уже не только передовые достижения науки, но и основа для совершенствования практической медицины, что осознают далеко не все врачи. А ведь специалисты прогнозируют, что уже в ближайшие десятилетия до половины лекарственных препаратов будут заменены целенаправленно созданными генно-инженерными лечебными средствами. Такой сокращённый «арсенал», соответствующий требованиям доказательной медицины, сможет переломить ситуацию во многих областях медицины, в том числе в репродуктологии.

На протяжении веков проблема фертильности была окружена мистическим ореолом, не была подвластна контролю и свободной воле человека. Сегодня инновационные репродуктивные технологии порождают дилеммы, замешанные на традиционных философских, этических, религиозных воззрениях. Появилась возможность размышлять о вопросах человеческой автономии, использования ВРТ (есть ли ограничения по возрасту, здоровью будущих родителей, социально-экономическому статусу?), о нравственных стандартах (семьи какого рода будут создаваться под влиянием новых технологий воспроизводства?), о профессиональной ответственности (кого можно допустить к обеспечению данных технологий?).

Однако развитие общества идёт и в другом, менее радужном для врачей направлении. 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 медицинских услуг.

В современном здравоохранении всё заметнее тенденция к правовой регламентации медицинской деятельности. Одним из направлений правовой реформы в здравоохранении должно стать определение ответственности за неисполнение или формальное исполнение законодательства для всех участвующих в обеспечении конституционного права на получение медицинской помощи. Применительно к врачу-гражданину это должны быть обеспечение конституционных прав и защита профессиональной деятель-

ности, включая страхование ответственности врача, как и любого другого специалиста.

Эволюция понятия врачебной ошибки в новом столетии

Как упоминалось ранее, около 400 тыс. женщин в мире ежегодно умирают, реализуя свою репродуктивную функцию. При этом каждый десятый случай материнской смертности в той или иной степени является **следствием врачебных ошибок**.

Среди врачей-гинекологов Московской области было проведено анонимное анкетирование (Гридчик А.Л., 2000). Им был задан вопрос: «Как часто вы были прямым или косвенным виновником материнской смертности?». Врачи ответили весьма различно в зависимости от опыта работы. Виновными считали себя 15% врачей со стажем до 15 лет, 43% со стажем 16–25 лет и 56% (!) со стажем более 25 лет.

Само собой, врачебные ошибки бывают разные. 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 общепризнанных норм, правил, протоколов и т.д. Как действие, так и бездействие могут стать врачебной ошибкой, привести к гибели пациентки и стать предметом судебного разбирательства. Ситуация парадоксальная, не правда ли?

В настоящее время признано на законодательном уровне, что ошибки могут возникать вследствие излишней активности медиков (назначение ненужных исследований и даже операций, в лучшем случае бесполезных). Основной вывод американского журнала, анализирующего врачебные ошибки за истёкший год по каждой специальности, оказался неожиданным: чем дальше развивается медицина, 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, проводя анализ врачебных ошибок, выделил несколько основных причин:

- незнание;
- недостаточное обследование (скудные возможности, плохая техника, недостаток времени);
- 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);
- 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, честно определённых в прекрасном труде И.В. Тимофеева¹.

Цитируя нашего современника В.Ф. Чавнецова, перечислим наиболее типичные из неправомерных действий врача при назначении лекарственных средств:

- не назначаются лекарственные препараты, которые показаны;
- показанные лекарственные средства применяются неверно;
- назначаются противопоказанные лекарственные препараты;
- назначаются непоказанные лекарственные препараты;
- используются нерациональные сочетания лекарственных препаратов.

Разумеется, врач должен лечить, в том числе и фармацевтическими средствами. Но 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. Более того, на последнем Конгрессе FIGO вообще не обсуждались вопросы гормонотерапии миомы и эндометриоза. Причина этой избирательности известна: современная медицина не располагает доказательной базой для назначения лекарственных средств с целью излечения указанных болезней — радикально только хирургическое вмешательство. Значит ли это, что такие болезни не нужно лечить вообще? Отнюдь нет. До тех пор пока нет императивных показаний к хирургическому компоненту, пациентки с миомой и эндометриозом могут либо не лечиться вообще, если симптомов нет, либо получить лечение того сопутствующего болезненного состояния, синдрома (нарушения менструального цикла, воспалительный процесс), который беспокоит пациентку при отсутствии показаний к оперативному лечению.

В ещё большей степени это относится к акушерству. Лечение беременных, а особенно «плодов как пациентов» — мировая научно-клиническая проблема. Увы, в мире нет средств, «сохраняющих» беременность, «улучшающих маточно-плодный кровоток» и ликвидирующих гипоксию плода. И это вовсе не значит, что к указанным целям не следует стремиться. Но либо эффективность средств должна быть доказана, либо препараты должны быть как минимум безвредными во имя врачебной этики и профессионализма.

Разумеется, только стандартизованная, пусть и по самым лучшим мировым достижениям, лечебная база — тоже тормоз на пути прогресса. Врач имеет право на свою оценку предлагаемых медикаментов; он должен накапливать опыт работы с ними, но всё при том же условии — при безвредности.

¹ Тимофеев И.В. Патология лечения: Рук-во для врачей. — СПб.: Северо-запад, 1999.

Историческая справка

В СССР официальным критерием врачебной ошибки считали расхождение прижизненного и посмертного диагнозов. Тяжесть промаха стратифицировалась следующим образом: неправильная постановка диагноза, неправильно подобранное лечение, осложнения при переливании крови, неправильные действия хирурга во время операции.

Хотя определить безвредность лекарственного средства не так просто, как должно бы быть. Уже известно многое, если не всё о вредном влиянии различных фармацевтических групп и их представителей на эмбриофетальную систему. В то же время существует большая группа безвредных препаратов, безопасность которых не доказана в доклинических и постклинических испытаниях. Эти препараты помечают в справочниках и формулярах словами «Не рекомендовано при беременности» и другими сходными по формулировке полузапретами.

27 декабря 2009 года был собран Совет министров здравоохранения Евросоюза с небывалой повесткой дня: «О лекарственной распущенности врачей»! Да, несмотря на *evidence based medicine*, на протоколы и стандарты, фармацевтическая агрессия против пациентов продолжается. Причин тому много. Это и беззащитность врача под напором дистрибьюторов, и вбитое нам учителями «Врач должен лечить», и просто «на всякий случай», «общеукрепляющая терапия», «выполнение медико-экономических стандартов» для оправдания дороговизны госпитализации женщины из отдалённого региона.

В целом всё чаще речь идёт об акушерской агрессии — о последствиях ошибочных, не обоснованных научно врачебных представлений и подходов, применяемых как устойчивые клише даже при физиологическом течении родов. Такая тактика противоречит аксиоме о том, что любые вмешательства 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 доказательной доктрине невозможно определить эффективность тех или иных методов, степень их агрессивности и влияние на здоровье ребёнка в будущем.

Пример из жизни

(рассказ член-корр. РАМН, директора Центра экспертизы безопасности лекарственных средств, проф. В.К. Лепахина)

Женщине в 11 нед беременности врач назначил инъекции раствора эуфилина (24%) внутримышечно (это в XXI веке!). Зачем? Вот уже 4 года в этом не могут разобраться ни судебно-медицинские эксперты, ни акушеры, ни фармакологи. Врач, назначивший это «лечение», внятных объяснений дать не может, поясняя, что «все так делают» (!). У пациентки образовался абсцесс, его вскрыли. Несмотря на лечение, развился сепсис, женщина умерла. Судебные инстанции пытаются выяснить, что это было: врачебная ошибка или «ненадлежащее исполнение врачом» своих профессиональных обязанностей? Однако сути дела это не меняет. Произошедшее — явная врачебная агрессия! Увы, подобное происходит постоянно, немотивированно и практически безнаказанно. Какая уж тут «демедицинализация» лечебного процесса как главный постулат здравоохранения мира в XXI веке!

В отличие от устаревших представлений, которыми переполнено современное акушерство, новые идеи, даже имеющие доказательную основу, приживаются крайне тяжело. Нет 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, не всегда объективных.

Судебная активность как примета времени

Недостаточность правовой защиты врачей и пациентов, отсутствие чётких регламентов в виде приказов Министерства здравоохранения дают врачу возможность бесконтрольно и безгранично наращивать, зачастую без всяких на то оснований, лечебную и диагностическую активность в отношении пациентки. Та же ситуация оставляет врача юридически уязвимым в случае неблагоприятного исхода.

Количество судебных исков к акушерам-гинекологам за 5 лет (2002–2007) возросло в 9 раз (рис. 3-1, 3-2).

Именно врачебные ошибки (ошибки реальные или мнимые) — настоящая опасность для врача, ему грозят не только юридическое преследование и санкции страховых компаний, но и «прессинг» общества. Мы наблюдаем всплеск юридической активности населения, а средства массовой информации своими скандальными материалами лишь нагнетают атмосферу. К сожалению, на врачебной деятельности данное положение дел сказывается отрицательно, зачастую усугубляя акушерскую агрессию.

Большинство исков и претензий, по сути, сводятся к тому, что «...не сделали вовремя, пропустили, не рассмотрели, не назначили лечение». Это укрепляет в мыслях практикующего врача порочный тезис: чем больше назначить анализов, препаратов, провести вмешательств, тем спокойнее, что не окажешься на скамье подсудимых. Такой путь ведёт к повышению частоты акушерских осложнений, поскольку необоснованные вмешательства чаще заканчиваются инвалидизацией пациентов, увеличивают число жалоб, разборов и судебных исков. И этот замкнутый круг с каждым годом набирает обороты.

Распространено заблуждение о том, что фактическая ответственность за нарушения в подведомственных сферах падает только на заведующего отделением. Это не так. За свои ошибки отвечает лично врач, совершивший неправомерное деяние, а заведующий отделением — лишь свидетель. Оказывая

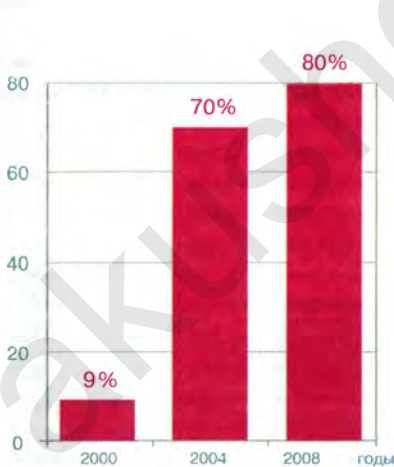


Рис. 3-1. Доля материнских смертей, закончившихся судебными делами, %.

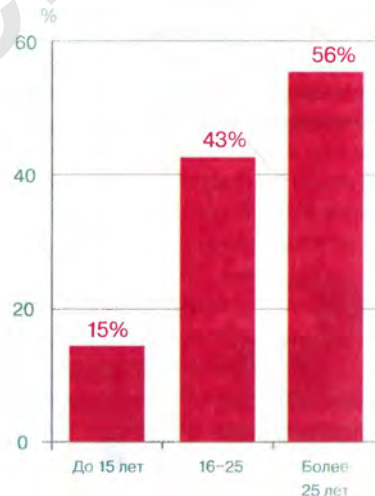


Рис. 3-2. Доля врачей, считающих, что случаи материнской смертности — результат их ошибок, % в зависимости от стажа.

медицинскую помощь, врач берёт на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Гражданская ответственность для медицинского работника может наступить при причинении вреда здоровью ненадлежащим выполнением медицинской технологии или бездействием (ст. 737, 739, 503, 783, 1099 ГК РФ). Следует помнить, что в Гражданском кодексе действует принцип «презумпции вины» (ст. 401, 1064 ГК РФ) — **невиновность доказывается лицом, нарушившим обязательство.**

И тут за последние годы мы становимся свидетелями любопытной тенденции: в 2007 году Росздравнадзором зафиксировано значительное учащение обоснованных жалоб и исковых заявлений от пациентов по следующим причинам:

- 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 (Кунгуров Н.В., 2007).

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, но в воздухе повисает очевидный вопрос: **почему же совсем нет встречных исков от акушеров-гинекологов к истцам (рис. 3-3)?**

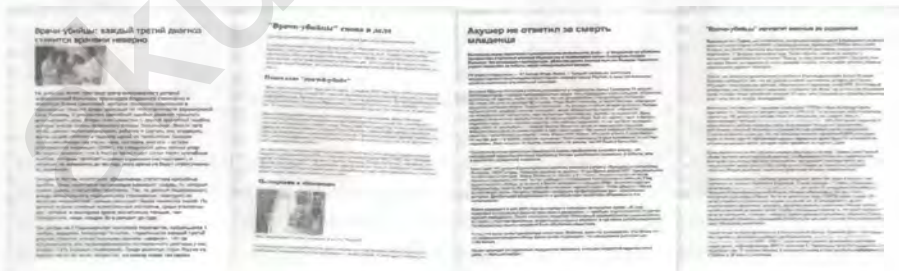


Рис. 3-3. Образ «врача-убийцы» в СМИ.

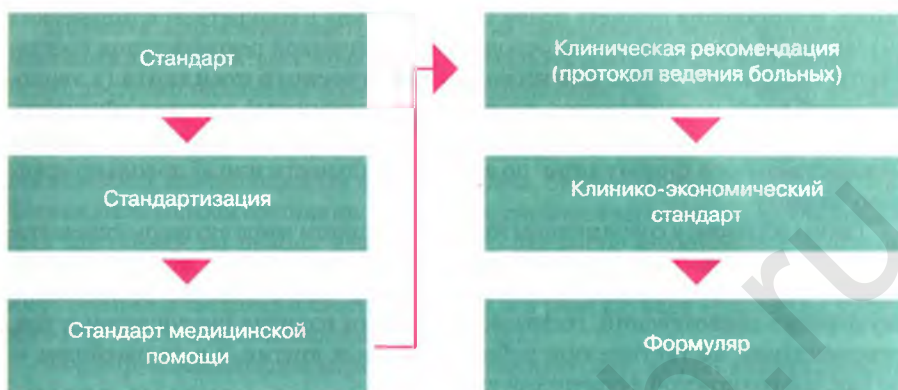


Рис. 3-4. Алгоритм формирования стандартов медицинской помощи.

Пути преодоления

Для разрыва порочного круга необходимо последовательное устранение причин, вызывающих акушерскую агрессию. Следует объединить усилия на всех уровнях оказания акушерской помощи, опираясь на тщательно подготовленную законодательную базу. Основой для правовой программы должен стать комплекс распоряжений Министерства здравоохранения и социального развития, 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, а также 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 устанавливаются 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, описывающий действия врача по диагностике, лечению, профилактике или реабили-

тации, помогающий принять правильные решения в конкретных клинических ситуациях. В последующем на основании клинической рекомендации составляется «выжимка» в виде **клинико-экономического стандарта** (к экономической части подключаются, конечно же, экономисты), а раздел «Фармакотерапия» по каждой клинической проблеме ложится в основу **лекарственного формуляра**¹ по всей специальности или её довольно крупному разделу.

Таким образом, в современном информационном мире акушеру-гинекологу без клинических рекомендаций работать уже невозможно. Абсолютно необходимы протоколы ведения неотложных и смертельно опасных состояний — акушерских кровотечений, гестозов, родового излития околоплодных вод, рекомендации по тактике при рубце на матке и другие, а в дальнейшем — по каждой возможной акушерской ситуации.

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. Отечественные стандарты готовятся и будут внедрены сразу после завершения модернизации 2011–2012 годов. Это разумный подход, поскольку нет смысла «перерисовывать» невыполнимое с образца других стран, как это зачастую происходило до настоящего времени при «разработке» клинических рекомендаций в России.

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. Также следует обеспечить 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 настояльные и карманные сборники приказов, развивать интернет-сайты по соответствующим специальностям. Помимо законодательной базы необходимо унифицировать учебную литературу по специальностям.

1 Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.
Дистлер В., Рин А. Неотложные состояния в акушерстве / Пер. с нем. под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 416 с.

Не менее эффективен контроль качества медицинских услуг, осуществляемый самими пациентами. Необходимо создавать памятки для пациентов, 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, пациент получит возможность контролировать действия врача, будет достаточно полно проинформирован о своём состоянии. Во-вторых, снизится вероятность необоснованных претензий по поводу неадекватного оказания медицинской помощи. В-третьих, в полной форме будет реализовано право пациента на получение информации о состоянии своего здоровья, а в ряде случаев — право на выбор того или иного медицинского вмешательства.

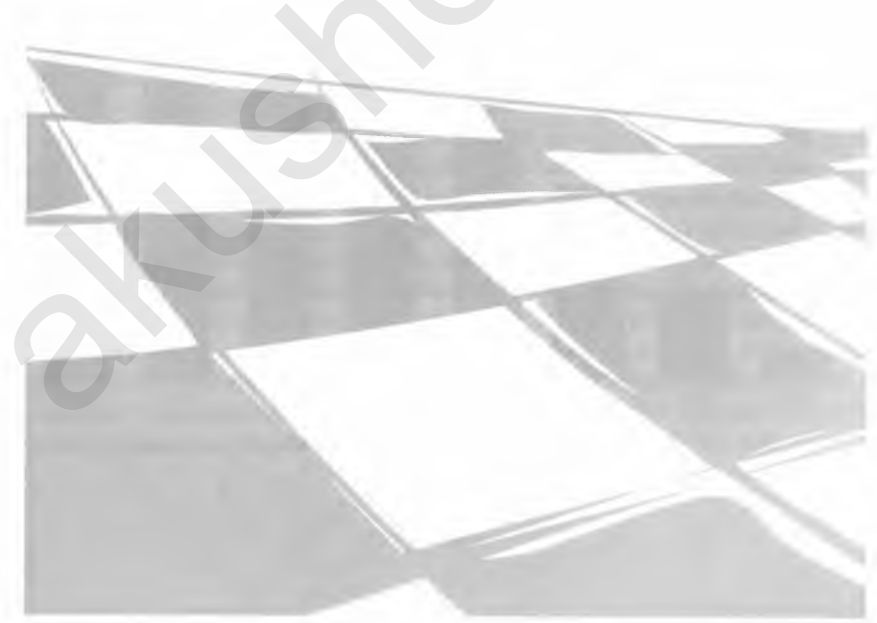
Формируя законодательную и методическую базу, важно ликвидировать порочную практику не всегда правдивого заполнения медицинской документации. Часто говорят, что историю родов пишут «для прокурора». Сколько процентов правды в такой медицинской документации — можно только догадываться. При однозначных 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. Обострение юридических аспектов медицинской помощи требует тщательного обоснования медицинских вмешательств. С одной стороны, пациент имеет право на оказание помощи в полном объёме, предусмотренном стандартом, с другой — требуется информированное согласие пациента на оказание помощи (статья 30-я, пункт 7-й Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан).

Согласно 31-й статье этого 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 не имеющем никаких показаний к применению у беременных препарате «Магне В6»? (Об этих показаниях не упоминает даже фирма-производитель в инструкции к препарату).

ГЛАВА IV

Профессиональная защищённость врача



Проблема защищённости медицинского персонала на рабочем месте достаточно сложна. Всё больше становится родовспомогательных учреждений, где зарегистрированы роды у ВИЧ-инфицированных: в 2000 году их число не превышало 668, а уже в 2001 году составило 1939, в 2003 году — 5823, в 2005-м — 6711, в 2007-м — 7880 (рис. 4-1). Рост данного 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 (2007 год) представлено на рис. 4-2.

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

Наиболее распространённые внутрибольничные инфекции на территории России — гепатиты (В и С) и ВИЧ-инфекция. Возбудители инфекций, передаваемых через кровь (ВИЧ, гемоконтактные вирусные гепатиты — В, С, D), во время родов опасны не только для матери и новорождённого, 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 заболеваемости. Именно поэтому за безопасность врача на рабочем месте так тревожно.



Рис. 4-1. Роды у ВИЧ-инфицированных в России, абсолютное число.



Рис. 4-2. Количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин по федеральным округам, 2007 год.

При всём при том отсутствуют документальные подтверждения того, что ВИЧ-инфекцией можно заразиться профессиональным путём. 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 застрахован, он не получит никаких преимуществ по включению в программы лечения ВИЧ-инфицированных. И это явная агрессия, но уже в сторону медицинского персонала.

И здесь нужно говорить не только о заботе со стороны государства — здесь многое может зависеть и от медицинских работников. Стоматологи, например, думают о своей безопасности, надевают на лицо защитные щитки и не работают без перчаток. А среди 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.

Пути преодоления

Подготовка и повышение квалификации врачей, профилактика и ранняя диагностика профессиональных заболеваний среди 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. Рекомендуется надевать халат, маску и защитные очки (защитный щиток). Ещё важнее мытьё рук. К этому вернулся весь цивилизованный мир.

Медицинским работникам в случае повреждения кожи при 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 РНК ВИЧ) и иммунного статуса (по уровню CD⁺ лимфоцитов) пациентки.

При невысоком или умеренном риске заражения (неглубокие повреждения и низкая репликация ВИЧ у пациентки с благополучным иммунным статусом) проводят основной режим 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 каждые 8 ч или индинавира по 0,8 г каждые 8 ч).

Постэкспозиционная профилактика начинается не позднее 24 ч после травмы и продолжается в течение 4 нед.

Литература, главы I–IV

Архангельский В.Н. Репродуктивное поведение российской молодёжи и некоторые аспекты его детерминации // Уровень жизни населения регионов России. — 2007. — №5. — С. 28–39.

Гриджик А.Л., Тамазян Г.В., Захарова Н.И. Тенденции формирования репродуктивного здоровья населения Московской области. Материалы пленума Российской ассоциации врачей акушеров-гинекологов «Медико-социальные про-

блемы репродуктивного здоровья женщин». — М., 2000. — С. 69–70.

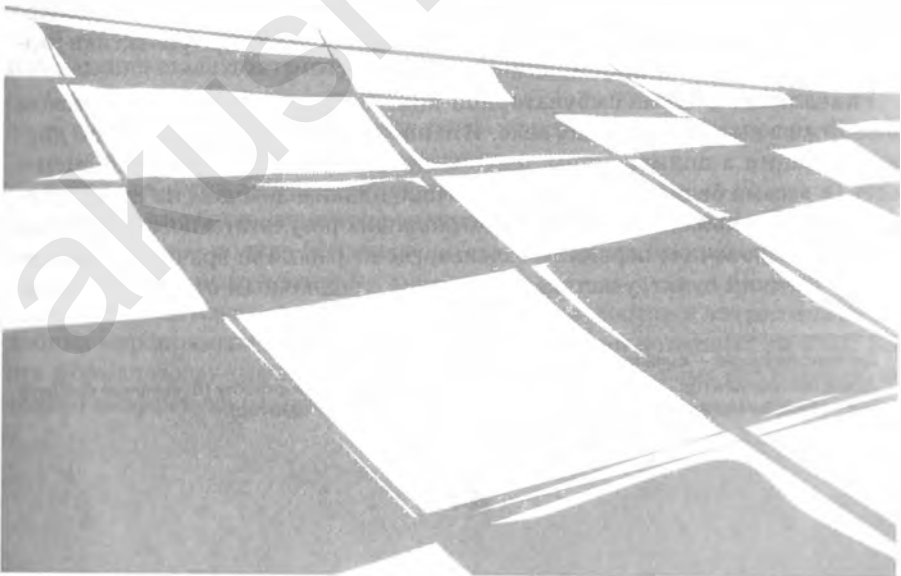
Кузнецов В.Н., Рыбаковский Л.Л. Стратегия демографического развития России. — М., 2005. — 208 с.

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

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

ГЛАВА V

Женская консультация



Коммерческая и немотивированная агрессия

Наиболее распространёнными и значимыми элементами акушерской агрессии начиная с I триместра беременности выступают следующие:

- Необоснованное извращение биоценоза без наличия вагинита или бактериального вагиноза.
- Агривация качественной (а не количественной!) ПЦР-диагностики в ущерб бактериоскопии и бактериологическим исследованиям.
- Лечение «анализов» антибактериальными средствами.
- Отсутствие повторного контроля после проведённого антимикробного лечения.
- Полипрагмазия при фармакотерапии беременных.
- Лечение, противоречащее принципам доказательной медицины и включающее лекарственные средства, противопоказанные или не показанные беременным.

Предгравидарный этап

Система антенатального наблюдения

Система антенатального наблюдения в Европе сложилась ещё в начале XX века. Её главной целью было снижение материнской смертности — женщина находилась под наблюдением специалиста не только во время родов; заблаговременное обращение давало больше возможностей для профилактики различных осложнений беременности.

Уникальная система амбулаторной помощи была создана в Советском Союзе уже в 30–40-е годы XX века. Именно благодаря антенатальной диспансеризации в полноценном значении этого слова¹ материнская смертность (в весьма бедном государстве с очень низким доходом на душу населения²) была снижена до цифр, превосходящих результаты богатых стран.

Система включала первичные звенья, где не работали врачи: фельдшерско-акушерский пункт, участковая больница с родильным отделением, кол-

¹ Диспансеризация — выявление и лечение осложнений и болезней.

² Доход населения в год — основная детерминанта материнской смертности (Всемирный конгресс по проблемам материнской смертности, Марракеш, Марокко, 1995 год).

хозный родильный дом. В этих учреждениях трудились акушерки, примитивными методами выявлявшие «поздний токсикоз», «нефропатию», нынче называемые «гестозом» или «преэклампсией» (терминология не играет никакой роли в снижении смертности от этого синдрома). Главными приёмами обследования были **измерение артериального давления (АД), как правило, на обеих руках, кипячение мочи, а с 60-х годов — проба с сульфасалициловой кислотой на протеинурию, определение отёков нижних конечностей пальпацией, а верхних — по «симптому кольца».**

Указанных мер было достаточно, чтобы своевременно госпитализировать женщин и «обезглавить» эклампсию, сделать показатель материнской смертности от неё ниже, чем в благополучных странах. **Первичная медико-санитарная помощь СССР была рекомендована ВОЗ (1978) для всех стран с государственной системой здравоохранения.** В районных центрах и городах создавались женские консультации. Эта система дала нам возможность достичь заметных успехов в отношении профилактики рака половых органов, снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

(Правда, в начале XXI века было установлено, что амбулаторное звено не снижает антенатальную смертность и перинатальную заболеваемость. Об этой проблеме разговор будет в соответствующем разделе.)

В 1960–1970-е годы «жизнеспособность» данной системы получила подтверждение: акушерство приобрело перинатальную направленность, радовала тенденция снижения материнской смертности. Тем не менее, со временем на фоне реформ в социально-экономической сфере с учётом инновационных прорывов в медицине назрела необходимость проанализировать, может ли система здравоохранения существовать «в первозданном виде».

И всё же основной причиной для реформирования основ антенатального наблюдения стала **доктрина доказательной медицины.**

С позиций доказательности:

- нет причин для бесконечных явок в женскую консультацию при физиологическом течении беременности;
- не требуется многократно пересдавать анализы;
- не нужно бесконечно консультироваться у смежных специалистов;
- главное — полная бессмысленность повторных многократных ультразвуковых исследований.

Как удержаться от критических комментариев, соотнеся **затратность** подобных мероприятий и плачевный демографический потенциал страны? Все эти формализованные избыточные меры по антенатальному наблюдению не только неэффективны, но и подпитывают собой традиционную систему аку-

шерской агрессии. К современной эффективной системе оценки степени перинатального риска¹ (суммирование баллов по триместрам) такая «работа» отношения не имеет.

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 антенатальные мероприятия, которые улучшают исход при преэклампсии, именно поэтому вопрос о количестве посещений женской консультации в течение беременности остаётся спорным.

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

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

- диагностически доказанный минимум микробиологических исследований;
- пренатальный скрининг и функциональные методы исследования;
- раннее (доклиническое) выявление симптомов гестоза.

Пути преодоления

Итак, в отношении спектра и кратности исследований необходимо определить тот минимум, который имеет доказательную базу. Наибольшее внимание следует уделять грамотному ведению женщин с осложнённой беременностью, чтобы не назначать лишних процедур, но и избежать недообследования контингента с высоким перинатальным риском. Определение объёма обследований для женщин с физиологически протекающей беременностью должно не только освободить их от ненужных хлопот, но и сконцентрировать силы и средства медицины там, где есть осложнения гестационного процесса.

Исследование, проведённое по инициативе ВОЗ в четырёх странах с различными системами оказания помощи беременным (в том числе на Кубе, где здравоохранение очень похоже на российское) и охватившее более 50 000 женщин, доказало, что для снижения количества осложнений у матери и плода

¹ Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. — М.: Эксмо, 2009. — 264 с.

достаточно четырёх посещений женской консультации за беременность. В странах Евросоюза рекомендованное количество посещений при неосложнённой беременности варьирует от четырёх до 30, в среднем 12; в России — 10 (Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, утверждённый Приказом МЗСР РФ №808н от 01.10.2009 года).

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 10 посещений для здоровых первородящих и семи для повторнородящих вполне достаточно, чтобы своевременно выявить возможные осложнения.

Более того, подавляющее большинство здоровых беременных могут спокойно находиться под наблюдением акушерок, чей профессиональный потенциал используется далеко не полностью именно на амбулаторном этапе. Образование акушерок всегда было «элитарным»; в медицинском училище их готовят для самостоятельной работы, поэтому акушерка вполне может проводить диспансеризацию хотя бы здоровых женщин. Вспомним, что в 30–40-е годы XX века именно акушерки фельдшерско-акушерских пунктов и сельских участков больниц решили проблему материнской смертности в Советском Союзе!

Созданный нами по заказу Минздравсоцразвития учебник «Акушерство» для учащихся в медицинских училищах по одноимённой специальности предусматривает именно такую, чётко обозначенную в образовательном стандарте страны, самостоятельность в оказании акушерской помощи в условиях лечебных учреждений первого уровня¹. Книга рекомендована МЗСР для акушерских отделений медицинских училищ РФ.

Диспансеризация беременных с позиции рациональности

В данном вопросе мы твёрдо стоим на позициях отечественного опыта. В качестве необходимых мер нужно отметить такие:

- Ранний охват беременных врачом наблюдением.
- Ранняя постановка на учёт и своевременность всего комплекса обследований.
- Оптимальная, неизбыточная, но достаточная регулярность врачебного наблюдения или наблюдения акушеркой.

¹ Акушерство. Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / Под ред. проф. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 904 с. (Рекомендован МЗСР для акушерских отделений медицинских училищ РФ).

- Дородовый патронаж и своевременная госпитализация.
- Обязательность пренатального скрининга для своевременного выявления врождённых аномалий.
- Достаточность, но не избыточность лабораторного скрининга.
- 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 и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности и рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости принять меры по оздоровлению беременной.

При наблюдении женщин с ранних сроков перинатальная смертность в 2–2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5–6 раз ниже, чем при первом посещении врача после 28 нед. Санитарно-просветительская работа в сочетании с квалифицированным врачом наблюдением — основной резерв увеличения доли беременных, обращающихся к врачам на ранних сроках.

Взятие на учёт. При взятии беременной на учёт врач заводит «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма №111/у), куда заносит паспортные данные, фиксирует подробный анамнез, перенесённые в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной и генеративной функций. Туда же в дальнейшем заносят результаты физикальных и лабораторных исследований, назначения.

При первом посещении, независимо от срока беременности, врач женской консультации обязан ознакомиться с амбулаторной картой поликлинической сети (или выпиской из неё). Это позволяет сделать заключение о наличии экстрагенитальных или наследственных заболеваний, факторов риска перинатальных осложнений.

Эффективность раннего взятия беременной на учёт будет полностью упущена, если в минимальные сроки (12–14 дней) не провести обследование для объективизации статуса. При этом определяют возможность вынашивания беременности и степень риска по перинатальным, акушерским и экстрагенитальным заболеваниям, а также вырабатывают план ведения беременности.

Регулярность наблюдения беременных. Периодичность посещений и обследований, их роль и целесообразность врач акушер-гинеколог должен обсудить с беременной 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;
- в дальнейшем до 20 нед — 1 раз в месяц, затем в зависимости от состояния (табл. 5-1).

При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо направить к ней на дом акушерку для патронажа.

Дородовый патронаж осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учёт и перед родами. Кроме того, по мере необходимости акушерка также посещает женщину (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.).

Своевременная госпитализация. При возникновении показаний главная задача врача женской консультации — экстренная или плановая госпитализация беременной. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой женщин, имеющих причины для стационарного лечения, но вовремя не госпитализированных.

Пренатальный скрининг

Скрининг в I триместре. Комбинированный тест (проводят на 11-й неделе беременности) включает определение биохимических маркеров: концентрации

Таблица 5-1

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	
Проведение беседы 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 о беременности, родах, послеродовом периоде (желательна организация специальной библиотеки для беременных)	

β-хорнионического гонадотропина (ХГЧ), плацентарного протеина, ассоциированного с беременностью (РАРР), и измерение толщины воротникового пространства эмбриона с помощью УЗИ.

При проведении комбинированного скрининга вероятность выявить у плода трисомию по 21-й хромосоме при её наличии составляет 86%, тогда как частота ложноположительных результатов теста — 5%. Кроме того, комбинированный скрининг позволяет выявить 90% плодов с хромосомной патологией при частоте ложноположительных результатов 6%.

Скрининг во II триместре. В качестве скрининг-тестов в большинстве стран используют определение содержания α-фетопротеина (АФП), β-ХГЧ и неконъюгированного эстриола на сроке 15–20 нед гестации. При определении риска хромосомной патологии плода по уровню этих биохимических маркеров необходимо обязательно учитывать данные, полученные при скрининге в I триместре.

Эффективность выявления у плода синдрома Дауна при исследовании концентрации АФП и β-ХГЧ составляет 59%, при исследовании содержания β-ХГЧ, АФП и неконъюгированного эстриола — 69%. Использование АФП как единственного маркера приводит к снижению эффективности скрининга более чем в 3 раза. Замена в «тройном тесте» неконъюгированного эстриола димерным ингибином А позволяет повысить эффективность диагностики до 79%.

Понятие «скрининг» имеет принципиальные отличия от понятия «диагностика». К последнему больше подходит определение «процесса», в ходе которого зачастую проводятся неинформативные тесты. Скрининг ориентирован в первую очередь на результат. Если с помощью скринингового теста невозможно установить или исключить наличие патологического процесса при положительном результате теста, то сам скрининг становится бессмысленным.

Для подтверждения хромосомных аномалий у плода необходимо инвазивное вмешательство в целях получения материала плодового происхождения. Основными методами инвазивной диагностики в настоящее время служат хорионбиопсия и амниоцентез.

Лабораторный скрининг. По приказу №457 («О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врождённых заболеваний») лабораторные исследования проводят в следующие сроки:

- общий анализ крови — 1 раз в месяц, а с 30-й недели беременности — каждые 1–2 нед;
- общий анализ мочи — при каждом посещении;
- исследование крови для определения содержания АФП, ХГЧ — в 16–20 нед;

- концентрация глюкозы в крови — в 22–24 и 36–37 нед;
- коагулограмма — в 36–37 нед;
- бактериологическое (желательно) и бактериоскопическое (обязательно) исследование выделений из влагалища — в 30 нед.

При наличии в анамнезе мертворождений, невынашивания, экстрагенитальных заболеваний следует:

- определить содержание гемолитинов в крови беременной;
- установить группу крови и резус-принадлежность крови мужа, особенно при отрицательном резус-факторе беременной;
- обследовать на наличие возбудителей уrogenитальной инфекции, прежде всего бактериологически (количественный анализ) или методом количественной ПЦР-диагностики;
- определить экскрецию гормонов, показатели иммунорезистентности, уточнить характер течения экстрагенитальных заболеваний;
- для беременных с отягощённым акушерским, семейным и гинекологическим анамнезом необходимо медико-генетическое консультирование.

Санация очагов инфекции. Профилактика гнойно-септических осложнений включает обязательную стоматологическую, урологическую и оториноларингологическую санацию. Осмотр женщины стоматологом следует предусмотреть хотя бы 3 раза, в каждом триместре, поскольку 70% женщин во время беременности приобретают от двух до семи болезней зубов и слизистой оболочки полости рта. Однократный осмотр и запись «полость рта санирована» — **апофеоз формального подхода** к оздоровлению беременной.

Частота и неполноценный учёт дефлорационных циститов вынуждают особенно тщательно обследовать мочевыводящие пути во время беременности, особенно если в анамнезе есть данные о перенесённом воспалительном процессе. В этом случае совсем нехитрыми методами — назначением мочегонных сборов, клюквенных морсов, киселей (снижение рН мочи) — можно предупредить нередкие во время беременности обострения воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей.

Биоценозы. Инфекты. Агрессивная «санация» вне и во время беременности

Хотя внедрение антибиотиков в акушерскую практику и обеспечило резкое снижение частоты послеродовых инфекционных заболеваний более полувека назад, однако в современном акушерстве эта тема звучит более чем серьёзно.

Инфекционно-воспалительные заболевания, их последствия и причины

Как ранее уже упоминалось, от септических акушерских осложнений в мире ежегодно гибнет около 150 тыс. женщин. В экономически слаборазвитых странах послеродовые гнойные осложнения трагически лидируют среди причин материнской смертности, доля пьедестал с акушерскими кровотечениями и эклампсией.

Анализируя структуру причин материнской смертности в России, можно убедиться в абсолютном преобладании гнойно-септических заболеваний. Так, в 2006 году $\frac{3}{4}$ умерших от аборта (14%) вместе с 8,6% от послеродового сепсиса (24,6%) обеспечили главенство инфекционно-воспалительных состояний в структуре материнской смертности, а в 2007 году этот показатель составил 26,6% (рис. 5-1).

Гнойно-септические инфекции занимают первое место среди всех случаев внутрибольничной инфекции в родовспомогательных учреждениях (до 45%). Истинные заболеваемость и смертность от внутрибольничных инфекций значительно превышают регистрируемую.

Никак нельзя объяснить сложившуюся ситуацию только всплеском инфекций, передаваемых половым путём (гонорея, трихомоноз, хламидийная инфекция, сифилис, герпес, ВИЧ-инфекция, гепатит С), несмотря на то что к началу XXI века этих заболеваний стало в 4 раза больше. Безусловно, к этому предрасполагает фон современной жизни: ранние, часто многочисленные

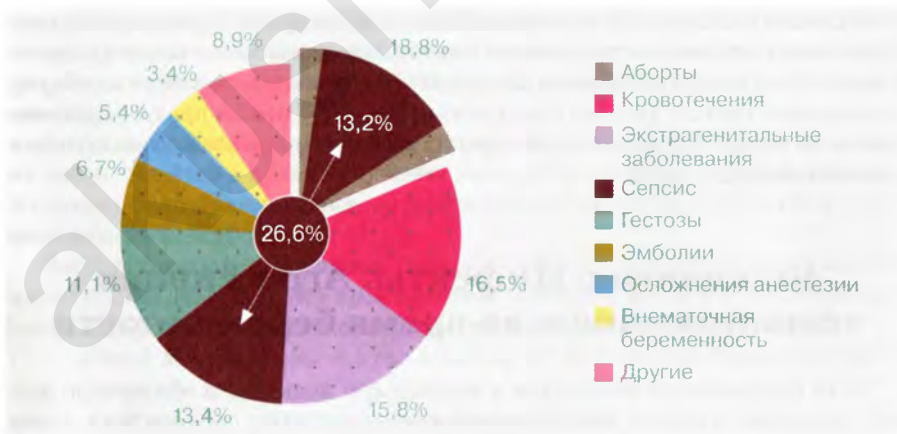


Рис. 5-1. Структура материнской смертности в Российской Федерации за 2007 год.

и случайные, половые связи, отсутствие элементарных знаний о безопасном сексе и интимной гигиене и др.

Излишни комментарии по поводу дисбиотических состояний — говорят цифры: нарушения микроценоза влагалища и шейки матки при скрининговом обследовании регистрируются у 9–24% клинически здоровых женщин и у 45–86% пациенток гинекологических стационаров. Изменились и возбудители заболеваний: активизировалась условно-патогенная микрофлора (клебсиелла, протей, кишечная палочка, энтерококки, полирезистентные штаммы облигатных анаэробов). Возросла роль микробных ассоциаций (более 80%), особенно аэробно-анаэробных, обладающих выраженной вирулентностью и превосходящих по патогенности монокультуры.

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. У 58% современных российских подростков на ранний сексуальный дебют накладывается дефлорационный цистит, соматическая отягощённость в сумме с гинекологическими заболеваниями превышает 100%, а доля первых аборт составляет 10% от общего числа. В этих реалиях, без полноценной системы оздоровления подростков, вопрос об управлении материнской смертностью решить нельзя.

Кроме того, на фоне снижения гестационной иммунорезистентности и высокого инфекционного индекса приходится прогнозировать эпидемию **инфекционно-воспалительных заболеваний в родовспомогательных учреждениях** (Казарьян С.М., 2007). Раньше никому и в голову не приходило, что почти любой бактериальной инвазии в гинекологии предшествует акушерская агрессия в отношении вагинального биотопа. Вот это вполне объясняет неуклонный рост частоты инфекционно-воспалительных заболеваний.

Если на предгравидарном этапе не устранить недостаточность лактофлоры, то в условиях выраженной микробной обсеменённости при беременности происходит активная пролиферация условно-патогенных микроорганизмов. Их критическая масса в послеродовом периоде способна инициировать инфекционный процесс.

Аборт и инфекционно-воспалительные заболевания

Особый вклад в распространение инфекционно-воспалительных заболеваний вносит аборт, единственный оплачиваемый системой ОМС метод регулирования рождаемости, противоестественный по своей сути, ломающий все противони-

фекционные барьеры, данные женщине природой. Уничтожается микрофлора на наружных половых органах и во влагалище («санация»), кристеллеровская пробка (концентрат иммуноглобулинов, лизоцима) «вталкивается» в полость матки и затем эвакуируется, эндометрий (иногда с участками миометрия) удаляется полностью, «до хруста». Кульминация не заставляет долго ждать — асептический или гнойный (в 15% случаев) эндомиометрит приводит не только к репродуктивным нарушениям, но и к материнской летальности.

В наших исследованиях выяснилось, что каждая четвёртая (25%) женщина с искусственным абортом в анамнезе ещё до его выполнения имела хронический эндометрит, ту или иную степень лейкоцитарной инфильтрации эндометрия или даже бактериальную обсеменённость.

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, по сути — криминальное вмешательство с целью прерывания беременности. После такого аборта высока вероятность задержки остатков плодного яйца в матке.

Что касается септических осложнений аборта, то ситуация такова. 80% 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 дома, в транспорте). В стационаре не сразу определяли, что в развитии шока повинен недавний аборт, что препятствовало немедленной санации матки.

Печальный парадокс: более половины женщин, умерших впоследствии от послеабортного сепсиса, лечились 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 мысли о «безопасном» аборте (см. главу «Аборт»).

Предгравидарная агрессия и биоценоз

Начинается порочный круг с отсутствия банальной предгравидарной подготовки, легкомысленного невнимания к биоценозу половых путей будущих

матерей. Досадно, что даже после вынужденной травматизации 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. Также возможны самопроизвольное прерывание на раннем сроке, длительная угроза выкидыша и рождение маловесного, внутриутробно инфицированного ребёнка. Если представить себе эти потери в государственном масштабе, немудрено, что мы на пороге демографической катастрофы: невысокую рождаемость дополняют высокие индексы заболеваемости и смертности.

К предгравидарной агрессии можно отнести и неназначение реабилитационного курса после длительной экспозиции внутриматочного контрацептива, нерациональное использование последнего: без коррекции дисбиоза риск инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов после установки внутриматочного контрацептива возрастает в 3–9 раз, особенно при его присутствии в матке более 5 лет.

Повышает частоту и вероятность хронизации инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов необоснованное противомикробное лечение несуществующих заболеваний. Такое может происходить при неправильной трактовке лабораторных результатов (качественной, а не количественной ПЦР и др.), а также при самолечении безрецептурными препаратами с антимикробным действием.

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

Для сравнения: диагностику урогенитальных инфекций методом качественной ПЦР в России выполняют в 6 раз чаще, чем в США, хотя методика не предназначена, согласно нормативному документу (Приказ Минздрава РФ №50 от 10 февраля 2003 года), для выявления инфицированных и больных. Именно поэтому у нас расплодился так называемые «-озы» (микоплазмозы, уреоплазмозы, гарднереллёзы и др.); **это отечественное «изобретение» в МКБ-10 отсутствует.**

Антибиотикотерапию, привычно назначаемую при обнаружении любых симбионтов, лишь недавно стали анализировать, задумавшись о неизбежных последствиях. Несмотря на значительные успехи современной фармакологии, стало ясно, что антибиотики — не панацея. Массовое и массивное назначение антибиотиков обернулось радикальной перестройкой вагинального биотопа:

на смену 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.

Порочные последствия тактики «больше анализов → больше лечения → извращение естественного биоценоза» весьма глобальны. Это подтверждается заключением саммита глав «Большой восьмёрки», где на сателлитном симпозиуме министров здравоохранения в Санкт-Петербурге (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 по показаниям и без них. Результатом бездумной тактики стала абсолютная антибиотикорезистентность пневмококков. По сути, мы приближаемся к концу эры антибиотиков. Причём по частоте и непоказанности назначения дезинфектантов и антибактериальных средств без показаний акушеры-гинекологи, безусловно, лидируют среди врачей других специальностей.

Между тем усиленная «санация» влагалища основана не только на результатах неинформативных анализов (качественная ПЦР и бактериологическое исследование без количественных характеристик), но и приходится на I–II степень чистоты влагалища («нормальный» биоценоз по новой классификации). 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 микрофлоры. Четверть века прошло с тех пор, как пала монополия доктрины о том, что нормобиоценоз влагалища представляют только лактобактерии, «палочки Додерляйна». В наши дни взгляды на микроэкологию половых органов совершенно иные.

Биоценоз — где пролегают границы нормы?

Хотя доминирование лактобацилл абсолютно бесспорно (рис. 5-2), европейские сообщества акушеров-гинекологов провозгласили допустимость бактериального разнообразия: у каждой второй здоровой женщины репродуктивного возраста в микрофлоре влагалища можно выделить гарднереллы, у каждой четвертой — кишечную палочку, у каждой пятой — микоплазмы.

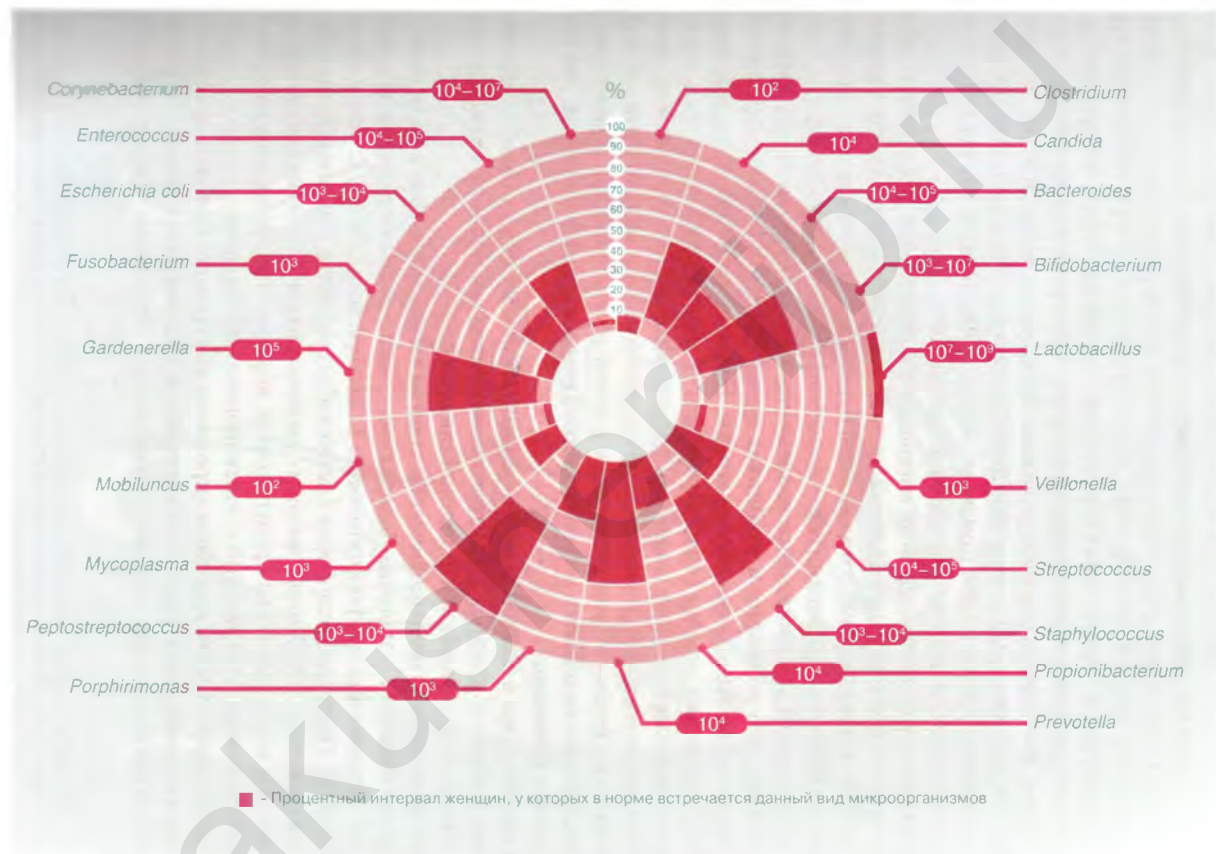


Рис. 5-2. Диапазон частоты выделения микроорганизмов из влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста. %.

Присутствие нетипичных для вагинальной микрофлоры бифидобактерий возможно **и без формирования вагинитов и вагинозов**. При условии, что клинических симптомов и бактериоскопически подтверждённого гноетечения нет, допустимо присутствие *Candida*, что и происходит у 25% небеременных и 50% беременных. Присутствие клостридий, коринебактерий, энтерококков, мобилункуса, пептострептококков, превотелл, кишечной палочки возможно, если число колониеобразующих единиц (КОЕ) этих возбудителей не превышает 10^5 , аналогичный показатель лактобактерий составляет более 10^7 , причём отсутствуют клинические признаки воспаления. В таком случае женщину считают здоровой и никакого лечения не назначают.

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

Влагалищный микробиоценоз современных женщин радикально отличается от того, что изложено в учебниках 15–20-летней давности. Причиной изменений стало изменение образа жизни. Нефизиологичная мода, нарушения формирования скелета («джинсовый таз»), колготки вместо чулок, средства менструальной гигиены (тампоны, прокладки, особенно ежедневные) привели к снижению аэрации и увеличению анаэробного компонента в микробных ассоциациях. Однако нужно относиться к этому изменению как к должному, ни в коем случае не пытаясь 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 болезнетворных бактерий — палочка Додерляйна — собирательное понятие, объединяющее четыре вида микроорганизмов: *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum*, *L. cellobiosus*. Они относятся к роду *Lactobacillus* семейства *Lactobacillaceae*. Защитные свойства лактобацилл связаны с расщеплением гликогена влагалищного эпителия, вследствие чего продуцируется перекись водорода, лизоцим, 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!»

¹ Показательны примеры наших прабабушек, длительный отдых яичникам которых обеспечивался за счёт наличия 25–50 менструаций за всю жизнь (за счёт многократных беременностей и длительного — до 2 лет — кормления грудью).

НЕФИЗИОЛОГИЧНАЯ МОДА, НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СКЕЛЕТА («ДЖИНСОВЫЙ ТАЗ»), КОЛГОТКИ ВМЕСТО ЧУЛОК, СРЕДСТВА МЕНСТРУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПРИВЕЛИ К СНИЖЕНИЮ АЭРАЦИИ И УВЕЛИЧЕНИЮ АНАЭРОБНОГО КОМПОНЕНТА В МИКРОБНЫХ АССОЦИАЦИЯХ.



поддерживается концентрация гликогена во влагалищном секрете. При расщеплении гликогена молочнокислыми бактериями до молочной кислоты и перекиси водорода обеспечивается гибель 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. 5-3). 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 компонентов комплемента и лизоцима, наряду с секреторным иммуноглобулином А способствующих бактериолизу, что препятствует цитоадгезии микроорганизмов. Уровень секреторной резистентности половых органов регулируется интенсивностью антигенного раздражения слизистых оболочек, в том числе кислотофильной лактофлорой.

Содержание лактобактерий может быть снижено по следующим причинам:

- эндогенные нарушения (гипоэстрогения со снижением количества гликогена);



Рис. 5-3. Протективное действие лактобактерий.

- экзогенные (заселение влагалища более агрессивными патогенными бактериями);
- ятрогенные (необоснованное извращение биоценоза без клинических симптомов вагинита или бактериального вагиноза).

«Лечение анализов»

В продолжение дискуссии об агрессивной санации влагалища уместно вспомнить гениальное замечание проф. И.Б. Манухина, более 10 лет назад посетовавшего, 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 счесть и необоснованное назначение антибиотиков для лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Зачастую это происходит при гипердиагностике. А ведь в большинстве случаев хронические тазовые боли бывают симптомами других расстройств: эндометриоза тазовой брюшины, тазового ганглионеврита, спаечной болезни, диспареунии, синдрома Аллена–Мастерса, варикозного расширения вен тазовых органов. Однако все эти ситуации без должного обследования часто трактуют как воспалительный процесс в малом тазу. Следствием изолированного назначения антибиотиков (что само по себе противоречит аутоиммунной доминанте патогенеза хронических воспалительных заболеваний органов малого таза) становится извращение биоценоза.

В целом при длительно текущих, рецидивирующих хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза у 79% пациенток в разной степени нарушается микробиоценоз влагалища. Причины — повышение рН, отсутствие или недостаточное количество кислотопродуцирующих представителей (лактобактерий).

К акушерской агрессии в такой ситуации можно причислить не только неуместную санацию, но и отсутствие предгравидарной коррекции при подтверждённом дефиците лактобактерий. В таком случае, особенно у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза 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 (Арушанян А.Р., 2008; Гаджимурадова Д.Г., 2008): об этом свидетельствует патологическая иммунореактивность (рис. 5-4), определяемая по снижению концентрации эмбриотропных аутоантител у большинства женщин после любых внутриматочных и полостных вмешательств



Рис. 5-4. Иммунореактивность организма в периперационном периоде, %.

(68,5%), а также при хронических воспалительных заболеваниях половых органов (51%)¹.

При хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза гипореактивное состояние иммунной системы часто наблюдается на фоне вегетирования ассоциаций условно-патогенных бактерий; гиперреактивное — параллельно с вирусными инфекциями половых органов.

Разрушительные последствия антибактериальной терапии, требующие восстановления нормоценоза, демонстрирует и значительный дефицит секреторного иммуноглобулина А, а также недостаток сывороточных иммуноглобулинов (табл. 5-2). В отличие от женщин, лечившихся без применения антибиотиков, восстановление зубиоза потребовалось во всех случаях.

Проведённые нами исследования подтвердили, что срыв локальных механизмов защиты, активация аутоиммунных процессов приводят к различным нарушениям биоценоза половых органов. Скорректировать эти неблагоприятные изменения без полноценной иммунокоррекции невозможно.

На фоне снижения иммунорезистентности хронический сепсис встречается значительно чаще, но женщин в таких случаях боятся оперировать — слишком сомнительны шансы на успех операции. Мы уже не можем эффективно лечить сепсис по прежним алгоритмам (экстирпация матки, назначение антибиотиков и иммуноглобулинов), потому что антибактериальные средства стали малоэффективны.

Во время изучения возможностей иммунотерапии при инфекционных осложнениях у рожениц оказалось, что эффективны лишь концентраты иммуноглобулинов («Пентаглобин», «Интраглобин»), а не применяемые обычно стандартные человеческие иммуноглобулины. Однако до сих пор вопрос

¹ ELI-P-тест (ELISA-detected Probability of Pathology in Pregnancy) определяет характеристику иммунитета по специфическим эмбриотропным аутоантителам (Князев С.Г., 2010). Мы выделяем три состояния: норма-, гипо- и гиперреактивность.

Таблица 5-2

Содержание иммуноглобулинов различных классов в цервикальной слизи женщин, включённых в исследование, $M \pm m$

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).

о включении в комплексные схемы терапии инфекционно-воспалительных заболеваний мощных иммунокорректоров до конца не решён.

Особая тема — роль ненужных акушерских вмешательств у беременных в формировании септического процесса после родов. Агрессивная «санация» без восстановления нормобиоценоза влагалища окончательно нарушает хрупкое микробиологическое равновесие.

По мере увеличения срока беременности у здоровых беременных в 10 раз возрастает содержание лактобактерий, уменьшается колонизация бактериями шейки матки. Эти изменения необходимы для того, чтобы ребёнок родился в среде, содержащей микроорганизмы с низкой вирулентностью, и получил лактобациллы, обеспечивающие устойчивость к патогенной микрофлоре внешней среды. Соотношение анаэробов и аэробов у здоровых беременных составляет 1,3:1. Такова идеальная картина влагалищного биотопа при благополучном течении неосложнённой беременности.

Вопрос в отношении интранатальной профилактики стрептококковой инфекции у беременной непростой. Бессимптомная колонизация влагалища стрептококками группы В встречается в среднем у 20% женщин (4,6–40%). По данным немецких исследователей, после родов через естественные родовые пути почти у половины детей от колонизированных матерей также происходит заселение кожи и слизистых оболочек β -гемолитическим стрептококком, риск заболевания доношенных детей составляет около 0,2%.

Дородовое назначение антибиотиков пациенткам доказанности не имеет: 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.

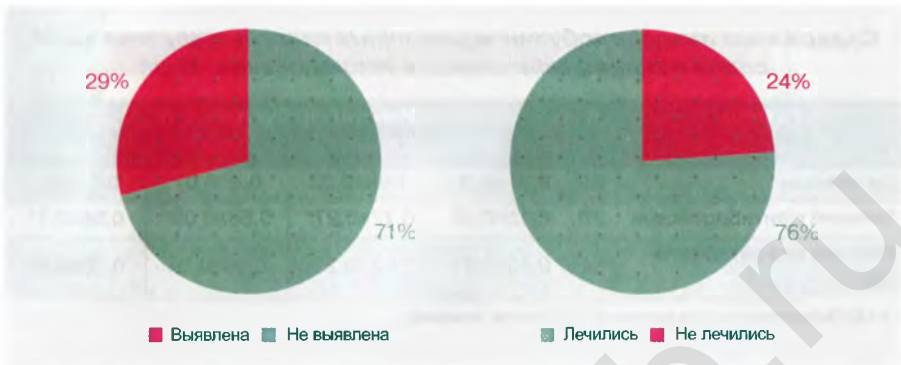


Рис. 5-5. Выявление урогенитальной инфекции в I триместре беременности у 440 женщин, %.

Необоснованное лечение дезинфектантами, мощными антибиотиками, к тому же без определения чувствительности микрофлоры, 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 оказываются причиной активации условно-патогенной микрофлоры. Преодолев нестойкие (в условиях вторичного физиологического гестационного иммунодефицита) биологические барьеры, эти возбудители повышают риск акушерских и перинатальных осложнений.

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 лечиться антибиотиками) или из-за дороговизны лечения. 76% женщин «лечились добросовестно», как это было принято в 90-е годы (рис. 5-5).

Необоснованное лечение в том случае, когда у пациентки нет клинических симптомов, неминуемо ведёт к уничтожению всей микрофлоры и созданию не предусмотренного природой «пустого места», очень быстро занимаемого теми же или аналогичными возбудителями, но уже с повышенной устойчивостью к антибиотикам. Происходит извращение естественного биоценоза.

Негативные последствия от беспочвенного использования антисептиков наступают уже через 2–3 ч: в 95% проб обнаруживается не «стерильный» результат, а наличие условно-патогенной микрофлоры, на 50% более болезне-

творной, чем изначальная. Агрессивность традиционной санации подтверждается и распространённостью вагинального кандидоза — у «пролеченных» грибы обнаруживают в 2 раза чаще (рис. 5-6).

Поразительно, что повторный скрининг на инфекции после так называемой «санации» проводят лишь у 4% пациенток. Получается, 96% «пролеченных» женщин не проходят контрольное обследование, следовательно, никакой нормоценоз влагалища им не восстанавливают (рис. 5-7).

Невнимание к промежности

Устойчивы представления о взаимосвязи разрывов промежности и шейки матки с крупной головкой плода и высокой промежностью матери. Однако на самом деле исход зависит именно от состояния тканей. Выраженность и часто-

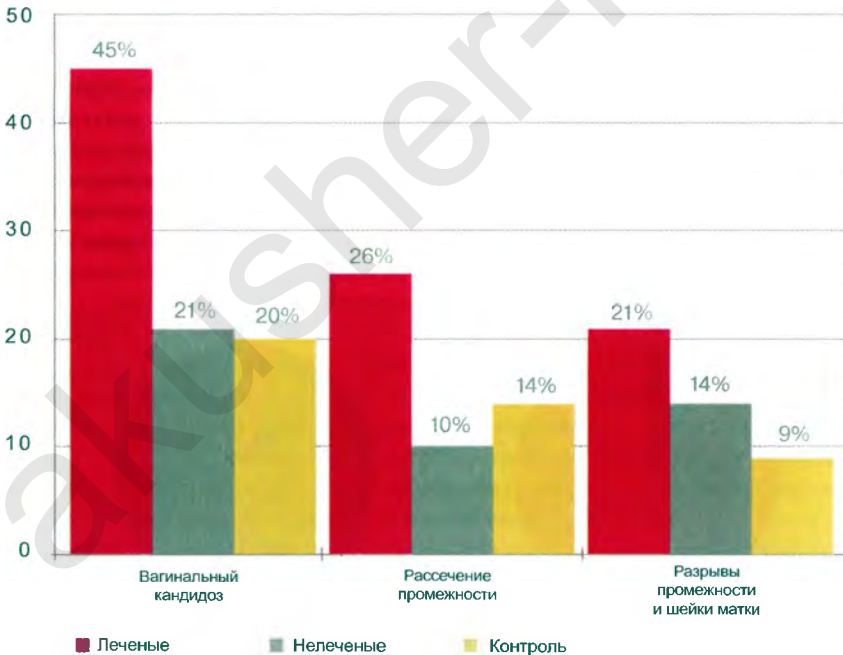


Рис. 5-6. Осложнения беременности и родов, %.

та возникновения травм тазового дна коррелирует с нарушениями состава вагинальной микрофлоры (Марилова Н.А., 2007).

У всех наиболее тяжело травмированных в родах женщин были диагностированы аномальные влагалищные биоценозы. III и IV степени чистоты влагалища перед первыми родами отмечали у 47,1 и 39,5% из этих пациенток соответственно, а в 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 степенях чистоты влагалища, а при I или II степени травмы, как правило, не происходят.

Распечение промежности во избежание образования разрыва не нарушает этой зависимости: после акушерского разреза на фоне извращённого биоценоза влагалища рана рвётся дальше разреза, плохо заживает. К сожалению, количество женщин с пролапсами половых органов, возникшими после акушерских вмешательств, только увеличивается. 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. 5-8).

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

Рост числа пациенток с несостоятельностью тазового дна, приобретённой после акушерских вмешательств, в свою очередь расширяет группу риска

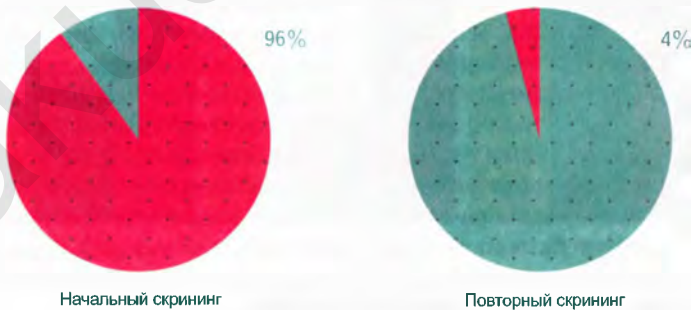


Рис. 5-7. Формирование патологических биоценозов.

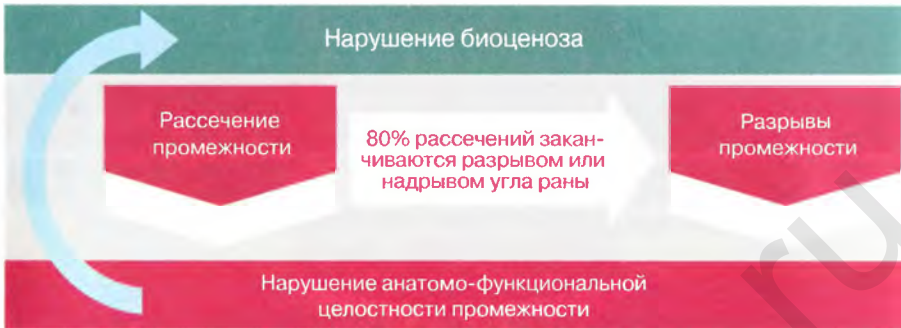


Рис. 5-8. Взаимосвязь между нарушениями вагинального биоценоза и травмами промежности в родах.

по формированию дисбиоза половых органов. И здесь опять акушерская агрессия: не выполняется хирургическая коррекция пролапсов, а без неё невозможно восстановить нормобиоценоз. В большинстве случаев всё так и происходит.

Итоги врачебной «деятельности»

Так чем же оборачивается стремление излечить «больную» от 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. 5-9).

Вероятность послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений на фоне ятрогенных дисбиозов половых органов резко возрастает. Послеродовый эндометрит (и субинволюция матки как завуалированная форма эндометрита) в 2 и 1,5 раза чаще регистрируется после агрессивной антибиотикотерапии. У нелеченых частота развития послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний не превышает таковую в популяции (рис. 5-10).

Зачастую врачи пытаются добиться стерильности не только вагинального биотопа пациенток, но и всего роддома. Надо сказать, что по установлению Госсанэпиднадзора (2000) мы имеем право на госпитальную инфекцию. При этом главное условие эффективной борьбы с ней — знание возбудителей и тщательное наблюдение за ними. Ятрогенные дисбиозы следует считать одной из управляемых причин материнской смертности от сепсиса.



Рис. 5-9. «Порочный круг». Без восстановления зубиоза половых органов с вагинальными инфекциями не справиться!

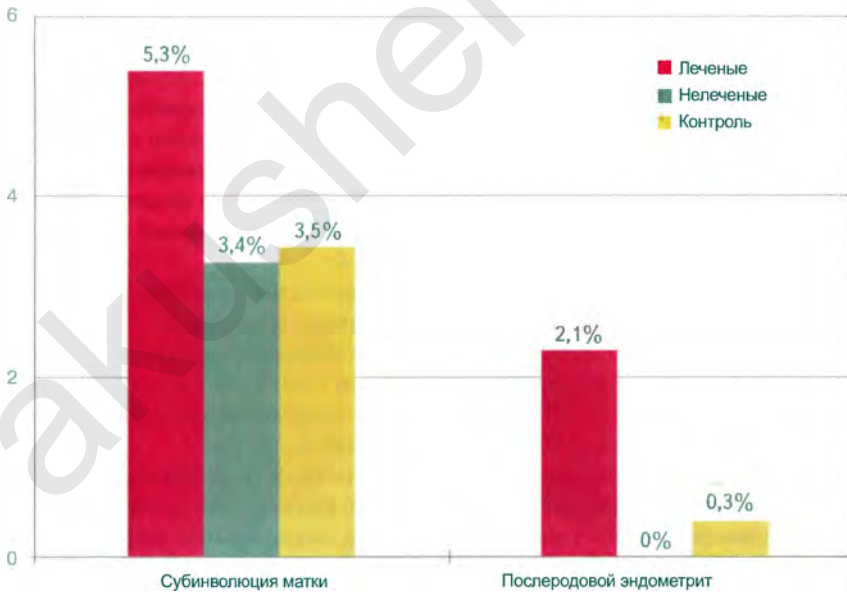


Рис. 5-10. Частота послеродовых осложнений, %.

Профилактика ятрогенных дисбиозов требует грамотного инфекционного скрининга и своевременного, адекватного выявленному возбудителю лечения, а затем формирования нормального биоценоза (с содержанием лактобактерий не менее 10^7 КОЕ). Цель — при рождении ребёнок должен контаминировать не кишечную палочку и энтерококк, а лактофлору!

Дифференциальная диагностика как основа правильного лечения

Не менее серьёзная проблема — дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний влагалища и дисбиотических состояний. Поистине проблема достойна сравнения с Вавилонской башней, ибо 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. 5-11).



Рис. 5-11. «Вавилонская башня» — сложно сориентироваться в информации, агрессивно подаваемой дистрибьюторами.

Во многом путаница проистекает из навязчивой рекламы, «дистрибуции» различных препаратов. Перед IV Съездом акушеров-гинекологов РФ в 2008 году оргкомитет принял решение не делать фирменных симпозиумов с рекламой, особенно дезинфицирующих средств, освещая только медицинские проблемы. Однако целых пять «проблемных» симпозиумов (см. рис. 5-11) включали рекламу тех или иных противомикробных препаратов. Да, целых пять симпозиумов по вульвовагинальным инфекциям и только по одному (!) симпозиуму, посвящённому кровотечению, 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. Поэтому разграничение состояний «норма—носительство—дисбиоз—вагинит» — важная задача (рис. 5-12).

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

Бактериальный вагиноз (в МКБ-10, напомним, такой диагноз отсутствует) — невоспалительное инфекционное заболевание, характеризующееся дисбиозом половых путей. При бактериальном вагинозе под воздействием опре-

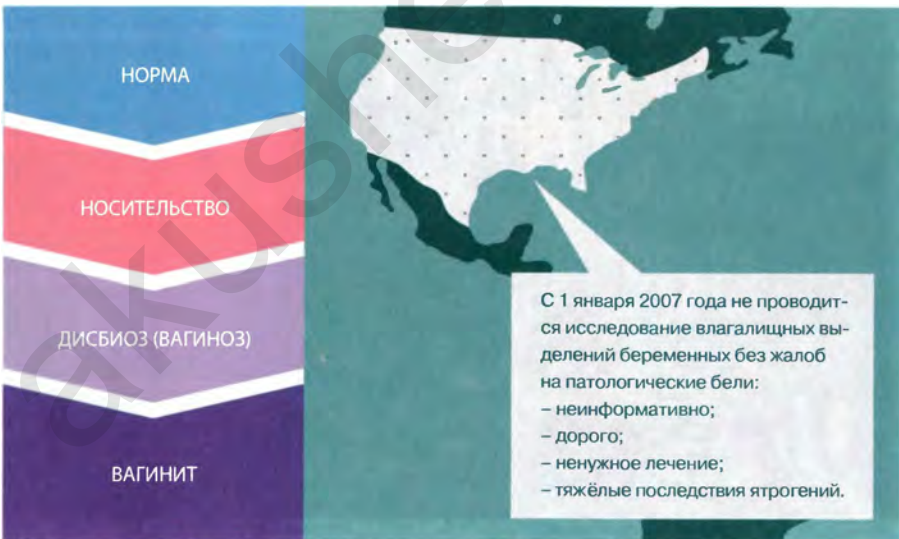


Рис. 5-12. Градация инфекционного процесса. Лечить или не лечить?

делённых факторов (гормональные нарушения, применение антибиотиков, ослабление иммунной системы и др.) происходит резкое уменьшение числа лактобактерий, вплоть до их полного исчезновения.

Частота бактериального вагиноза у беременных составляет 37–42,4%, у небеременных — 57,6% (Анكيرская А.С., 1995). Главные факторы риска развития бактериального вагиноза у беременных:

- Дисбактериоз кишечника.
- Острые и хронические инфекции:
 - половых органов;
 - желудочно-кишечного тракта;
 - мочевыводящих путей.
- Антибиотикотерапия и вторичный иммунодефицит.
- Аллергические заболевания.
- Стресс.
- Неполноценное питание.
- Постоянное воздействие малых доз радиации.
- Загрязнённость окружающей среды.

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

По мнению А.М. Савичевой и соавт. (2002), диагнозы «гарднереллёз», «микоплазмоз», «уреаплазмоз», «анаэробный вибриоз» не отражают этиологии заболевания, которое правильно считать вагинальным дисбиозом, т.е. нарушением биоценоза влагалища. Бактериальный вагиноз можно рассматривать как синдром с полимикробной этиологией. Чаще других и в высокой концентрации высеваются *Pr. melaninogenica* (39,5%), *Pr. bivia* (20,5%), на втором месте — пептострептококки, особенно *P. magnus* и *P. productus*, достаточно часто обнаруживается *M. hominis* (60–75%), значительно реже *Propionibacterium spp.*, *Clostridium ramosum*, *Veillonella pamula* и *Fusobactenum spp.* Хотя при бактериальном вагинозе видовой диапазон микроорганизмов не так обширен, как при вагините, но случаи ассоциации возбудителей составляют до 96% с суммарной концентрацией более 10^7 – 10^8 КОЕ/мл. Лактобациллы выделяются только у 21% пациентов с бактериальным вагинозом в концентрации, не превышающей 10^4 КОЕ/мл, и только в 28% случаев штаммы лактобацилл способны продуцировать перекись водорода (Байрамова Г.Р., 2001).

Диагностика бактериального вагиноза основана на следующих критериях:

- наличие жидких сероватых белей;
- повышение рН более 4,5–4,7;

- положительный аминный тест (появление или усиление запаха «гнилой рыбы» при смешивании влагалищного содержимого с 10% гидроокисью калия);
- наличие в мазках характерных «ключевых» клеток.

Для правомочности диагноза достаточно трёх из перечисленных критериев. Аминотест положителен в 83,1%. «Ключевые» клетки представляют собой эпителиоциты с адгезированными на них граммотрицательными микроорганизмами; лучше определяются в мазках, окрашенных по Граму. Их обнаруживают у 94,2% пациенток с бактериальным вагинозом; у здоровых женщин их нет. Появление «ключевых» клеток при бактериальном вагинозе связано с дистрофическими изменениями в слизистой оболочке влагалища, повышенным слущиванием эпителия и усиленной адгезией граммотрицательных микроорганизмов к этим клеткам (Цвелёв Ю.В., Кира Е.Ф., 2003). Указанные клинические признаки впервые были описаны R. Amsel в 1983 году и до сих пор, несмотря на критические аспекты их диагностической значимости, играют роль диагностического стандарта в широкой скрининговой практике.

Вагинит — острое воспаление слизистой оболочки влагалища. Вытеснение одним условно-патогенным видом других членов микробного сообщества приводит к развитию клинических симптомов 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 в 1,8 раза больше выделяется аэробных, нежели анаэробных штаммов микроорганизмов.

При вагинитах преобладают представители энтеробактерий: кишечная палочка (45,7%), клебсиеллы (31,4%), энтеробактерии (25,7%).

В 28,6% случаев при обследовании высевался золотистый стафилококк, в 25,7% — β -гемолитические стрептококки группы В. Из строгих неспорообразующих анаэробов чаще обнаруживали бактероиды (рис. 5-13).

Вагинальный кандидоз — одно из наиболее частых рецидивирующих заболеваний влагалища. Лечению поддаётся плохо из-за высокой изменчивости грибов рода *Candida* и устойчивости к большинству препаратов уже спустя 5–7 лет их использования. Современный препарат сертраконазол («Залаин») —

последний из зарегистрированных в России антимикотиков, разрешён в I триместре беременности.

Курсовая доза «Залаина» — однократное применение свечи; при этом терапевтическая концентрация сертаконазола сохраняется до 7 дней. Это соответствует рекомендациям CDC 2010 года о предпочтительности коротких схем лечения.

В тех же рекомендациях CDC от 2010 года для местного лечения неосложнённого кандидозного вульвовагинита на первом месте стоит 2% вагинальный крем бутоконазола (на российском рынке препарат представлен под названием «Гинофорт»). Бутоконазол и нистатин — на данный момент весь современный арсенал средств для лечения кандидозов, вызванных кандидами *non-albicans*. Именно поэтому «Гинофорт» применим для лечения рецидивов кандидозного вульвовагинита, когда возбудитель маловосприимчив к флуконазолу, а провести анализ на видовую принадлежность *Candida* затруднительно.

Механизм действия «Гинофорта» комбинированный, фунгистатически-фунгицидный, с этим связаны преимущества в способе применения. Лечение предусматривает однократное введение во влагалище содержимого аппликатора, причём провести процедуру можно в любое время суток — вещество биоадгезивно, практически не вытекает и не пачкает нижнее бельё. Важно предупредить пациентку о том, что препарат содержит минеральное масло, повреждающее изделия из латекса или резины. По этой причине в течение 72 ч после применения «Гинофорта» не рекомендуется использовать презервативы или влагалищные диафрагмы; необходимо предусмотреть другие способы контрацепции.

Эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Возникновению заболевания способствуют незащищённые разрывы шейки матки после родов, опущение половых органов, раздражение шейки матки химическими и/или механическими средствами (например, внутриматочный контра-



Рис. 5-13. Структура микроорганизмов, чаще выявляемых при вагинитах, %.

цептив), хронические воспалительные процессы в матке, придатках, во влагалище. Слизисто-гнойный эндоцервицит характеризуется наличием гнойных или слизисто-гнойных выделений, заметных 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 уровнем (Никонов А.П., Асцатурова О.Р., 2003). Причиной слизисто-гнойного эндоцервицита в 60–70% случаев оказываются возбудители, передаваемые половым путём: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*. Однако у 30–40% женщин при заболевании не удаётся выделить ни тот, ни другой возбудитель. При этом возможно обнаружение в цервикальном канале *M. hominis*, *U. urealyticum* и других бактерий, но поскольку все они — часть нормальной влагалищной микрофлоры, истинное этиологическое значение этих микроорганизмов не определено.

Критериями диагностики считают:

- гнойное отделяемое из цервикального канала (при выполнении swab-теста);
- 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 5-3.

Пути преодоления

Итак, главные профилактические мероприятия для снижения риска инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорождённых, проводимые 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):

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

Таблица 5-3

Микроскопическая оценка биоценоза влагалища у беременных

Микробиоценоз	Микрофлора влагалища	Признаки
Нормоценоз	Доминирование лактобактерий, отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогрибов, единичные лейкоциты, эпителиальные клетки	Типичное состояние нормального биотопа влагалища
Промежуточный тип	Умеренное или сниженное количество лактобактерий, наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек. Обнаруживаются лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки	Наблюдается у здоровых женщин, редко сопровождается субъективными жалобами и клиническими проявлениями
Бактериальный вагиноз (дисбиоз влагалища)	Отсутствие или малое количество лактобацилл; массивное общее количество бактерий с абсолютным доминированием морфотипов бактериоидов, мобилункус, гарднереллы; выявление «ключевых» клеток среди эпителиальных клеток поверхностных слоёв; отсутствие или единичные лейкоциты в поле зрения; отсутствие или незавершённость фагоцитоза	Наблюдается у женщин без клинических признаков вагинита
Вагинит	Большое количество лейкоцитов, макрофагов, зернистая дистрофия эпителиальных клеток, «пестрота пейзажа», выраженный фагоцитоз, наличие условно-патогенной и патогенной микрофлоры	Жалобы на бели, жжение, зуд

Лечить или не лечить?

Прекрасным примером логичных действий может служить решение, принятое в США: чтобы прекратить «лечение анализов», а также вследствие «дороговизны и сверхинформативности» с 1 января 2007 года там не проводят даже бактериоскопического (!) исследования выделений беременных, **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 клинических разборов и судебных исков по поводу неадекватной антибиотикотерапии. Достаточно поинтересоваться сайтами и 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, беременные и просто интересующиеся темой женщины вникают в эти вопросы чаще, чем врачи. Поэтому необходимо сформировать иной, основанный на критериях доказанной эффективности подход.

По логике первым этапом на пути к решению этой проблемы должна стать диагностика состояния вагинальной микрофлоры. А начинать следует с определения pH влагалищного содержимого (рис. 5-14).

pH — показатель кислотно-щелочного баланса среды влагалища. Этот баланс зависит от жизнедеятельности микрофлоры и помогает отличить нормальных симбионтов от патогенных возбудителей. Эту особенность заметили в 80-е годы прошлого века и стали использовать для диагностики вначале бактериального вагиноза, а затем и других заболеваний влагалища. Для выполнения pH-метрии можно использовать универсальную индикаторную бумагу с эталонной шкалой или различные модификации pH-метров. Материал для исследования — либо вагинальное отделяемое, либо смыв содержимого влагалища стерильным физиологическим раствором с нейтральным значением pH. Чувствительность и специфичность теста составляют 89 и 85% соответственно. Изменение цвета теста сопоставляют с цветовой шкалой: чем темнее цвет тест-полоски, тем выше уровень pH.

В дополнение к полученным результатам проводят бактериоскопию, и, за исключением женщин с III–IV степенью чистоты влагалища, никаких ПЦР-исследований не проводится (рис. 5-15).

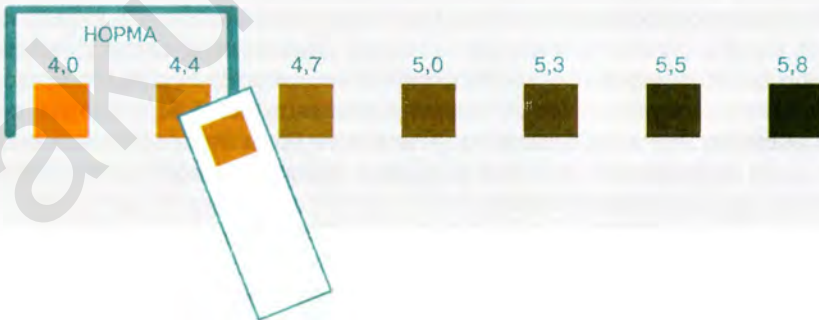


Рис. 5-14. Методика определения кислотности влагалищного отделяемого.



Рис. 5-15. Алгоритм диагностики биоценоза здоровых женщин.

Качественная ПЦР информативна только для четырёх инфектов, которых **никогда** не должно быть во влагалище: **бледная трепонема, гонококк, хламидия, трихомонада**. 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 (рис. 5-16). Таким образом, качественную ПЦР нельзя считать основанием для подачи экстренного заявления в органы санэпиднадзора и тем более для начала антибактериальной терапии.

При воспалительных изменениях в мазке поиск инфекта проводят методом количественной ПЦР (соотношение колоний возбудителя и лактобактерий; рис. 5-17) с использованием диагностического мультипраймерного набора для



Рис. 5-16. Алгоритм исследования биоценоза у женщин с отягощённым акушерским и гинекологическим анамнезом.

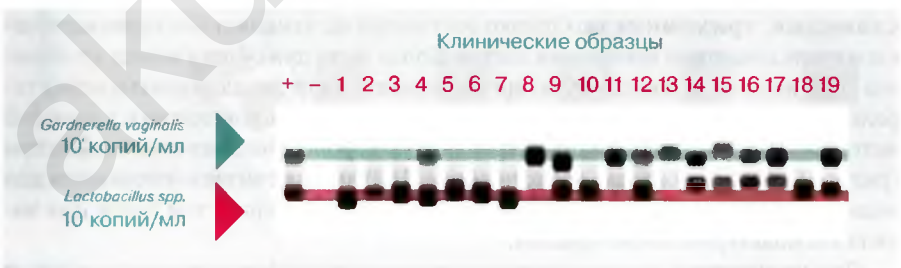


Рис. 5-17. Диагностический мультипраймерный набор для определения нуклеотидных последовательностей *Lactobacillus* spp. (558 н.п.) и *Gardnerella vaginalis* (820 н.п.).

определения нуклеотидных последовательностей, например *Lactobacillus spp.* (558 н.п.) и *Gardnerella vaginalis* (820 н.п.).

Только количественное определение возбудителей в содержимом влагалища отражает истинное положение дел. Как видно из рис. 5-17, в пробах 1–7 могла быть обнаружена *Gardnerella vaginalis* и, как это часто бывает, назначено лечение. На самом деле никакого лечения не нужно, ибо количество этого инфекта в титре 10^6 копий в миллилитре и менее не требует коррекции. А если одновременно с возбудителем определяется и *Lactobacillus spp.* в титре 10^7 и выше, то будет оправданно заключение о нормобиоценозе влагалища. Если клинических и бактериологических симптомов дисбиоза нет, обследование можно прекратить.

Об образцах на рисунке можно сказать, что в первую очередь лечение нужно женщинам с образцами №8, 11 и 13: здесь гарднерелл больше, чем 10^6 , а лактобактерий меньше, чем 10^7 , как и в последующих образцах. При недостатке лактобактерий доминирование гарднерелл уже обоснованно требует проведения лечебных мероприятий.

Присутствие достаточного количества лактобацилл (более 10^7) и КОЕ любых выявленных инфектов менее 10^5 указывают на нормобиоценоз. Необходимости в дополнительных анализах и назначениях нет. Врачебные действия должны быть соотнесены 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 (*E. coli*, *S. epidermidis*, *S. aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*) не превышает 10^5 КОЕ, а содержание лактобактерий составляет более 10^7 и нет клинических симптомов воспаления, женщину считают здоровой и лечения не назначают (рис. 5-18). Логичнее заняться восстановлением биоценоза.

Как и чем лечить?

В профилактике восходящей инфекции половых органов надёжный результат может быть гарантирован при тактике, основанной на восстановлении нормобиоценоза влагалища (санации) с обязательным доказанным ростом титра лактобактерий в вагинальном секрете (должно быть не менее 10^7 КОЕ/мл);

Коррекция вагинальной микрофлоры в предгравидарный период немаловажна без соблюдения следующих условий — устранения дефицита гликогена (питательной среды для лактобактерий) и восстановления двухфазного менструального цикла.

Для восстановления нормобиоценоза необходимы комплексные меры:

- Восстановление анатомо-функциональной полноценности промежности.

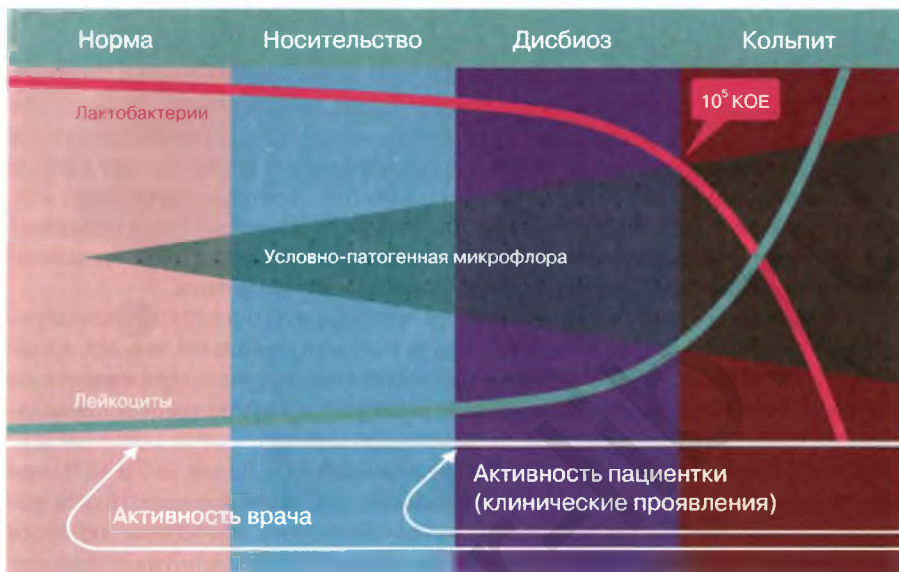


Рис. 5-18. Этапы нарушения биоценоза половых органов и их критерии (активность пациентки развивается при появлении жалоб, а врача – даже в зоне «нормы»).

- Ликвидация запоров путём назначения щадящих слабительных (назначение препаратов лактулозы [«Дюфалака»] позволяет достичь прироста лактобактерий в 3 раза).
- Диета: квашеные овощи, йогурт, биокефир.
- Эубиотики («Гинофлор Э»).
- Нормализация pH путём назначения аскорбиновой кислоты («Вагинорм-С»).
- Комбинированные эстроген-гестагенные препараты (например, «Регулон», «Линдинет», «Жанин», «Ярина», «Мидиана»).
- Формирование II фазы менструального цикла путём назначения прогестинов («Утрожестана», «Дюфастона»).

Опубликованы данные о положительном влиянии прогестерона на местный иммунитет: по данным исследователей, вагинальное введение прогестерона («Утрожестана») увеличивает количество клеток Лангерганса в эпителии влагалища, что повышает защиту от патогенных микроорганизмов и способствует профилактике вагинальных инфекций (Wieser et al., 2001).

Из личной практики

Высокоинтеллектуальная женщина, доктор наук, 17 лет (!) лечилась по поводу вульвовагинального кандидоза у разных врачей, различными способами и лекарственными препаратами, в том числе за рубежом. Увы, улучшение вело себя, как в телерекламе: симптомы исчезали на 3-й день, но возобновлялись на 5-й. Тривиальной перинеолевавторопластики оказалось достаточно, чтобы через 1,5 мес без всякого дополнительного лечения болезнь исчезла совсем.

Очень важное условие коррекции любых форм дисбиоза — восстановление нормальной архитектоники промежности, влагалища, шейки матки: устранение зияния половой щели после родов. 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 несогласна, ибо зияние половой щели — основная причина дисбиозов. Истекает вагинальный секрет, содержащий молочную кислоту, перекись водорода, лизоцим, секреторные иммуноглобулины и другие биологические субстраты, обеспечивающие стабильность вагинального биоценоза (рис. 5-19). Без восстановления полноценности тазового дна и промежности немислимо излечить женщину от любых форм дисбиоза.

Коррекция эстрогендефицитных состояний необходима для сохранения определённого эстроген-прогестеронового градиента, ведь именно эстрогены обеспечивают клетки эпителия влагалища гликогеном. При расщеплении последнего лактобациллами до молочной кислоты и перекиси водорода происходит гибель до 90% патогенных возбудителей.

С этих позиций обосновано назначение не только эстроген-гестагенных препаратов, современных КОК (в нашей практике это «Регулон» и «Новинет», эффективные и доступные препараты), но и фитоэстрогенов (соя, цимицифуга и красный клевер).

Той же цели служит новый для российского врача зубитик «Гинофлор Э» — препарат для восстановления биоценоза влагалища с двойным механизмом действия: лактобактерии подавляют рост патогенных микроорганизмов, а микродоза эстриола локально влияет на влагалищный эпителий, активируя пролиферацию и восстановление повреждённых участков. После лечения препаратом «Гинофлор Э» рецидивы вагинальных инфекций происходят в 1,5 раза



Рис. 5-19. Дизайн промежности.

реже. Применение этого препарата возможно во время беременности, в том числе перед родами для профилактики послеродовых инфекций.

Помимо лечения эстрогендефицитных состояний, следует позаботиться о полноценности II фазы менструального цикла, при необходимости назначив прогестины (в нашей практике дидрогестерон [«Дюфастон»]). Свойства препарата (иммуномодулирующее влияние на эндометрий и систему «мать – плод») позволяют применять его при необходимости до 16–20 нед беременности. В этой ситуации дидрогестерон ингибирует опосредованную Т-лимфоцитами реакцию отторжения плода (Сидельникова В.М., 2002; Запертова Е.Ю., 2005).

Новое, достаточно эффективное средство для восстановления пула лактобактерий — препарат аскорбиновой кислоты в вагинальной форме, способный корректировать реакцию среды во влагалище. Нормальный показатель рН в этом случае составляет 4,0–4,5. Как уже упоминалось, лакмусовый тест очень прост и информативен: если показатель кислотности не изменён, то коррекции вагинального биоценоза уже не нужно — во влагалище всё в порядке!¹

¹ В России появились очень остроумные немецкие перчатки с тест-полоской на указательном пальце. К концу гинекологического осмотра рН уже известна. Но... дорого. Пока не подешевеет, проще пользоваться обычными лакмусовыми тестами.

Искусственное закисление среды с использованием L-аскорбиновой кислоты возможно при назначении вагинальных таблеток «Вагинорм-С» с замедленным высвобождением. Это ингибирует рост условно-патогенных возбудителей и одновременно способствует восстановлению собственной микрофлоры влагалища (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus gasseri*) в течение нескольких дней. Следует отметить, что вышеописанный способ доказанно восстанавливает рост **собственных** лактобактерий. Препарат разрешён к применению и у беременных начиная с I триместра.

Эффективность препарата «Вагинорм-С», подтверждённая серией результатов микроскопических исследований, продемонстрирована на рис. 5-20. До начала лечения pH был равен 5,4. Спустя 2 ч показатель достиг нормальных значений (4,0–4,4) и через сутки также был стабилен.

Снижая pH вагинального секрета, «Вагинорм-С» ингибирует рост бактерий, размножающихся при pH выше 4,3 (микроорганизмы рода *Lactobacillus* могут размножаться при более низкой pH). Для излечения средней и лёгкой степени бактериального вагиноза достаточно 6 дней, но возможно и длительное (ежедневное в течение нескольких недель и даже месяцев) применение препарата.

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании был продемонстрирован положительный эффект вагинального применения L-аскорбиновой кислоты (Petersen E.E., Magnani P., 2004). В группе женщин, применявших препарат, микрофлора влагалища нормализовалась достоверно чаще, чем в группе плацебо — 86 против 8%. Частота побочных эффектов была сопоставима с плацебо.

Таким образом, при снижении pH влагалища в течение нескольких дней наступает заметное улучшение: подавление размножения анаэробных бактерий и восстановление нормобиоценоза (рис. 5-20).

Лечение вагинита или цервицита начинают с подавления анаэробной микрофлоры метронидазолом («Трихопол», «Флагил»), важный промежуточный этап —



Рис. 5-20. Лечение вагинита и цервицита.

антибактериальная терапия с учётом количественного результата бактериологического исследования и чувствительности к антибиотикам (рис. 5-21).

Также для лечения воспалительных и невоспалительных инфекционных заболеваний влагалища используется препарат «Гексикон» — вагинальные суппозитории хлоргексидина. Он эффективен при лечении бактериального вагиноза. При бактериальном вагините, по данным Е.Ф. Киры (2006), «Гексикон» так же эффективен, как метронидазол. Эффект одинаков в отношении восстановления нормального pH, нормализации аминотеста, ослабления выделений, исчезновения неприятного запаха, зуда, жжения, гиперемии. Однако «Гексикон» имел и преимущества: более широкий спектр антимикробного действия и положительное влияние на восстановление нормобиоценоза влагалища (количество лактобактерий и их видовой состав).

Ещё один способ лечения вагинальных инфекций — применение медицинских средств, имеющих сразу несколько точек приложения. Например, «Тержинан» — комбинированный препарат для местного применения, имеющий в составе антибиотик широкого спектра действия неомицин (активный в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов), тернидазол (с противопротозойным и антианаэробным действием) и нистатин (противогрибковый препарат, в том числе активный против кандид *non-albicans*). Кроме того, в составе препарата содержится преднизолон, который оказывает противовоспалительное и десенсибилизирующее действие. Таким образом, «Тержинан» можно использовать при лечении бактериального вагиноза, бактериального вагинита и вульвовагинального кандидоза; за счёт разжижения



Рис. 5-21. Тактика лечения рецидивов хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

вагинального секрета оптимизируется доставка действующих антибактериальных агентов (Сидорова И.С., Боровкова Е.И., 2007). Важное обстоятельство — препарат воздействует на избыточно размножающиеся патогены и при этом не влияет на нормальную лактофлору. Кроме того, средство поддерживает физиологические значения рН влагалищного содержимого (Липова Е.В., 2006) и таким образом способствует восстановлению естественной микрофлоры половых путей женщины. Именно поэтому лечение «Тержианом» происходит в один этап. «Тержиан» может быть применён со II триместра беременности (Сидорова И.С. и соавт., 2007) с хорошим эффектом.

Лечение во время беременности хламидийной и микоплазменной инфекции представляет большую проблему в связи с крайне ограниченным перечнем antimicrobных средств, применение которых возможно у беременных. К антибиотикам, разрешённым для лечения хламидийной инфекции у беременных и новорождённых, относят макролиды — в первую очередь, джозамицин («Вильпрафен»). Наш многолетний опыт показал его высокую эффективность и безвредность для плода в дозе 500 мг 3 раза в день в течение 2 нед.

Микробиологическая коррекция направлена на восстановление нормальной микрофлоры влагалища, т.е. на достижение её выраженной ацидофильной ориентации, затем возможен второй этап терапии — применение биопрепаратов.

ВЗОМТ как поле для врачебной агрессии

Предгравидарная подготовка не только обязательно должна включать адекватную коррекцию нарушений вагинального биоценоза, но и предусматривать лечение хронических ВЗОМТ, вплоть до достижения ремиссии (рис. 5-22).

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 неблагополучии иммунобиологического гомеостаза. Во-первых, нарушение нормоценоза угнетает местные иммунные реакции, а во-вторых, снижение иммунобиологической защиты формирует условия для реализации патогенного потенциала комменсалов, что усугубляет общую иммунологическую несостоятельность.

При выборе метода лечения хронических воспалительных заболеваний необходимо ориентироваться на качественный и количественный состав микрофлоры мочеполовой системы и иммунореактивность организма (определяют по методике ELI-P-теста). Средства, повышающие иммунореактивность (агрессивные, такие как «Пирогенал» и вакцина гонококковая инактивированная «Гоновакцина»), в комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний половых органов применять нужно обязательно, главное — их индивидуально дозировать, учитывать общую, местную и очаговую реакцию.

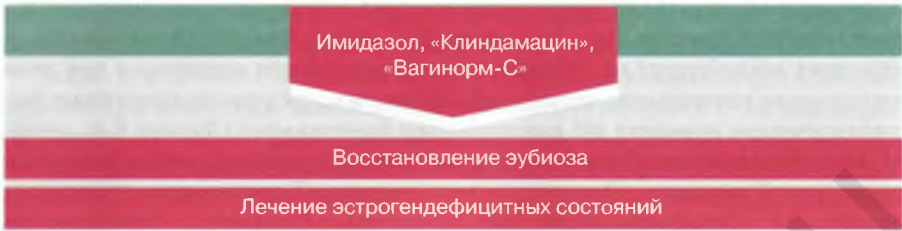


Рис. 5-22. Лечение бактериального вагиноза.

При иммунной гипореактивности проводят активную иммунокоррекцию, при нормореактивности используют растительные адаптогены, гиперреактивным женщинам показаны индукторы эндогенного интерферона, ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез.

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

Необходима рациональная гормональная контрацепция, обеспечивающая реабилитацию в течение 3–6 мес.

Предпочтение следует отдавать КОК, доказавшим свою эффективность в программах реабилитации при ВЗОМТ, — на основании гестодена («Фемоден», «Линдинет 20», «Линдинет 30», «Логест») и диеногеста («Жанин»).

Второй этап лечения хронического эндометрита направлен на восстановление морфофункциональных характеристик тканей и устранение вторичных повреждений:

- Коррекция метаболических нарушений и последствий ацидоза (витамин Е, аскорбиновая кислота).
- Восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия, например с помощью дидрогестерона («Дюфастона») во вторую фазу менструального цикла.
- Широкое применение физиотерапии — плазмаферез, лазерное или ультрафиолетовое облучение крови, магнитотерапия, электрофорез с цинком, бальнеолечение (сероводородные, йодобромные, радоновые ванны, пеллоиды).
- Коррекция микробиоценоза и влагалища — «Гинофлор Э». Отечественный опыт применения этого препарата получен в результате апробации

в 20 центрах 14 городов РФ. Всего в апробацию было включено 640 пациенток с бактериальными инфекциями неспецифической этиологии; после противoinфекционной терапии 315 пациенток получали препарат «Гинофлор Э», что привело к достоверному ($p < 0,0001$) восстановлению доминирования лактобактерий у 91% пациенток по сравнению с женщинами, которые не получали терапию.

- Улучшение трофических процессов — глицирризиновая кислота (корень солодки), препарат «Эпиген». Это препарат с комплексным действием: противовирусным, иммуномодулирующим, основанный на активном компоненте солодки — глицирризиновой кислоте. Солодка — «лекарство от 100 болезней», хорошо изученное в народной и научной медицине от Авиценны до наших дней (Радзинский В.Е., 2008). Комплексное применение средства на этапе подготовки к хирургическим вмешательствам при заболеваниях шейки матки снимает в очаге поражения воспаление и отёк. В послеоперационный период препарат снижает риск эндометриоза и кровотечения; заживление происходит без рубцевания. Достоверно сокращаются сроки лечения, быстрее происходит эпителизация, снижается риск рецидивов.

Таким образом, пациенткам с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза необходима патогенетически обоснованная антибактериальная терапия с определением антибиотикочувствительности этиологически значимых возбудителей **в комплексе с иммуномодуляторами и восстановлением эубиоза половых органов**. Индивидуальный подход позволяет добиться излечения более чем 90% больных. Восстановление биоценоза половых органов происходит у 97% пациенток, без рецидивов более года живут 84% женщин, восстановление репродуктивной функции отмечают у 44%, наступление планируемой беременности — у 34,4%.

Коррекция биоценоза до беременности и на ранних сроках

Лечение бактериального вагиноза в предгравидарный период и на ранних сроках наиболее эффективно предупреждает осложнения во время беременности и родов.

Если фармакологическая коррекция бактериального вагиноза происходит вне беременности, то после назначения препаратов имидазола, клиндамина, принципиально важно восстановить не только микрофлору, но и эстроген-гестагенное равновесие (рис. 5-23). Терапия «Вагинормом С» не требует дополнительного применения препаратов лактобактерий, так как поддержание кислой среды во влагалище способствует росту собственных штаммов лактобактерий.

Терапия бактериального вагиноза во время беременности сложна: есть риск неблагоприятного воздействия дезинфектантов на плод. В I триместре исполь-

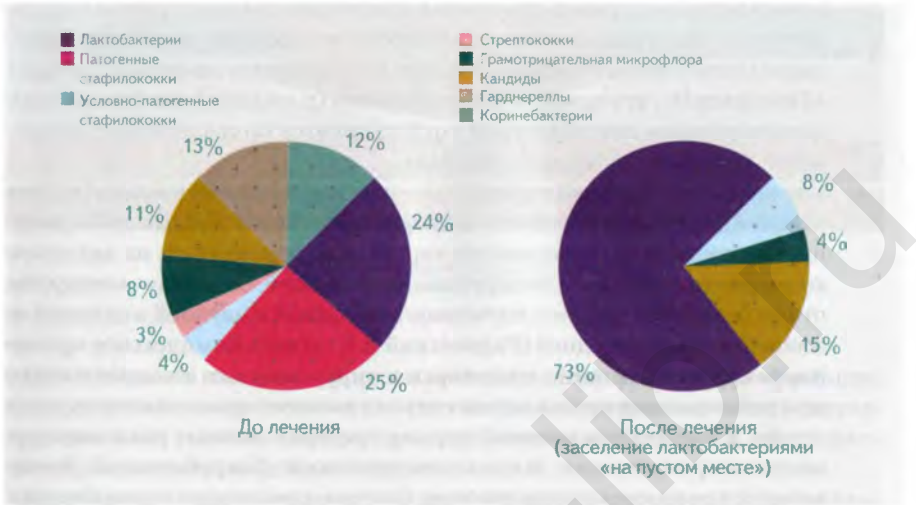


Рис. 5-23. Эффективность восстановления зубиоза препаратом «Флоралдофилус» при бактериальном вагинозе у беременных.

зование дезинфектантов особенно опасно, так как они относятся к группам С и D по классификации безопасности медикаментов при беременности (см. «Приложения»).

Разрешён к применению во всех триместрах беременности препарат «Гексикон» (вагинальные суппозитории хлоргексидина), активный в отношении основных возбудителей вагинальных инфекций, в том числе бледной трепоне-мы, видов *Chlamydia*, *Ureaplasma*, гонококков, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides fragilis*, вирусов герпеса. При этом важно, что хлоргексидин не нарушает функциональную активность лактобацилл.

По данным П.В. Буданова, А.Н. Стрижакова (2007), при использовании «Гексикона» в результате оценки течения послеродового/послеоперационного периода было выявлено, что в группах женщин, применявших «Гексикон» до родов или кесарева сечения, реже развивался эндометрит в 3,6 раза, почти в 6 раз реже преждевременно изливались околоплодные воды, в 4,4 раза снижалась вероятность нагноения раны передней брюшной стенки в случае родо-разрешения путём кесарева сечения.

Доказана эффективность клиндамицина фосфата и метронидазола, однако назначение этих препаратов безопасно лишь во II–III триместрах беременно-сти (Азарова О.Ю. и соавт., 2002). Местное применение средств с антианаэроб-

ной активностью не уступает по эффективности формам для приёма внутрь и даже, напротив, имеет преимущества (Ferris D.G. et al., 1995). Достаточно эффективно применение клиндамина в свечах и мази.

К применению во всех триместрах беременности разрешён также повидон-йод («Бетадин»), отличающийся от других препаратов длительностью сохранения кислой среды во влагалище. Препятствуя вегетированию патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, препарат создаёт благоприятные условия для размножения лактобактерий.

Средством, разрешённым к применению на всех сроках беременности и лактации, является также деквалиния хлорид — «Флуомизин», антисептик широкого спектра действия, эффективный против аэробов, анаэробов, грибов, простейших в программах лечения вагинальных инфекций. Препарат не влияет на размножение лактобактерий и имеет короткий лечебный курс (1 раз в сутки на ночь в течение 6 дней).

Рутинное лечение половых партнёров **не рекомендуется**, поскольку не влияет ни на успех терапии, ни на частоту рецидивов.

Идеальные биотерапевтические агенты

Основные требования, предъявляемые к штаммам микроорганизмов, кандидатам на роль биотерапевтических агентов:

- способность прикрепляться к эпителиоцитам и выживаемость во влагалище;
- продукция молочной кислоты и бактерицидов, 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). Использовались ацидофильные лактобактерии с хорошей конкурентоспособностью. В те годы, проводя длительный отбор, мы остановились на ацидофильных лактобактериях штамма КЗШ24. Препарат назначали при обнаружении патогенной микрофлоры по типу заселения «на пустом месте» после обработки хлоргексидином. Лечение проводилось, если срок беременности позволял провести плановую коррекцию. Биологическую санацию проводили без предварительной обработки дезинфектантами, используя конкурентные свойства лактобацилл этого штамма. Однако эффективность не оправдала наших больших ожиданий. Открытия последнего времени подтверждают давнишние предположения, что восста-

навливать эубиоз половых органов путём введения лактобактерий непосредственно «в очаг» было неправильно.

Как показали исследования последнего десятилетия, естественный путь заселения влагалища лактобактериями — миграция из толстой кишки. Возможность постоянного энтерального подселения условно-патогенных микробов во влагалище объясняет единство дисбиотических процессов в экосистеме организма (и во влагалище, и в желудочно-кишечном тракте). Не стоит недооценивать необходимость регулярного энтерального поступления лактобактерий.

В качестве донаторов лактобактерий используют пребиотики (фруктоолигосахариды, яблочный пектин, морковный порошок), эубиотики («Гинофлор Э», «Вагилак», «Бактисубтил»), пробиотики («Бифидумбактерин», «Бифиформ», «Хилак форте», «Лактобактерин»), кисломолочные продукты линии *Activia*.

Важно помнить, что лактобактерии малоадгезивны. Поэтому для поддержания их концентрации во влагалище необходимо их регулярное поступление в желудочно-кишечный тракт в виде йогуртов, биокефиrow и других молочно-кислых продуктов (табл. 5-4).

Среди эубиотиков выгодно выделяется комплекс живых бактерий «Флоралдофилус», разработанный зав. кафедрой клинической нутрициологии РУДН профессором С.В. Орловой (между прочим, моя любимая ученица). Этот симбионт IV поколения изготавливается по её рецептурам в США в соответствии со стандартами GMP. Компоненты препарата, принимать который следует по

Таблица 5-4

Биотики для лечения дисбиоза

Препарат	Состав	Схема применения
«Бифиформ»	Бифидобактерий не менее 10^7 , энтерококки не менее 10^7	По 1 капсуле 3–4 раза в сутки за час до еды
«Бактисубтил»	Споры бактерий культуры IP 5832	По 1 капсуле 3–4 раза в сутки за час до еды
«СолкоТриховак»	Инактивированные лиофилизированные лактобациллы 7×10^9	0,5 мл внутримышечно 3 раза с интервалами в 2 нед между введениями
«Хилак форте»	Беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>E. coli</i> , <i>Str. fecalis</i> , <i>L. acidophilus</i> , <i>L. helveticus</i>	В первые дни лечения по 40–60 капель 3 раза в сутки, затем по 20–30 капель 3 раза в сутки
«Вагилак»	<i>L. rhamnosus</i> GR-1, <i>L. reuteri</i> RC-14 не менее 10^9	По 1 капсуле 1–2 раза в день

1 капсуле 2 раза в день во время еды, представлены комплексом живых бактерий 5×10^9 : *L. acidophilus* — 40%, *Bifidobacterium bifidum* — 20%, *Bifidobacterium longum* — 20%, *L. bulgaricus* — 10%, *Streptococcus thermophilus* — 10%, фруктоолигосахаридами — 500 мг.

Принципиальное отличие этого и других современных эубиотиков от применявшихся ранее — основа. Это не сухое молоко, а фруктоолигосахариды (яблочный пектин, морковный порошок). Эубиотики, созданные на сухом молоке, в присутствии нитей мицелия «створаживались» и выпадали в виде творожистых выделений. Для здоровья не опасно, эстетически — неприемлемо. Поэтому такие препараты не назначали для 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.

Эффективность применения «Флоралдофилуса» бесспорна, что и демонстрирует прирост числа лактобактерий в 3 раза после назначения препарата

Пример из практики

Все попытки лечения неспецифических вагинитов различными антибактериальными и антисептическими средствами были безуспешными у 83,3% беременных (Радзинский В.Е., Ордянец И.М., 2006). Перелома не было до тех пор, пока на заключительном этапе лечения в рацион питания пациенток не ввели продукты, содержащие концентраты лактобактерий («Флоралдофилус»). Через 3 нед после начала приёма продукта был отмечен прирост лактобактерий, превышающий титр у практически здоровых беременных. Примечательно, что до участия в эксперименте 83,3% обследованных нами пациенток неоднократно, но, как правило, безуспешно лечились по поводу вагинита неспецифической этиологии. Им назначали различные виды лечения, но эффект был непродолжителен или вообще отсутствовал.

Вывод: обеспечение женщин йогуртом, содержащим 40% лактобактерий, 40% бифидобактерий, термальный стрептококк и болгарскую палочку (с её активное употребление в виде простокваши, как писал И.И. Мечников, увеличило бы продолжительность жизни минимум на 5 лет), помогло бы заметно уменьшить актуальность проблемы бактериального вагиноза.

вслед за противомикробным лечением вагинита беременных. Заселение «на пустом месте» достигает 73%.

При лечении бактериального вагиноза пул лактобактерий возрос почти в 6 раз — с 8 до 45%. Восстановление зубиоза в результате лечения произошло у каждой второй пациентки.

Из недавно предложенных эубиотиков следует отметить «Вагилак», содержащий *L. rhamnosus* GR-1 и *L. reuteri* RC-14 не менее 10⁹ КОЕ на конец срока годности препарата.

Невнимание к запорам как основа для будущих осложнений

Во многих случаях закрепить полученный при лечении результат не удаётся из-за того, что врач недооценивает нарушения в функционировании желудочно-кишечного тракта. Успешность лечения напрямую зависит от того, осознаёт ли врач, что бактериальный вагиноз — лишь частное проявление единого дисбиотического процесса в организме.

В 65–80% хроническая констипация привела к резкому снижению доли лакто- и бифидофлоры, произошло конкурентное замещение штаммами *E. coli* со сниженными ферментативными или патогенными свойствами. Имела место активация условно-патогенной микрофлоры: кишечная палочка, золотистый и эпидермальный стафилококки и др. (Гвасалия А.Г., 2004). Такие нарушения сопровождались увеличением частоты неразвивающейся беременности до 15,4%, преждевременных родов — до 22,2%, послеродового эндометрита — до 17,8%. Самопроизвольное прерывание беременности при запорах происходит в 23%.

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 ионами кальция миоцитов (историческая параллель — гениальное открытие врачами XVIII века утеротонического действия касторового масла и «встречной» клизмы; метод и сейчас широко используется как мягкое родо-возбуждающее средство).

С целью профилактики и лечения запора у беременных целесообразны:

- обучение 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, биоюгуртов и биокефира;
- коррекция образа жизни (увеличение физической активности);
- удаление из кишечника скопившихся газов или ускорение эвакуации (назначение адсорбентов, пеногасителей);

- применение слабительных (при беременности оптимальна лактулоза — «Дюфалак»);
- восстановление микробиоценоза кишечника (пробиотики).

Лактулоза («Дюфалак») 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. Н.М. Подзолкова и С.В. Назарова в 2010 году опубликовали убедительные данные о том, что при устранении констипации препаратом «Дюфалак» происходит прирост содержания лактобактерий в 3 раза (рис. 5-24).

К сожалению, спектр лекарственных средств, разрешённых к применению в акушерстве, сильно ограничен, и это вполне понятно. Поэтому весьма актуальны натуральные, восстанавливающие работу кишечника препараты, безопасные для беременных.

Последние десятилетия усилия многих специалистов концентрируются на изучении пищевых волокон, которые в составе объёмных каловых масс способны воздействовать на рецепторы давления в стенке кишки. При этом эффективность лечения продуктами клетчатки тем выше, чем крупнее размеры частиц действующего вещества. Волокна не всасываются в тонкой кишке и проходят транзитом в толстую, где частично ферментируются нормальной бактериальной микрофлорой, 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 микрофлоры. 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 привыкание и отсутствуют побочные действия.

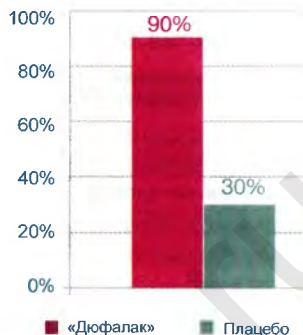


Рис. 5-24. Прирост лактобактерий во влагалищном содержимом при лечении запоров препаратом «Дюфалак», %.

Таблица 5-5

Фитосредства для коррекции дисбиотических состояний и вагинитов

Фитовантибиотики	Противомикотические	Интерференоподобные
Чеснок	По Д'Арко	Кошачий коготь
Дамиана	Гвоздика	Эхинацея
Желтокорень канадский	Ромашка аптечная	Грибы (рейши, шиитаке, майтаке)
Чёрный орех	Барбарис	Зелёные водоросли хорелла, спирулина

Кроме того, отличительной особенностью препаратов на основе пищевых волокон, в том числе исследованного на базе нашей кафедры «Фитомуцила», является не только возможность освобождения толстого кишечника, но и насыщение его лакто- и бифидобактериями. Спустя 10 дней от начала приёма «Фитомуцила» и устранения запора, нормализовался не только микробиоценоз толстой кишки, но и микробиоценоз влагалища. Лактобактерий эстановилось в 3 раза больше, чем до начала лечения (Ордянец И.М., 2010).

Собственная схема коррекции биоценоза

Представляется целесообразным применение не только лактобактерий, но и фитосредств: чеснок, дамиана, желтокорень канадский, чёрный орех (табл. 5-5). Кроме известных антисептических и антибактериальных эффектов, эти препараты ещё и восстанавливают иммунное равновесие.

Разработку собственной схемы лечения дисбактериоза влагалища мы основывали на перечисленных выше особенностях этого заболевания. Уменьшение доли облигатных анаэробов и нарушение ассоциативных связей между ними — назначение повидона-йода («Бетадина») по одному вагинальному суппозиторию в сутки в течение 14 дней. Восстановление микробиоценоза родовых путей (биологическая санация) — БАД «Флоралдофилус» по 3 капсулы в день в течение 14 дней.

Если кислотность среды влагалища держалась на уровне 4,5 и ниже, то для восстановления микробиоценоза родовых путей назначали «Флоралдофилус» по 2 капсулы в день в течение 14 дней. При повышении рН применяли курс лечения «Вагинорм-С» с последующим введением лактобактерий.

В заключение необходимо ещё раз сделать акцент на том, что профилактика осложнений беременности и родов требует грамотного инфекционного скрининга и своевременного, адекватного диагноза и выявленному возбудителю, лечения.

Фармакотерапия беременных. Полипрагмазия

Graviora quaedam sunt remedia periculis.
(Некоторые лекарства хуже болезни.)

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 распущенность». Иностранцы специалисты (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.);
- условия, 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 этим ограничивались состояния, требующие назначения медикаментов!

Широко распространённое мнение о необходимости «санации» влагалища в предгравидарный период приводит к «периконцепционному обследованию», чаще всего методом качественной ПЦР, и последующему «лечению анализов», выявивших какие-либо инфекции (см. раздел «Биоценоз»). Извращение биоценозов у женщин, не имеющих признаков воспалительного процесса или бактериального вагиноза, кладёт начало цепочке ятрогений, провоцирующих септические осложнения. Похожим образом обстоит дело и с витаминами (см. ниже), а также с некоторыми другими средствами.

Среди современных **врачебных ошибок** больше всего случаев именно неправильного подбора лекарственных препаратов — у 30% пациентов, единодушно утверждают эксперты Российской медицинской ассоциации (РМА) и специалисты Института медицины США. По данным ВОЗ, смертность от при-

Анкетирование беременных (2010 г.)

Вопрос: сколько лекарств Вы принимаете (приняли) в течение этой беременности?
Ответы: 12 (Москва), 13 (Кемерово).



менения лекарств сегодня занимает пятое место, уступая только травмам, сердечно-сосудистым заболеваниям, болезням органов кровообращения и злокачественным процессам.

Суть фармацевтической агрессии при беременности — назначение препаратов с **недоказанной эффективностью и многоступенчатая комбинация лекарств, не всегда совместимых друг с другом**. С годами список лекарственных препаратов, назначаемых беременным, растёт. А неизвестный знаменатель в формуле «польза/риск» требует особенно осторожного и строго обоснованного назначения любых лекарственных средств в наиболее уязвимый отрезок жизни женщины — при беременности.

Во время беременности зачастую невозможно избежать применения лекарственных препаратов. В аналитических обзорах ВОЗ и МЗ РФ отмечен рост частоты экстрагенитальных заболеваний на 28,3%, причём заболевания мочевыводящей системы составляют 21,2%, сердечно-сосудистой — 17%, желудочно-кишечного 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 (необоснованное назначение комбинаций лекарственных средств).

Масштабы фармакологической агрессии в мире и в России

Судя по новым статистическим данным, необоснованное и нерациональное назначение лекарственных средств достигло чрезвычайных масштабов: безрецептурные препараты составляют **не менее 50%** всех медикаментозных препаратов, принимаемых во время гестации. Усугубляет ситуацию бесконтрольный приём лекарств беременными с целью самолечения (Ушкалова Е.А., 2009).

Даже вне беременности назначение 1–5 препаратов приводит к нежелательным эффектам у 5% пациентов; при одновременном применении 15 медикаментов осложнения наблюдаются у 54%, а при беременности ситуация усугубляется многократно. Сведения о возможной небезопасности для беременных

и тератогенности большинства лекарств не способны остановить фармакологическую агрессию в отношении беременных, прогрессирующую в течение нескольких десятилетий.

Анализ наиболее распространённых осложнений беременности, усугубляемых избыточным назначением лекарственных средств, показал, что максимум препаратов фигурирует при лечении и профилактике угрозы прерывания беременности (22,7%), несколько меньше — при фетоплацентарной 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, инозин, «Хофитол», фосфолипиды, растительные средства).
- Частое назначение нерациональных комбинаций лекарственных средств, использование устаревших схем лечения.
- Полипрагмазия, в первую очередь с применением мультивитаминно-минеральных комплексов.
- Несоблюдение режима дозирования и длительности лечения (препараты железа и антибактериальные препараты).
- Недостаточное применение современных эффективных лекарственных форм (железа, антигипертензивных, антибактериальных).

В одном из самых масштабных исследований, выполненных ВОЗ в 1987–1988 годах, было установлено, что среди 14 778 беременных из 22 стран 86% женщин принимали по крайней мере одно лекарственное средство. Средний показатель составил 2,9 (от 1 до 15) используемых препаратов. В 1991 году начала работать **международная комиссия ВОЗ по контролю применения лекарственных средств во время беременности.**

Во Франции в 1996 году 99% женщин за период беременности получали по крайней мере одно лекарственное средство, в среднем 13,6 наименований. Там же 1,6% беременных получали препарат (или препараты), относящийся к ка-

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 543 вошедшим в исследование беременным лекарственная терапия назначалась без исключения (Стриженов Е.А., 2007). На первом месте среди медикаментозных средств фигурировали витамины.

тегории X, 59% — препараты категории D, 79% пациенток — лекарственные средства, о безопасности которых по результатам исследований у животных и у человека сведения 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, пришедшие на вторую половину XX века, сказались и на здравоохранении России времён перестройки. Лавинообразное увеличение количества лекарственных препаратов (в настоящее время их зарегистрировано около 20 тыс.) не только затруднило контроль качества лечения, но и спровоцировало нерациональное назначение медикаментозных средств (Хаджидис А.К., 2007).

Тревожат данные из контролирующих органов: прирост доли импортных лекарств в первом полугодии 2008 года в России составил более 50% (\$4,5 млрд против \$2,9 млрд за аналогичный период прошлого года). Эксперты полагают, что причина быстрого роста импорта — увеличение потребления дорогих инновационных лекарственных средств. О своих планах обширной фарм-экспансии недавно объявили китайские фармацевтические корпорации. Российский рынок очень привлекателен: в нашей стране признаются сертификаты, выданные китайскими производителями, 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 фармакоэпидемиологические исследования, проведённые в России. 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 (Елисева Е.В. и соавт., 2007). Приём лекарственных средств происходил на 1–21-й неделе беременности, преимущественно с 1-й по 3-ю и с 6-й по 7-ю недели. В среднем на одну беременную приходилось **2,95±0,2** лекарственных средства (разброс от одного до 14 препаратов), некоторые из лекарственных средств были многокомпонентными. Общее количество наименований препаратов составило 2078; факт полипрагмазии установили в 85 случаях. В назначениях лидировала группа антибактериальных препаратов; 41,81% назначенных лекарственных средств представляли потенциальный риск для плода (категории C, D и X); только 3,75% лекарственных средств можно было считать безопасными. Применённые в 28,2% случаев препараты не входили в классификацию FDA, т.е. с неизвестным риском при беременности (Елисева Е.В. и соавт., 2007).

Ещё более тревожные цифры фигурируют в другом исследовании: 62% беременных назначалось 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 составило $11 \pm 5,3$ различных наименований — от одного до 26 (Стриженок Е.А., Гудков И.В., Страчунский Л.С., 2007).

Вопиющие нарушения — назначение небезопасных для беременных препаратов — имели место в 69,1% всех проанализированных назначений (5971 случай) проанализированных назначений лекарственных средств. 13,5% медикаментов относились к категориям C, D и X; 44,6% всех назначений лекарственных средств не входят в классификацию FDA, их риск при беременности неизвестен; 11,1% безопасны только относительно, риск для плода окончательно не установлен (категория B). С точки зрения безопасности структура назначаемых лекарственных средств вызывает, возможно, даже большую обеспокоенность, чем их количество.

Спектр антимикробных средств, назначавшихся беременным в стационарах Волгограда в 1998–2000 годах при инфекциях мочевыводящих путей, научно обоснован не был. В 42% случаев использовались препараты с недоказанной эффективностью (оксациллин, бензилпенициллин, цефазолин, ампициллин, метронидазол, линкомицин); в 22% использовали препараты, имеющие класс тератогенности C, — фторхинолоны, аминогликозиды (Ершов Г.В. и соавт., 2001).

Опасности фармакотерапии при беременности

Риск при использовании фармакологических средств беременными связан с тем, что стремительно делящиеся клетки плода очень чувствительны к любым внешним воздействиям. Малейшие нарушения развития этих клеток, особенно в первые 3 мес беременности, могут привести к серьёзным врождённым дефектам развития органов будущего ребёнка. Поэтому в странах с развитыми 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 лекарственных средств (Стриженок Е.А., Бельская Г.Д., 2007).

Ещё недавно Венгерская служба регистрации врождённых аномалий (считается одной из лучших в мире) заявляла значительно меньшие цифры: на долю лекарственных препаратов среди причин нарушения эмбриогенеза тогда приходился лишь 1%, а остальные 3% составляли тератогены окружающей среды (Астахова А.В., Лепяхин В.К., 2004).

История изучения тератогенных свойств лекарств уже весьма солидна, однако до сих пор «белых пятен» больше, чем обоснованных заключений. А ведь

практически любое лекарственное средство, прямо или 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 придавалось большого значения тому, какие лекарственные препараты, в каком сочетании и количестве получает беременная. Случаи нарушения развития плода не анализировали, что усиливало убеждённость 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, описал синдром врождённой краснухи.

Применение лекарственных средств во время беременности разочаровывало специалистов и дальше. В 1960 году медицинскую общественность потрясла катастрофа, спровоцированная использованием талидомида. Этот препарат назначали как седативное и противорвотное средство в I триместре беременности, у каждого третьего плода препарат вызывал недоразвитие конечностей. Это средство было признано безопасным только на основании исследований на животных, и за несколько лет применения, пока этот эффект не был установлен, родилось несколько тысяч детей с уродствами. Талидомид оказался классическим тератогеном (от греч. *teratos* — монстр, урод). Возможность влияния лекарственного препарата на развитие плода была наконец признана официально.

Классификация лекарственных препаратов по действию на плод открыла новую эру в фармакотерапии беременных. Тогда выделяли три основные группы (Абрамченко В.В., 1994):

- не проникающие через плаценту и не оказывающие прямого влияния на плод;
- осуществляющие трансплацентарный переход и влияющие на плод;
- проходящие через плаценту и накапливающиеся в организме плода.

Многие лекарственные вещества, назначаемые во время беременности, проходят через плацентарный барьер и поступают к плоду. Плацента, в том числе ранняя, — метаболически активный орган, обладающий ферментными системами. Она содержит ферменты, способные усиливать переход некоторых групп лекарств через плаценту и катализировать их биотрансформацию.

Именно плацента — последний оплот биохимической защиты плода от экзогенных веществ. Для переноса химических веществ имеет значение толщина плацентарной мембраны: в начале беременности она довольно толстая (25 мкм), а вот в III триместре толщина эпителиального слоя трофобласта уменьшается до 2 мкм к моменту родов, что значительно облегчает прохождение препаратов. Различные заболевания (в том числе сахарный диабет, гестоз) существенно влияют на проницаемость плацентарной мембраны. Транспла-

центарный переход зависит также от способности лекарственного средства связываться с белками крови. Чем прочнее эта связь, тем медленнее лекарство проникает через плаценту.

До конца 70-х годов существовало мнение, что препарат, не проникающий через плаценту к плоду, безвреден и его можно применять для анте- и интранатальной терапии. 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»¹.

Следует иметь в виду, что, помимо трансплацентарного обмена лекарств, возможен и **параплацентарный** их переход (Кирющенко А.П., Тараховский М.Л., 1990). Органы плода, особенно желудочно-кишечный тракт, взаимодействуют с амниотической полостью и наполняющей её жидкостью, поэтому содержащиеся в ней лекарственные средства легко поглощаются. Кишечник и почки плода участвуют в экскреции. Указанные способы транспорта веществ включают не только кровь матери и плода, но и околоплодные воды и мочу плода.

Вещества, обладающие токсическим эффектом, могут оказывать неспецифическое и специфическое действие на плод. Неспецифические реакции могут быть индуцированы большинством препаратов в случае превышения их дозы. Вещества, вызывающие специфический эффект, 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 происходит в первые 3 нед беременности при воздействии препарата на зиготу и бластоцисту. Подобным действием обладают некоторые антибиотики, а также гормоны (например, эстрогены), цитостатики, барбитураты, сульфаниламидные препараты.

Фетотоксическое действие фармакологических препаратов проявляется в общем сильном отравлении плода или возникновении того или иного специфического побочного эффекта. Фетотоксическое действие препаратов вызывает как структурные, так и функциональные отклонения. Так, например, индометацин, как и большинство нестероидных противовоспалительных средств, в случае приёма в I триместре беременности ведёт к задержке роста плода.

¹ «Окситоциновые дети» — термин, предложенный в 70-е годы XX века для описания нарушений здоровья младенцев после лекарственной стимуляции родовой деятельности.

Тератогенное действие — свойство физического, химического или биологического фактора (в частности, лекарственного средства) вызывать нарушения процессов эмбриогенеза, провоцируя аномалии развития. Характер патологических изменений зависит от срока гестации.

Некоторые авторы выделяют «классический тератогенный период» (Larimore W.L., Petrie K.A., 2000), когда отмечается наибольший тератогенный эффект веществ. Определённое нарушение морфогенеза соответствует действию конкретного вещества на органы-мишени в период их интенсивного формирования. Длительность классического тератогенного периода — 31–71 день от первого дня последней менструации (5–10 нед гестации), что соответствует началу формирования основных органов и тканей (от сердца и ЦНС до нёба и ушных раковин).

Действие некоторых химических веществ может быть замедленным, отсроченным, возможен латентный период, длящийся годы — от воздействия вещества на плод до обнаружения его эффекта. Диэтилстильбэстрол — классический пример тератогена замедленного действия. В 1940–1971 годах 6 000 000 матерей и их 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 прееклампсии, 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 соавт., 2003).

Тератогенное действие могут оказывать и 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 некоторых лекарственных средств (средства для наркоза, противоэпилептические средства, диазепам, спиронолактон) «отцом» сказывается на гаметогенезе и может вызвать пороки развития плода. Например, использование диазепама в этой ситуации увеличивает опасность незаращения верхней губы и/или нёба у будущего ребёнка. В сперме мужчин, получающих противоэпилептические средства, особенно фенитоин, обнаружены морфологически изменённые и малоподвижные сперматозоиды.

Термин «тератогенность» используется некоторыми авторами довольно широко. Сюда включают все отклонения от нормы развития с момента оплодотворения до родов: смерть, уродства, задержку развития, функциональную недостаточность.

Ряд исследователей выделяют «поведенческую тератогенность» (Веренина Т.Л., Матвеев А.Б., 2000). Патологическое изменение заключается в нарушении поведения, интеллекта, памяти в постнатальной жизни у человека, подвергшегося перинатальному (или неонатальному) воздействию ксенобиотиков, в том числе лекарств. Фармакологические агенты, изменяющие поведение в постнатальной жизни, приводят к взрывообразным всплескам гиперактивности, нарушению выработки условных рефлексов и социального поведения. Наиболее достоверную информацию о наличии риска применения того или иного препарата дают прямые клинические наблюдения.

Хотя известно почти 1000 химических веществ, оказывающих тератогенный эффект на животных, доказано постоянное тератогенное действие только нескольких химических веществ, влияющих на человека. К ним относят: алкоголь, ряд наркотических анальгетиков, химиотерапевтические препараты (антиметаболиты, алкилирующие средства), антиконвульсанты (триметадон, вальпроевая кислота, фенитонн, карбамазепин), андрогены, варфарин, даназол, диэтилстильбэстрол, литий, ретиноиды, талидомид.

Малочисленность сведений подобного рода связана с тем, что ранее клинических наблюдений должны обязательно пройти эксперименты, изучающие свойства фармакологического препарата на лабораторных животных. Предпосылка для использования животных в биологических экспериментальных системах — то обстоятельство, что основные известные химические препараты, тератогенные для человека, чаще всего бывают тератогенными для животных. Но обратной взаимосвязи нет, поэтому вещество, безвредное для животных, не всегда безопасно для человека. Межвидовые различия обусловлены разницей в чувствительности эмбриональных и фетальных процессов к проникновению химических веществ, скоростью эмбриогенеза, особенностями фармакокинетических факторов.

Точно оценить влияние лекарственных средств при формировании врождённых дефектов сложно прежде всего из-за невозможности проведения рандомизированных исследований и отсутствия достоверных сведений о применении лекарственных средств беременными (Хаджидис А.К., 2007). Эти особенности, как и ограниченное использование эпидемиологических методов исследования лекарственных средств (без чего нельзя гарантировать безопасность назначения препаратов беременным), накладывают «вето» на необоснованные фармакологические вмешательства.

Причины нерациональной фармакотерапии беременных

Откуда же берётся полипрагмазия, в чём причины нерациональной фармакотерапии беременных? Ответ весьма банален: соответствующей специальной информации недостаточно, также нет единых стандартов назначения лекарст-

венных препаратов во время беременности. (Парадокс: большинство препаратов, выдаваемых беременным бесплатно, не имеют доказательной базы, разве что кроме фолиевой кислоты, но и её следует начинать принимать за 3–4 мес до и продолжать во время беременности.)

В реалиях России источником информации о безопасности лекарственных средств у беременных для врача 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. (Rubin P.C., 1998). Кроме того, иногда информация из независимых источников не совпадает с рекомендациями фирмы-изготовителя. В Государственном реестре лекарственных средств, справочнике лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача, в описаниях препаратов приводятся категории риска, разработанные FDA. Однако подобные классификации редко обновляются, слишком упрощены, больше акцентированы на тератогенных эффектах лекарственных средств, чем на фетотоксических, не учитывают дозу препарата и клинические ситуации, а большинство данных о лекарственных средствах получено лишь в экспериментах на животных и относится к категории C. Кроме того, многие лекарственные средства (некоторые спазмолитики, местные антисептики, системные антибиотики, гормональные, метаболические средства) не используются в США, поэтому **не включены в классификацию FDA.**

Источниками информации служат также рецензируемая медицинская литература, профессиональные медицинские руководства, конференции и семинары. К сожалению, публикации в российских научных журналах в большинстве случаев поддерживаются фармацевтическими компаниями. В отличие от профессиональных медицинских зарубежных изданий финансовая заинтересованность авторов при этом не указывается. На Западе этим целенаправленно занимаются различные некоммерческие организации. Наиболее известная из них — «Кокрановское сообщество» — взяла на себя сбор, анализ, систематизацию и широкое распространение результатов клинических исследований в мире.

В 1990-х годах во многих западных странах появились собственные мощные медицинские интернет-ресурсы. По оценкам экспертов, 99% полезной медицинской информации размещено на американских и европейских сайтах. Один из крупнейших в мире — сайт Национальной медицинской библиотеки США. Сейчас **почти все врачи США и около 80% европейских врачей черпают нужную информацию из Интернета.**

В России же доступ к иностранным интернет-базам — пока ещё нерешаемая проблема. И даже не потому, что **лишь 7% российских медиков владеет**

английским языком на уровне, достаточном для чтения специальной литературы. У нас в стране нет значимых (поддерживаемых государством) проектов по обеспечению бесплатного или недорогого доступа к высококачественным интернет-ресурсам. А оплатить доступ к специализированным сайтам по мировым ценам ни одна российская больница (и тем более обычный врач) не в состоянии. Кроме того, некоторые западные медицинские сайты предоставляют доступ исключительно в обмен на информацию пользователя. Требования к публикациям пользователей при этом такие, что большинство статей российских авторов, увы, им не соответствует (Стриженок Е.А., Гудков И.В., Страчунский Л.С., 2007). Надеемся, что со временем врачи смогут пользоваться существующими уже сегодня интернет-ресурсами; рекомендуемый список мы внесли в соответствующее приложение к книге.

Подводя итоги, следует признать, что в современном акушерстве широко применяется множество разнообразных достижений, в основном фармакологии других стран. Вместе с тем стереотипы профилактики и лечения большинства заболеваний при беременности соответствуют некоторым отечественным рекомендациям, существенно отличающимся от международных стандартов. Эффективность некоторых препаратов, часто назначаемых при беременности, не доказана и не сопровождается достоверным повышением частоты сохранённых беременностей.

В то же время недоказанность неблагоприятного влияния тех или иных препаратов на состояние матери и плода, успешность использования традиционных схем лечения на протяжении десятилетий не позволяет пока отказаться от них. В первую очередь переменам препятствует психологическая консервативность беременных и большинства врачей акушеров-гинекологов.

Это положение, впервые сформулированное в Национальном руководстве «Акушерство» (2007), будет справедливо до тех пор, пока не произойдёт смена устаревших психологических стереотипов. Главным из вредных заблуждений следует считать позицию пациентки «Если я жалуюсь, а врач не назначает лекарств, то надо искать другого врача. Лучше тот, кто не только таблетки, а и капельницы пропишет, от укола быстрее всё пройдет». До сих пор женщины с подобными воззрениями очень много. Но время идёт, растёт грамотность молодых женщин, их «интернет-продвинутость».

Кстати, очень интересно читать, как на форумах для беременных призывают: «Не ленитесь, 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 последствий лечения «неизвестно чего чем попало». Нельзя назначать беременным препараты, не рекомендованные для этого контингента больных Государственным реестром лекарственных средств РФ.

Пути преодоления

Демедикализация лечебного процесса — основной постулат медицины XXI века. Современная инновация в исцелении организма построена на уменьшении количества используемых фармацевтических препаратов и безусловном использовании медикаментов, проверенных методами доказательной (evidence based) медицины (рис. 5-25). Нынешние рекомендации по выбору препаратов для лечения осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний не всегда основаны на данных, полученных в ходе клинических исследований высокого методологического качества. В подавляющем большинстве случаев стандарты лечения не дают рекомендаций по выбору конкретных препаратов, врачу приходится выбирать самостоятельно из обилия рекламных предложений. Поэтому необходимы активные действия, в частности — пересмотр положений, казавшихся когда-то незыблемыми. К сожалению, рекомендованные ВОЗ пять групп лекарственных средств, по-разному влияющих на эмбрион и плод, уже не отражают все стороны взаимодействия лекарств и растущего организма¹.

Большинство врачей в мире пытаются прекратить бесконтрольное применение лекарств беременными. Для повышения безопасности лечения будущих матерей обязательной стала специальная маркировка лекарственных средств, содержащая информацию о степени риска применения препарата во время беременности и уровне исследований, доказывающих его безопасность.

Классификации безопасности лекарств при беременности

Например, классификации, введенные правительством Австралии (An Australian categorisation of risk of drug and in pregnancy) и Управлением питанием и медикаментами США (FDA — US Food and Drug Administration), очень схожи. В них пять основных категорий:

- Категория А — препарат, уже используемый многими беременными (в том числе в контролируемых исследованиях) и женщинами детородного возраста. При этом нет обоснованных данных о том, что применение препарата увеличивает частоту пороков развития плода, 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 ис-

¹ Пока нет других рекомендаций, необходимо пользоваться имеющимися, даже это позволит снизить «лекарственную нагрузку» (см. приложение).

следовании на животных обнаружались побочные эффекты, не подтверждённые клиническими испытаниями (пример: амоксициллин).

- Категория C — препарат вследствие фармакологического эффекта вызывает (или может вызывать) неблагоприятные побочные эффекты, но не приводит к порокам развития (побочные эффекты могут быть обратимыми), *либо* исследования на животных доказали опасность препарата, но клинические испытания не проводились. Лекарственное средство данной категории следует назначать только в тех случаях, если польза от его применения превосходит потенциальный риск для плода (пример: нифедипин, омепразол).
- Категория D — препарат вследствие фармакологического эффекта вызывает (или может вызывать) необратимые неблагоприятные побочные эффекты, пороки развития, *либо* исследования доказали опасность препарата для людей, но несмотря на это возможно применение препарата по жизненным показаниям, когда более безопасные препараты 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. Препарат противопоказан беременным и женщинам, у которых беременность может наступить (пример: варфарин, талидомид).

Здоровым женщинам на протяжении всей беременности следует избегать любых лекарственных препаратов, кроме простейших безрецептурных средств, соответствующих группе A перечня FDA. При обращении за медицинской помощью женщине следует уведомить медицинского работника или врача любой специальности о вероятности или наличии беременности, особенно в ранние сроки. Необходимость приёма лекарственных средств контролирует лечащий врач беременной.

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».

НЕ НУЖНО!	НУЖНО!
Аскорбиновая кислота	Магния сульфат
Эуфиллин	Нифедипин
Но-шпа	Допегит
Аэровит	Гинипрал
Актиферрин	Окситоцин
Аскорутин	Простагландины (мизопростал)
Трентал	Бетаметазон
	Куросульф
	Мифепристон

Рис. 5-25. Преодоление фармагрессии.

Изучая причины и патологические механизмы, лежащие в основе заболеваний, можно создать противодействующие недугам лекарственные средства. Однако мы слишком часто забываем об ограничениях, налагаемых на лечение возрастом пациента, сопутствующими соматическими болезнями, аллергическими реакциями, способностью препарата к кумуляции и др.

У бластоцисты, зародыша и эмбриона нет защитных механизмов, свойственных сформировавшейся особи. Поскольку достаточных знаний о влиянии того или иного лекарственного препарата на плод у врача зачастую просто нет, назначать медикаменты беременным следует исходя 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 аномалий развития нервной трубки и врождённого кретинизма следует по возможности воздерживаться от употребления любых лекарственных средств. В идеале необходимо обеспечить организм достаточным количеством витаминов с пищей. При неполноценной диете рекомендуют употребление синтетических добавок витаминов в количествах, восполняющих пищевой дефицит. Приём витаминных препаратов во время беременности и лактации, удовлетворяющий биологическую потребность в основных витаминах, рекомендуют как способ оздоровления матери и плода (профилактика гиповитаминоза и его возможных негативных последствий). Витаминные комплексы, предназначенные для других групп населения (в том числе для детей), беременным противопоказаны, как и необоснованное назначение иных лекарственных средств.

Стандартный комплекс препаратов (витаминные и минеральные комплексы, БАДы и т.п.) нередко подменяет научно обоснованное лечение, формируя даже у здоровой беременной «комплекс неполноценности» своего положения. Многолетние наблюдения за беременными 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 (interaction) между более чем тремя ингредиентами в составе любого лекарства. Поэтому никто не знает точно, как несколько витаминов действуют друг на друга, а ведь там ещё и «10 минералов»!



Достаточно в принципе назначить те витамины, которых не хватает в рационе конкретного региона. В прокаротиноидах нуждаются почти все жители Земли, но гипервитаминоз А (ретинол) приводит к самопроизвольному аборт, гидроцефалии, сердечным аномалиям. Более подробно вредное влияние на плод некоторых витаминов изложено в табл. 5-6.

Для современных россиянок приём поливитаминных и минеральных комплексов, разработанных специально для беременных, оправдан в том случае, если нет возможности адекватно питаться и уже сформировался подтверждённый дефицит конкретных нутриентов. На ранних этапах онтогенеза недостаток некоторых витаминов грозен нарушениями нормального внутриутробного развития и даже гибелью плода. Установлены тератогенный и эмбриотоксический эффекты выраженного недостатка витаминов А, В₂, РР, С, Е; возмещение предпочтительно проводить монопрепаратами. Мировые тенденции в отношении ранних сроков беременности с позиций доказательной медицины однозначны: признана необходимость рациональной диетотерапии, приёма витамина Е, β-каротина, фолиевой кислоты не менее 400 мкг/сут и калия йодида 200 мкг/сут.

Употребление фолиевой кислоты непосредственно перед зачатием и в первые месяцы беременности уменьшает риск дефектов нервной трубки у плода. Однако до сих пор доказательная база этого положения не абсолютна; также недостаточно строгих доказательств того, что рутинный приём поливитаминов в первые недели беременности снижает распространённость у детей дефектов

Таблица 5-6

Потенциальные последствия для плода чрезмерного применения во время беременности некоторых безрецептурных препаратов

Препарат	Исход для плода
Пиридоксин (витамин В ₆)	Судороги
Ретинол (витамин А)	Самопроизвольный аборт, гидроцефалия, сердечные аномалии
Холекальциферол (витамин D ₃)	Надклапанный стеноз аорты, отставание в психическом развитии
Железа сульфат	Врождённые пороки развития, расстройства желудочно-кишечного тракта
Магния сульфат	Гипотония, гипорефлексия, угнетение ЦНС и дыхания, снижение адаптации к внеутробной жизни, судороги
Магния трисиликат	Поражение почек
Менадион (витамин К)	Желтуха, гематологические нарушения

верхней губы и твёрдого нёба. В классификации FDA эти лекарственные постулаты относятся к группе риска А при соблюдении режима дозирования. При превышении необходимых количеств риск зависит от дозы каждого компонента и может оказаться значительным.

Установлено, что недостаток фолиевой кислоты *in vitro* активирует апоптоз в цитотрофобласте, что, возможно, связано с уменьшением выработки тимидина, участвующего в синтезе ДНК. Вызванный негенетическими причинами, апоптоз в эмбриогенезе может приводить к гибели плода, врождённым уродствам или различным заболеваниям, даже злокачественным новообразованиям. Вместе с тем добавление малого количества солей фолиевой кислоты ингибирует апоптоз, повышая жизнеспособность клеток.

Физиологично назначение витамина Е, суммы минимум семи-восьми токоферолов, получаемых из отгона соевого масла. Защитное действие таких антиоксидантов, как витамин Е, связано со стабилизацией клеточных мембран (Радзинский В.Е. и соавт., 2001). Антиоксиданты препятствуют перекисному окислению полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), входящих в состав липопротеинов низкой плотности, а также снижают проницаемость клеточных мембран для ионов кальция, увеличение концентрации которых внутри клеток может активировать апоптоз (Nicotera P., 1994).

Кроме того, витамин Е существенно улучшает белоксинтезирующую функцию плаценты, не меняя содержания циклических нуклеотидов, к тому же 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. При содержании 400 мкг/мл витамин Е тормозит активацию тромбоцитов, и этот эффект необходимо использовать для увеличения плацентарного кровотока не только при гиперкоагуляциях любого генеза, но и с профилактической целью. Токоферолы оказывают мягкое дезагрегирующее действие при чрезмерной агрегации тромбоцитов.

Получить α -токоферол в достаточном количестве с пищей крайне сложно — он содержится в орехах, растительном масле, его много в молодых ростках злаков. Подсчитано, что для получения суточной потребности беременной потребовалось 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% праворащущего α -токоферола и 20% смеси токоферолов). При этом, в отличие от α -токоферола, натуральный витамин Е, представляющий собой смесь токоферолов, действует дольше и имеет большую биодоступность.

Ежедневная потребность в токофероле во время беременности — около 10 мг. Дефицит этого витамина встречается редко. В крови плода концентрация токо-

ферола в 4–5 раз ниже, чем у матери. В закрытых исследованиях не выявлено осложнений со стороны матери и плода при дефиците и при избыточном приёме витамина Е. В клинической практике его назначают при комплексном лечении угрожающего выкидыша, но специфического эффекта не выявлено.

Токоферол хорошо проникает в грудное молоко. У недоношенных детей с дефицитом токоферола, не восполненным в первый месяц жизни, могут развиться гемолитическая анемия, отёчный синдром, ретикулоцитоз и тромбоцитоз. В классификации FDA получил группу риска А (при превышении рекомендуемой дозы — группа С). Потребность кормящей матери в витамине Е, согласно рекомендациям Национальной академии наук США, составляет 12 мг/сут.

Доказано влияние каротиноидов (витамина А) на здоровье будущей мамы и ребёнка, поскольку гиповитаминоз А встречается во всём мире. Источником каротиноидов считают морскую рыбу, помидоры, морковь, зелень.

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).

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, принимаемым матерью, однако впоследствии у новорождённого возможно развитие синдрома «отмены», напоминающего цингу. В классификации FDA препарат находится в группе риска 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 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).

Ежедневная потребность в пиридоксине во время беременности, по данным Национальной академии наук США, составляет 2,2 мг. В кровотоке плода концентрация пиридоксина в 2 раза выше, чем в кровотоке матери. Умеренный дефицит витамина В₆ может протекать бессимптомно. Дефицит пиридоксина может оказаться звеном патогенеза артериальной гипертензии и диабета беременных, судорожного синдрома у новорождённого. Лечение большими дозами

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 гипervитаминоза В₆ должен воспрепятствовать широкому назначению препарата «Магне В6» (беременным слишком часто безосновательно назначают по 6–8 таблеток в день), поскольку в такой ситуации есть опасность возникновения судорог.

На этом перечень витаминов, необходимых здоровой беременной, исчерпан. Врачи, тем не менее, продолжают «пичкать» беременных поливитаминами, мультикомплексами и получают побочные эффекты. Лишь достаточное потребление полноценного легкоусвояемого белка (рыба, мясо, творог, яйца) позволяет усвоить из пищи железо и кальций, тогда как получение этих веществ из неорганического или растительного сырья невозможно.

Роль отдельных аминокислот, микроэлементов и витаминов в формировании организма ребёнка приведена в таблице 5-7.

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.
- Предпочтительно отдавать моноterapiи, использовать препараты короткого действия.
- Местное лечение более желательно, чем системное назначение лекарственного средства.
- Нужно использовать минимальные дозы наиболее безопасного препарата.
- Применять лекарственное средство следует только в том случае, если польза от него превосходит возможный риск для плода.

Применение безрецептурных препаратов во время беременности может привести к серьёзным последствиям 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 предгравидарное 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.

Таблица 5-7

Роль различных веществ в формировании организма ребёнка

Вещества	Физиологическая роль
Аминокислоты	
Аргинин, гистидин, лизин, метионин	Репродуктивная функция. Умственное развитие детей. Рост костной ткани, развитие органа слуха
Таурин	Синтез гемоглобина, детоксикационная функция печени, антиоксидантное действие
Триптофан, фенилаланин	Развитие мозговой ткани (мозжечка, эпифиза, гипофиза), сетчатки глаза, надпочечников. Синтез альбумина и серотонина. Функция надпочечников и щитовидной железы
Микроэлементы	
Железо	Синтез гемоглобина и миоглобина, цитохромов, каталазы и пероксидазы
Цинк	Обмен нуклеиновых кислот (передача генетической информации), образование и рост костной ткани, участие в действии инсулина
Медь	Развитие нервной ткани, дифференцировка эритроцитов, минерализация костей
Марганец	Функция нервной и иммунной систем, слух, зрение, формирование хрящей и синовиальной жидкости
Йод	Развитие ЦНС, формирование структуры и функции поджелудочной железы
Витамины	
А (ретинол)	Формирование органа зрения, кожи и слизистых оболочек
Д (кальциферолы)	Образование и рост костной ткани, фосфорно-кальциевый обмен
Е (сумма токоферолов)	Синтез мышечных белков, антиоксидантное действие, функция гипофиза и половых желёз
С (аскорбиновая кислота)	Образование соединительной, хрящевой и костной тканей, синтез стероидных гормонов
В ₁₂ (цианокобаламин)	Дифференцировка и созревание эритроцитов в красном костном мозге

Реальной помощью врачам должен стать «Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии» (2010)¹, полностью соответствующий РЛС².

¹ Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии» / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 800 с.

² РЛС — Регистр лекарственных средств России, дающий информацию обо всех зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных средствах в виде типовых клинико-фармацевтических статей (ТКФС) и официально же зарегистрированных инструкций к применению конкретных торговых наименований.

Полипрагмазия при невынашивании. Сохранять или нет?

Вопреки многолетним усилиям клиницистов частота прерывания беременности на разных сроках достигла плато и стала достаточно постоянным показателем, не зависящим от успехов фармакотерапии (Айламазян Э.К. и соавт., 2004).

Многие важные проблемы в данной области не решены до сих пор. Принципиален, например, вопрос о целесообразности сохранения беременности при угрозе прерывания, возникающей в I триместре, когда высока вероятность биологической «выбраковки» эмбриона с генетическими повреждениями.

I триместр — наиболее сложный период беременности: идёт эмбриогенез, формируется плацента, устанавливаются сложные взаимоотношения организма матери и плода. Лечение женщины при угрозе прерывания беременности не должно нарушать эти процессы; следует избегать тератогенного или эмбриотоксического действия препаратов. Цель лечения угрозы прерывания беременности — расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности в случае наличия 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 Е, метилксантины. В качестве симптоматического лечения — спазмолитические препараты (дротаверин — «Но-шпа», свечи с папаверином), растительные седативные лекарственные средства (отвар пустырника, настойка валерианы), т.е. 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 очевидна), постельного режима, препаратов магния в неадекватных дозах внутрь («Магне В6»), папаверина в свечах, дротаверина («Но-шпа»). Не имеет под собой оснований и доказанных клинических эффектов применение при кровянистых выделениях у беременных 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 на 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 (до 3–4 нед), часто это происходит незаметно даже для самой женщины.

Таким образом, вопрос о целесообразности, безопасности и реальных возможностях пролонгирования беременности на ранних сроках достаточно спорный. Современное развитие медицинской генетики, иммунологии, пренатальной диагностики почти всегда позволяет определиться, целесообразно ли вынашивать данную беременность или лучше своевременно отказаться от сохранения плода с аномалиями развития.

В США, странах Западной Европы подход к решению этой проблемы весьма цивилизованный: никто не лечит спонтанное невынашивание в I триместре по причине отсутствия доказательного подтверждения эффективности лекарственной и немедикаментозной терапии.

Такое рациональное отношение экономически целесообразно, однако многолетние традиции отечественного акушерства не позволяют сразу «всё отменить». Как написано в Национальном руководстве по акушерству, «...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

По данным Н.И. Тапильской (2005), на планете живёт около 7 млн детей, испытавших в утробе матери действие прогестинов. Теория медикаментозного пролонгирования беременности восходит к началу XX столетия, когда Ф. Франкель продемонстрировал роль жёлтого тела в сохранении гестации. 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 (недостаток эндогенного прогестерона). Однако результаты исследований последних десятилетий меняют эти представления.

В 2003 году в Кокрановском хранилище появился метаанализ оценки влияния прогестерона на частоту невынашивания беременности в различных клинических состояниях (Oates-Whitchhead R.M. et al., 2003). Отдельного анализа эффективности прогестерона при угрожающем аборте предусмотрено не было.

А год спустя в «Британском медицинском журнале» был опубликован метаанализ, показавший неэффективность использования прогестерона для предотвращения угрожающего аборта (Sotriadis A. et al., 2004). Впрочем, многие авторы негативно охарактеризовали дизайн исследований, включённых в данный метаанализ. Например, учитывались 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, и 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 Кокрановского 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 лечение. В то же время, по данным трёх исследований, включенных 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, принимавшими плацебо и не получавшими лечения. 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 некоторых 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 ограничивались соблюдением постельного режима (17,4 и 25,1% соответственно). Срок беременности варьировал от 2,5 до 6 нед (El-Zibdeh M., 2005, 2009).

Интересны результаты аналогичного исследования, начатого в 2005 году. Участвовали пациентки с угрожающим абортom и сроком беременности до 13 нед: 80 женщин принимали дидрогестерон, 74 составили контрольную группу. Анализ полученных данных показал статистически достоверное снижение частоты выкидышей на фоне приёма дидрогестерона (всего 4,1%), тогда как в контрольной группе показатель достиг 13,8% (Жук С.И. и соавт., 2007).

Результаты ещё одного проспективного открытого рандомизированного исследования (Pandian R.U., 2009) продемонстрировали, что терапия дидрогестероном «Дюфастоном» оказывает положительное влияние на пролонгирование беремен-

ности у женщин с угрозой прерывания, в отличие от традиционных схем лечения. Беременные с вагинальным кровотечением на сроке до 16 нед (всего 191) были разделены на две группы: с применением дидрогестерона и без него (контрольная группа). Терапия признавалась успешной, если беременность продолжалась свыше 20 нед гестации. Оказалось, что в группе с дидрогестероном выкидыши случались у 12,5% женщин по сравнению с 28,4% в контрольной группе ($p < 0,05$).

Безусловно, современная медицина должна строиться на основах доказательности, поэтому медицинскому сообществу крайне необходимы масштабные исследования, подтверждающие или опровергающие роль прогестагенных препаратов в поддержке беременности ранних сроков.

И тем не менее проводимые исследования не в полной мере отвечают 12 обязательным критериям, разработанным для исследований эффективности лечения привычного невынашивания, 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 извне прогестерона на пролонгирование беременности были представлены на конгрессах по контраверсиям в акушерстве и гинекологии в 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 годах. Увы! Доказательной базы по-прежнему нет.

В этом контексте попытки фармацевтических компаний позиционировать себя как производителей «хорошего натурального» прогестерона, в отличие от «плохого» у конкурентов, выглядят довольно неубедительно. Эта борьба концернов бессмысленна хотя бы потому, что врачей меньше всего должна интересовать прогестеронодонорная роль, **поскольку при самопроизвольном прерывании беременности дефицит прогестерона лабораторно подтверждается не более чем в 12% случаев** (Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф., 2008).

Лишь недавно прояснились основные — **иммунные** — механизмы гестановой защиты плода. Хронический (вероятно, аутоиммунный) эндометрит как причина невынашивания в 2 раза значимее, чем истинный дефицит прогестерона. На пленарном заседании Всемирного конгресса акушеров-гинекологов (FIGO, 2006) эту проблему впервые обсуждали как главную.

Тема хронического эндометрита для России чрезвычайно актуальна: до 30% первых беременностей прерываются искусственными абортми. Самопроизвольная утрата беременности происходит всё чаще: без гестоза или гипертонической болезни реализуется отслойка плаценты у якобы здоровых женщин. Для изобличения акушерской роли в этиологии этой проблемы уточним: каждая четвёртая якобы репродуктивно здоровая женщина, прервавшая беременность путём искусственного аборта, до наступления прервавшейся беременности страдала хроническим эндометритом (чаще аутоиммунным). Это характерно для большей части пациенток с привычным невынашиванием (64%).

Что же происходит при вынашивании беременности в условиях латентно текущего эндометрита? Протективное влияние прогестерона на развитие беременности бесспорно: от него зависит течение имплантации, рост и развитие эмбриона в эндометрии матери. Прогестерон, помимо собственно устранения прогестеронового дефицита (при его наличии), за счёт PIBF (прогестерон-индуцированного блокирующего фактора) **предотвращает отторжение наполовину чужеродного плода**, формируя защитный барьер в организме беременной. Обеспечение иммунной толерантности в условиях продуктивного эндометрита невозможно, поэтому около 80% необъяснимых репродуктивных потерь связывают с иммунными нарушениями.

Одна из концепций, описывающих изменения регуляторных механизмов иммунной системы во время беременности, — гипотеза о переключении иммунного ответа, опосредованного Т-хелперами первого порядка, на реакцию, опосредованную Т-хелперами второго порядка.

Обследование 31 женщины репродуктивного возраста с повторяющимися самопроизвольными выкидышами показало, что увеличение концентрации провоспалительных цитокинов более чем в 2 раза на фоне хронического воспалительного процесса (в том числе аутоиммунного) приводит к активации протромбиназы. Это обуславливает тромбозы, инфаркты трофобласта и его отслойку, в конечном итоге происходит выкидыш I триместра (рис. 5-26).

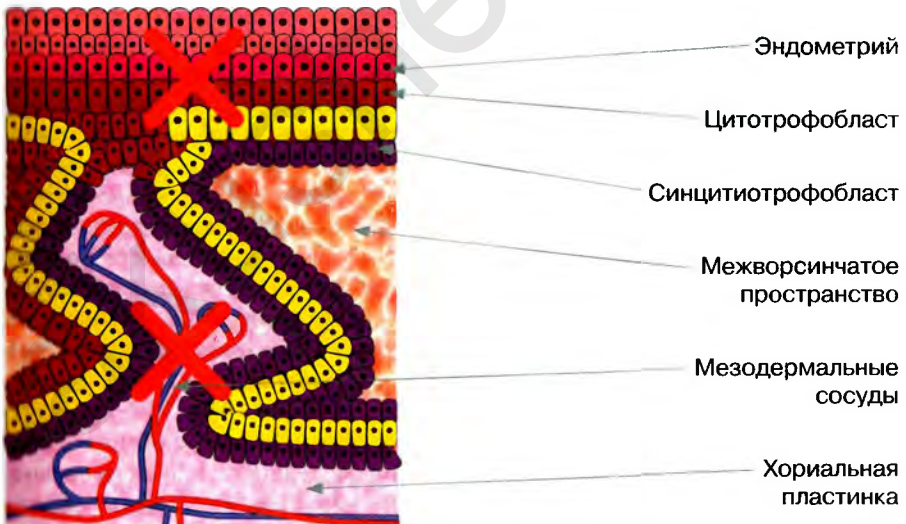


Рис. 5-26. Плацентарное ложе (хронический эндометрит).

В дальнейшем без реабилитационных мероприятий хронический воспалительный ответ вкупе с оксидативным стрессом приобретает аутоиммунные очертания, реализуясь в нарушение имплантации, невынашивание, бесплодие.

Первопричина каскада — эндометрит, своевременно нераспознанный и не-леченый. Такому повреждённому эндометрию никогда не стать полноценной составляющей плацентарного ложа.

Пролонгирование беременности в этих условиях приводит к формированию первичной плацентарной недостаточности; избежать этого можно лишь при назначении прогестagens, не только оказывающего прогестеронзаместительное действие, но и влияющего на соотношение Th-1/Th-2. Увеличение содержания регуляторных цитокинов блокирует воспалительный процесс.

В исследовании внутриклеточного синтеза цитокинов удалось установить, что на фоне приёма дидрогестерона («Дюфастона») меняется соотношение Т-хелперов I и II типов, что влияет на дальнейшее течение беременности (Запертова Е.Ю., 2005; Kalinka J., Szekeres-Bartho J., 2005). Так было доказано, что экзогенный прогестерон можно применять не для восполнения «дефицита» прогестерона (чаще всего мифического), а для блокады интерлейкинового каскада (дидрогестерон), что снижает активность воспалительного процесса (эндометрит).

В 2009–2010 годах А.В. Усовой и Т.И. Соколовой было проведено исследование иммуноактивных свойств микронизированного прогестерона («Утрожестана»). Применение препарата в комплексной терапии угрозы прерывания беременности блокирует интерлейкиновый каскад и достоверно изменяет биохимические показатели (уровень прогестерона, цитокинов, интерлейкинов 1 β , -4, -6, -8, -10) до значений, характерных физиологической беременности. Общий вектор — снижение уровня провоспалительных цитокинов и повышение уровня противовоспалительных. Перечисленные показатели после курса лечения были сопоставимы с контрольной группой нормальной беременности.

Доказательные данные в отношении прогестинов и их применения для сохранения беременности в ранние сроки ожидаются по завершении проходящего в настоящее время рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого многоцентрового исследования PROMIS «Лечение прогестероном в I триместре беременности женщин с привычным невынашиванием неясного генеза в анамнезе». В исследовании задействованы восемь центров (шесть в Великобритании, по одному в Шотландии и в Нидерландах) и 790 беременных женщин с невынашиванием в анамнезе.

В своё время, к сожалению, позиционирование микронизированного прогестерона для интравагинального применения как единственно «натурального» и «полезного», в отличие от «синтетического» дидрогестерона, наряду с активной рекламной стратегией (в том числе «приписывание» дидрогестерону вирильного воздействия) породили множество дискуссий и поставили прак-

тикующих врачей в сложную ситуацию информационной войны, в которой недоверие акушеров-гинекологов поневоле вызывали обе точки зрения. Правлению Российского общества акушеров-гинекологов пришлось дважды рассматривать этот вопрос и убеждать врачебное сообщество в том, что оба препарата являются высококачественными гестагенами, а информацию о том, что в силу анатомической близости влагалища и матки «Утрожестан» быстрее поступает к эндометрию, следует признать не соответствующей классической физиологии и фармакологии.

Хочется надеяться, что окончательная точка зрения врачебного сообщества по использованию таких современных и высокотехнологичных препаратов, как «Дюфастон» и «Утрожестан», была выработана на Международном конгрессе «Ранние сроки беременности» (Москва, 2011, РУДН). В ходе прошедшего мозгового штурма оба препарата были представлены высококлассными специалистами, критически оценившими имевшие место дискуссии. В итоге обсуждения были даны совершенно чёткие рекомендации по назначению этих препаратов в строгом соответствии с Регистром лекарственных средств Российской Федерации: «Дюфастон» — перорально с постепенной его отменой к 16 нед беременности, «Утрожестан» — интравагинально при отсутствии кровянистых выделений.

При изолированной «угрозе невынашивания» беременность безо всякого лечения в большинстве случаев (86–88%) сохраняется, причём если за рубежом этот показатель составляет около 80%, то у нас он несколько выше. Причиной, вероятно, является гипердиагностика угрозы невынашивания. Чего стоит, например, заключение «повышенный тонус задней стенки матки»! Матка — мышечный орган, и тонус у него есть всегда, причём не только задней стенки, а всех стенок 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. Не умаляя достоинств магниальной терапии при эклампсии (мировой «золотой стандарт»), хотелось бы обратить внимание на то, что с развитием клинической ну-

трициологии усилились акценты на хронический магниевый дефицит, часто встречающийся у женщин и особенно выраженный у беременных.

Среди нарушений элементного статуса у женщин недостаточность магния распространена более всего. По данным исследования, проведённого в Германии среди 16 000 человек, гипомагнемия в общей популяции составила 14,5%; субоптимальной концентрация микроэлемента оказалась ещё у 33,7% обследованных (Schimatschek H.F., 2001).

Известно, что доказанный лабораторно дефицит магния во время беременности может спровоцировать нежелательные эффекты для матери и эмбриона (вплоть до тератогенного эффекта). Существуют две клинические формы хронических гестационных магниевых дефицитов:

- преждевременные схватки, когда хронический дефицит магния у матери приводит к повышенной возбудимости миометрия;
- синдром внезапной смерти младенцев — Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), вызываемый дефицитом магния в организме.

При любом дефиците магния профилактическое назначение препаратов магния представляет собой этиопатогенетическую терапию, обеспечивает не токсичное токолитическое действие, вспомогательное, но полезное при гипертонической матке. Магниевый дефицит у плода приводит к замедлению внутриутробного роста; в последующей, взрослой жизни повышен риск формирования сахарного диабета, метаболического синдрома.

Действительно, мы нарисовали страшную картину. Однако при всём при этом агрессивное назначение таблетированных препаратов магния для **лечения угрожающего невынашивания** бессмысленно. А назначение «Гинипрала» по 1/2, 1/4, 1/8 таблетки напрямую свидетельствует о безграмотности врача.

Применение «Магне В6» не только не блокирует сократимость матки, но и чревато опасными осложнениями, поскольку высок риск передозировки витамина В₆. Агрессивная тактика дистрибьюторов заставила многих поверить, будто назначение 6 таблеток препарата в сутки способно предупредить выкидыш. Придётся разочаровать врачей, занимающихся клинической практикой. Препарат «Магне В6», вполне уместный в неврологии, совершенно случаен в акушерстве, а фирма-производитель для акушерской практики его и не рекомендовала (РЛС РФ, 2008). В этом лекарственном средстве слишком много витамина В₆ и слишком мало — так необходимого магния. Удовлетворить потребность в магнии (минимум 4 г) этому препарату не под силу: чтобы получить даже 1 г магния из препарата, необходимо принять 21 таблетку. Более того, такой магний неэффективен для акушерских целей, поскольку не способен блокировать кальциевые каналы в цитоплазматической мембране.

Следовательно, назначение магния при угрозе прерывания беременности, особенно в таблетированной форме «Магне В6», по меньшей мере неоправданно.

Доказательная база сформирована в отношении эффективности внутривенного применения магния — в виде магния сульфата — и относится к лечению гестоза («золотой стандарт» гипотензивной терапии, см. главу «Гестоз»). Что касается токолитического действия, то 10–12 г сухого сульфата магния при внутривенном введении могут производить нужный эффект, но не ранее 16 нед беременности.

Токолитики

Отдельного рассмотрения заслуживает необоснованное назначение токолитиков в ранние сроки беременности. Сплошь и рядом эти препараты назначают ранее 16 нед, а то и непрерывно в течение всей беременности. Недопустимость этих необдуманных 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 и того абсурднее: β -адренорецепторы становятся чувствительны к этим препаратам лишь с 26–27 нед беременности. Применение препаратов ранее этого срока просто бессмысленно.

Столь любимое врачами титрование токолитиков вполне можно возложить на женщину, предварительно оговорив длительность лечения, ибо доказано: непрерывный приём β -адреномиметиков приводит к нарушению восприимчивости рецепторов к этим веществам и снижению их эффективности, т.е. провоцируются ятрогенные осложнения на более поздних сроках (см. раздел «Преждевременные роды»).

Полипрагмазия при привычном невынашивании

Применение глюкокортикоидов при беременности — предмет многих дискуссий в акушерстве. Пожалуй, никакие другие препараты не провоцируют столько споров и разногласий. Рутинное назначение глюкокортикоидов (преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон) сопровождается угрозой прерывания беременности, подозрение 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 предгравидарный 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 очень настораживающими. В экспериментах Courtier и Collonge (1951), Fraser (1951), De Costa и Abelman (1952) оказалось, 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 и при беременности. Эти пациентки составили первую группу наблюдений влияния глюкокортикоидов на человеческий плод.

Во второй половине 1950-х годов возникла теория о том, что невынашивание беременности может быть связано 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 больным. Вместо кортизона Gueguen и Nolot (1961) предпочитали назначать 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 родившихся детей. Уверенность в безопасности такого лечения была настолько велика, что рекомендовалось 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. Varangot и Thobroutsky в 1965 году опубликовали исследование, демонстрирующее, что при невынашивании беременности назначение глюкокортикоидов прогноза не улучшает. Наблюдения за пациентками, получавшими глюкокортикоиды по медицинским показаниям (ревматоидный артрит и другие аутоиммунные заболевания), не нашли, чтобы риск невынашивания беременности хоть сколько-нибудь снизился.

В 1990-е годы прошлого века интерес к лечению невынашивания глюкокортикоидами на какое-то время вспыхнул вновь в связи с открытием антифосфолипидного синдрома. Однако оказалось, что глюкокортикоиды могут слегка снизить титр антифосфолипидных антител, но не могут предотвратить микро-

тромбоз сосудов плаценты. Поэтому данный подход к лечению антифосфолипидного синдрома в настоящее время почти нигде не применяется.

Более того, исследователи предполагают, что даже кратковременное назначение глюкокортикоидов может очень надолго «перепрограммировать» работу функциональных систем плода и отрицательно повлиять на формирование поведения, АД и метаболизм. Синтетический гормон «обманывает» организм плода, имитируя стрессовый сигнал из организма матери, заставляя плод раньше времени форсированно мобилизовать резервы. В этом суть отрицательного действия глюкокортикоидов. Эффект усугубляется тем, что современные пролонгированные препараты (дексаметазон, метилпреднизолон) не поддаются инактивирующему действию ферментных систем плаценты, продолжительно воздействуют на органы и ткани-мишени.

Оказывая иммуносупрессивное действие, эти препараты оставляют организм беременной без защиты перед вирусами, повышают вероятность развития персистирующего эндометрита. Это в 63% случаев приводит к невынашиванию (до 25% женщин фертильного возраста в популяции, по данным 2007 года: Barker D.J.P.; Seckl J.R.; Langley-Evans S.C.; Gluckman P.D. et al.).

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 снизилась в 1,5 раза (48,6% в группе приёма глюкокортикоидов и 69,9% — в контрольной), однако при этом в 3 раза больше оказалось случаев начавшегося выкидыша (соответственно, 14,2 и 4,2%).

Таким образом, мировым сообществом (Конгресс по контрверсиям в Барселоне, 2007) с точки зрения доказательной медицины **лечение угрозы прерывания беременности назначением глюкокортикоидов признано нецелесообразным.**

Пути преодоления

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 наступления беременности не влияют на функцию жёлтого тела, не проникают через плаценту. Это значит, что данные вещества не участвуют в формировании надпочечников плода, не связаны с гиперандрогенией у плода, в том числе с вирилизацией наружных женских половых органов. В то же время плодовые и материнские андрогены необходимы для образования эстрогенов в плаценте во II и III триместрах беременности. Более того, повышение содержания гидроксипрогестерона в первые в I триместре беременности может быть связано с функционированием жёлтого тела. Что касается назначения глюкокортикоидных препаратов для антенатальной защиты плода, то главная цель такого лечения — предупреждение вирилизации наружных половых органов девочек.

С позиции доказательной медицины целесообразна следующая тактика ведения женщин с надпочечниковой гиперандрогенией:

- верификация врождённой гиперплазии коры надпочечников на этапе предгравидарной подготовки;
- пренатальная диагностика пола плода и мутации у него гена CYP 21B¹;
- продолжение лечения дексаметазоном беременных с врождённой гиперплазией коры надпочечников в случае женского пола плода с мутацией гена CYP 21B.

Дексаметазон — препарат выбора, поскольку, в отличие от преднизолона или метилпреднизолона, он проникает через плацентарный барьер. Во всех остальных случаях дексаметазон не показан (рекомендации Европейской ассоциации перинатальной медицины, исследовательская группа по преждевременным родам).

Внематочная беременность. Реабилитация после хирургического лечения

Акушерской агрессией на предгравидарном этапе можно считать также **отсутствие рациональной реабилитации после внематочной беременности**. Внематочная беременность представляет непосредственную опасность для жизни больной. До настоящего времени это одна из основных проблем акушерства и гинекологии.

¹ В 95% случаев причиной врождённой гиперплазии коры надпочечников оказывается дефицит фермента 21-гидроксилазы, возникающий вследствие инактивации гена CYP 21B, кодирующего данный фермент.

В России летальные исходы беременности по этой причине составляют 3% (по данным за 2009 год). В структуре гинекологических заболеваний внематочная беременность составляет 9,5% (Igberase G.O. et al., 2005), она же приводит к 47% экстренных состояний (Кулаков В.И. и соавт., 2005). В настоящее время происходит заметный рост числа эктопических беременностей среди женщин старше 35 лет. Доминирует трубная беременность: 96,5–98,5% (Адамян Л.В., 2000; Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. и соавт., 2004).

В 2003 году мы изучили репродуктивное здоровье пациенток, перенёвших хирургическое лечение трубной беременности. Результаты свидетельствуют, 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 трубных беременностей становится всё больше? Проблема — **в отсутствии полноценной реабилитации после любых оперативных вмешательств на половых органах**, прежде всего после искусственных абортов и уже бывших трубных беременностей. Вследствие этого вероятно повторная внематочная беременность, ведь преморбидный фон не изменяется.

Смертью завершаются ситуации, связанные с поздней диагностикой трубной беременности. Непосредственной причиной часто бывает разрыв трубы, вызывающий клиническую картину «острого живота» и геморрагического шока. Определённо, эти данные нелестно характеризуют качество работы экстренной хирургии и анестезиолого-реанимационной службы гинекологических стационаров.

Диагностика

Из-за чрезмерного увлечения лапароскопической диагностикой трубной беременности (в 80-е годы прошлого века) участились ложноотрицательные результаты на фоне сохраняющейся эктопической беременности. Следствием подобной агрессии оказалась утрата бдительности: при ненарушенной трубной беременности зарегистрировать «снаружи» изменения практически невозможно. Как мы уже писали, 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. 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**¹. Если не соблюдать это правило, очень высока вероятность диагностических ошибок.

¹ Зарубежные эксперты говорят: «Если после 18 дней задержки менструации врач при УЗИ не находит трофобласта ни в матке, ни вне её, следует менять УЗИ-аппарат или врача».

Увеличение частоты летальных исходов трубной беременности во многом связано с несвоевременной диагностикой, недооценкой факторов риска и изменением структуры заболевания (эктопическая беременность неуточнённой локализации и прогрессирующая, совершившийся или неполный трубный аборт).

Несовершенство диагностики связано 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% (Grossman D., 2004). Также невысока специфичность эстрадиола, СА-125, креатинфосфокиназы, предлагаемых в качестве маркёров трубной беременности (Spitzer M., 2000).

Зарубежные специалисты руководствуются другими стандартами. В новых рекомендациях Королевской коллегии акушеров-гинекологов (RCOG), Американской коллегии врачей отделений неотложных состояний (ACEP) для обследования пациенток с подозрением на эктопическую беременность предложена только концентрация **сывороточного** β -ХГЧ (RCOG, 2004). Содержание β -ХГЧ информативно лишь при попадании в дифференциальную зону (менее 1000 мМЕ/мл), что наблюдается более чем у половины «подозреваемых».

Если концентрация β -ХГЧ находится вне дифференциальной зоны, выполняются повторное исследование. Если показатель β -ХГЧ не нарастает после первой пробы в течение 48 ч на 66% или не удваивается за 72 ч, возможна трубная беременность (Kadar N., 1994). Однако и здесь есть нюансы: в 64% при трубной беременности всё же происходит удвоение содержания β -ХГЧ, а при медленном нарастании концентрации β -ХГЧ в 15% всех эктопических беременностей клиническая картина соответствует маточному варианту (Shepherd R.W., 1990).

Результаты УЗИ не всегда достоверны, но в 3–14,5% случаев эктопическую беременность обнаруживают эхоскопически случайно, поскольку типичных клинических симптомов нет (Condous G., 2006; Mol W.B., 2004). Косвенными признаками эктопической беременности исследователи предлагают считать гематосальпинкс небольшого диаметра (13,8%), клинически значимое — свыше 10 мл — количество жидкости в углублениях малого таза (7,5%). За трубную беременность ошибочно можно принять кисту яичника, беременность физиологическую или нарушившуюся самопроизвольным абортом (Флоренсона Е.В., 2003; Condous G., 2006). Иностранные авторы (Тепоге J.L., 2000) утверждают, что при бимануальном исследовании под анестезией вероятность пропальпировать объёмное образование в области придатков повышается в 6 раз по сравнению с обычным гинекологическим осмотром.

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.

Вопреки утверждениям о том, что при содержании β -ХГЧ выше 6500 ммоль/мл визуализация трубной беременности возможна в любом случае (АСЕР, 2003), на практике трактовка ультразвуковой картины сложна: утвердительный ответ удаётся дать лишь в 13,2–22,7% случаев (Флоренсова Е.В., 2003; Condous G., 2006).

Кульдоцентез — манипуляция, повышающая шанс на обнаружение эктопической беременности, особенно в комбинации с определением сывороточного β -ХГЧ и вагинальным исследованием, но в 26,7% характерного пунктата всё-таки не обнаруживают (Флоренсова Е.В., 2003).

Лечебная тактика

Однако сложности диагностики, обусловленные отсутствием чётких критериев, — не самая большая проблема. Специалисты, к сожалению, недооценивают необходимость реабилитации в послеоперационном периоде. Активно обсуждая предпочтительность того или иного вида оперативного вмешательства, **хирурги редко задумываются об их воздействии на организм женщины фертильного возраста, её будущий репродуктивный потенциал.**

Не получила широкого признания микрохирургическая техника пластики маточных труб, призванная сохранять 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 идти на оперативное вмешательство (Погорелова А.Б. и соавт., 2000).

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 (2004), после консервативного лечения трубной беременности риск повторной эктопической имплантации составляет 8–16% как в оперированной, так и в контралатеральной 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.

Сведения о частоте наступления маточной беременности после успешного лечения эктопической противоречивы. По одним данным, маточная беременность наступает чаще после консервативных, чем после радикальных операций на маточных трубах (Года И.Б., Рухляда Н.Н., 2000). Другие авторы убеждены в нецелесообразности органосохраняющего лечения, если нет морфологических изменений в интактной трубе.

Изучая влияние различных видов органосохраняющих операций на репродуктивное здоровье женщин, удалось установить, что лапароскопический доступ при внематочной беременности имеет статистически значимые преимущества по сравнению с лапаротомным (табл. 5-8):

- 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).

Органосохраняющие операции при внематочной беременности неодинаково обеспечивают функционирование прооперированной маточной трубы. После резекции сегмента трубы достоверно чаще наблюдаются:

- непроходимость прооперированной трубы (в среднем в 92,9% случаев);
- 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 наблюдаются следующие результаты:

- трубно-перитонеальные свищи (в среднем 23,3%);
- перитубарные спайки (в среднем 54,6%);
- повторная внематочная 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%);

Таблица 5-8

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

Примечание: *p < 0,05.

- 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

Итак, способ органосохраняющей лапароскопической операции по поводу внематочной беременности **определяет последующую репродуктивную функцию пациентки**. С другой стороны, очевидно, что сводить причины infertility лишь к последствиям хирургической травмы едва ли стоит. Тактика с сохранением маточных труб любой ценой, восстановлением их проходимости различными лапароскопическими методиками не оправдала возлагаемых надежд (Радзинский В.Е., Духин А.О., 2004). В большинстве случаев исходная оценка функционального состояния репродуктивной системы неадекватна, вследствие чего лечение носит скорее эмпирический характер.

Результаты послеоперационного наблюдения свидетельствуют, что операция ликвидирует внематочную беременность, но не устраняет факторы, которые к ней привели.

Во время послеоперационных реабилитационных мероприятий были получены 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: присутствуют признаки воспаления, лейкоцитарная инфильтрация, отёк в 14,6% препаратов, глубокая инвазия в стенку маточной трубы — в 5,6% образцов, некроз — в 5,6% (Майскова И.Ю., 2008).

Что касается последствий оперативных вмешательств, то кистозные изменения яичников после лапаротомной тубэктомии чаще всего формировались на фоне хронического сальпингоофорита. Закономерным и неизбежным исходом в таком случае будет нарушение гормонопродуцирующей функции яичников. Поскольку, к сожалению, практика **назначения пациентке гормо-**

нальной контрацепции на полгода после операции так и не стала общепринятой, эти изменения у большинства женщин прогрессируют, формируя фон для повторной трубной беременности.

После оперативного прерывания трубной беременности проводилось обследование пациенток: генетической подоплёки нарушения не обнаружено (частота аллеля rLAII гена экстрацеллюлярного матрикса *GP IIIa* совпала со среднепопуляционной). Отклонилось от физиологических показателей лишь содержание естественных эмбриотропных антител, что вполне логично для послеоперационного периода (Майскова И.Ю., 2008).

Аномально низкая продукция эмбриотропных антител была диагностирована у большинства пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза и серьёзной инфекцией 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.

Было выполнено сравнение репродуктивного здоровья 48 оперированных больных с внематочной беременностью. Курс предложенной реабилитационной терапии с учётом иммунореактивности в каждой группе прошли чуть более половины пациенток (рис. 5-27 и 5-28). У 40% женщин после комплекса реабилитационных мероприятий наступили нормальные беременности, аналогичных результатов без реабилитации достигли только 25% участниц.

Наилучшими оказались результаты реабилитационной терапии у пациенток со сниженной реактивностью иммунной системы: почти у каждой второй наступила маточная беременность. Среди нормореактивных женщин беременность наступила у каждой третьей. Наихудшие результаты (забеременела только каждая четвёртая) демонстрировали пациентки с гиперреактивным имму-

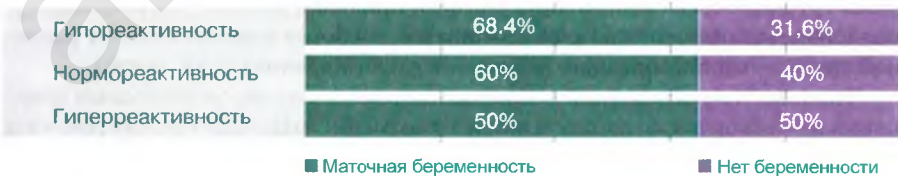


Рис. 5-27. Репродуктивная функция пациенток после реабилитации.

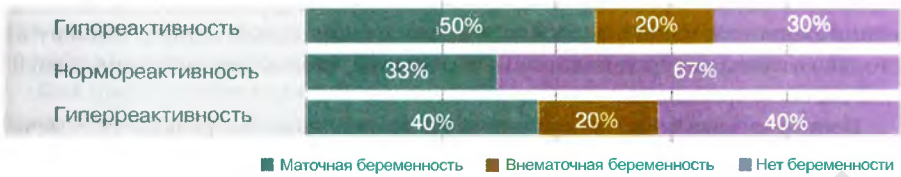


Рис. 5-28. Репродуктивная функция пациенток в зависимости от иммунореактивности после реабилитации.

нитетом, 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

«Золотой стандарт» диагностики трубной беременности — определение содержания β -ХГЧ и обнаружение **трофобласта вне матки при УЗИ**. Зарегистрировать патологические изменения при ненарушенной трубной беременности 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 антител 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 нор-

мальной 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:

- желание пациентки забеременеть в будущем;
- значительные морфологические изменения в стенке маточной трубы («старая» внематочная беременность, истончение стенки трубы в месте плодovместилища);
- повторная беременность в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции;
- локализация плодного яйца в интерстициальном отделе трубы;
- выраженный спаечный процесс в малом тазу;
- эктопическая беременность 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. 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% случаев: линейная сальпингостомия — 20,9%, выдавливание плодного яйца — 15%, вакуум-аспирация — 6,5%, резекция сегмента маточной трубы — 10,9%.

Сохраняющие иммунную нормо- и гиперреактивность во время беременности женщины имеют осложнения в пределах популяционных значений (самопроизвольный выкидыш — 11%, неразвивающаяся беременность — 3,7%). Разумеется, столь неплохие показатели можно связать с предгравидарной 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.

Резюме

Восстановление репродуктивного здоровья после оперативных вмешательств требует тщательной оценки состояния всей репродуктивной системы (влагалищного биотопа) и иммунного статуса пациентки.

Сохранить репродуктивную функцию женщин после хирургического лечения на фоне хронических воспалительных заболеваний органов малого таза способна только грамотно выстроенная комплексная реабилитация.

Для профилактики влагалищного дисбиоза в периоперационном периоде нужно своевременно диагностировать и правильно лечить воспалительные заболевания органов малого таза и ИППП.

Для предупреждения или своевременной диагностики нарушений репродуктивной функции в комплекс проводимых перед операцией исследований необходимо включить микробиологическое обследование (рис. 5-29).

Реабилитация женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний:

- восстановление эубиоза половых путей;
- лечение хронических воспалительных заболеваний;
- иммунокоррекция;
- восстановление двухфазного менструального цикла;
- рациональная контрацепция.

При выборе метода хирургического лечения предпочтение следует отдавать лапароскопическому доступу.

Репродуктивные потери

Невынашивание беременности — главная научно-практическая проблема отечественной репродуктологии. Интерес к ней объясняется стабильно высокой частотой этого состояния (10–30%) практически во всех странах мира.

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 не только к медицинским, но и к демографическим потерям — в стране не рождается 600 000 желанных детей. Картина плачевна: из 10 беременных рожают только четыре, ещё четыре делают аборт (соотношение 1:1), а у двух (20%) беременность прерывается самопроизвольно (рис. 5-30).

Причём количество самопроизвольных абортов заметно возросло: в 1995 году их было 7,2% от общего числа абортов, в 2009 году — 15,2% (рис. 5-31). До 30% перинатальных потерь составляют самопроизвольные выкидыши у женщин, имеющих в анамнезе искусственные аборты.

Установлено, что риск потери беременности после первого выкидыша составляет 13–17%, что соответствует частоте спорадического выкидыша

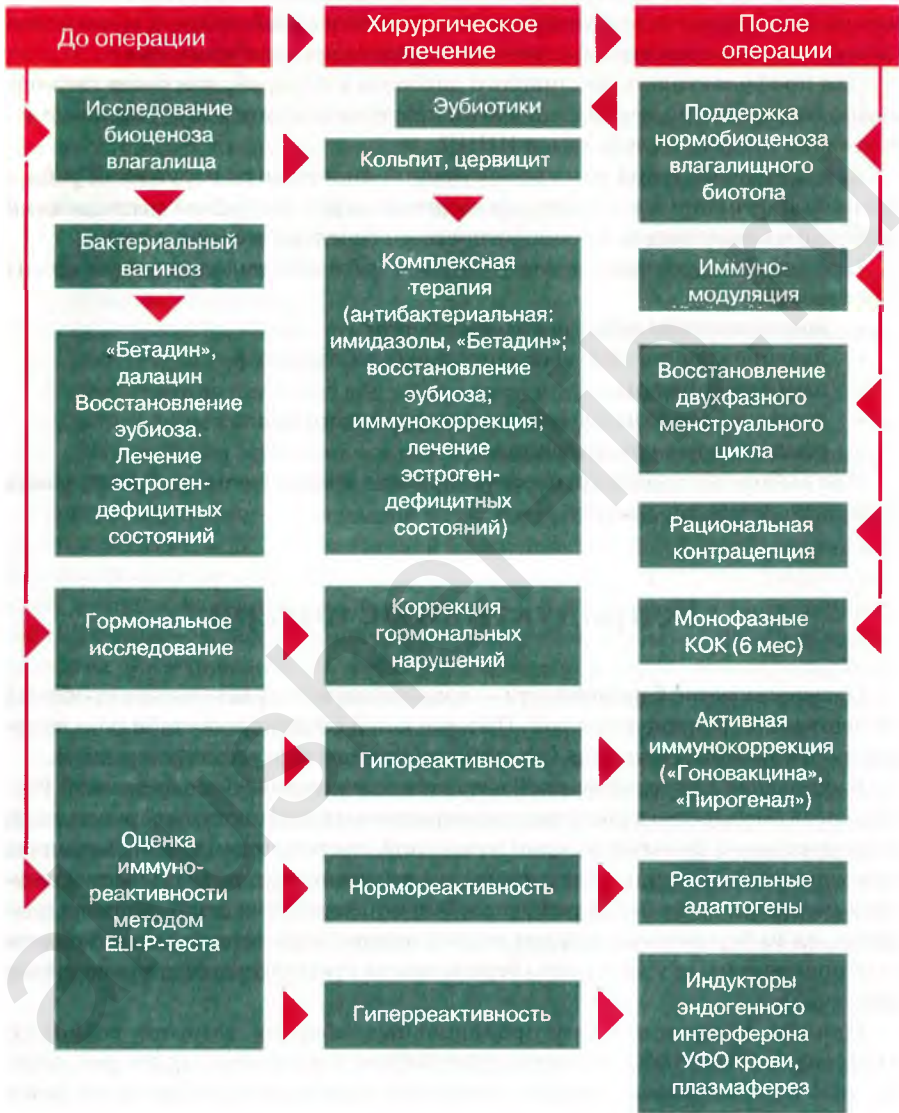


Рис. 5-29. Алгоритм ведения пациенток до и после хирургического лечения.



Рис. 5-30. Репродуктивные потери (2009).

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 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 последовательных выкидышей достаточно для того, чтобы супружескую пару определили в категорию семей с привычным невынашиванием. Высокая значимость этой акушерской 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 (подробнее см. выше раздел «Полипрагазия при невынашивании. Сохранять или нет?»).

Странно, что проблема невынашивания не пользуется должным вниманием государства и медицинской общественности. Ведь оптимизация

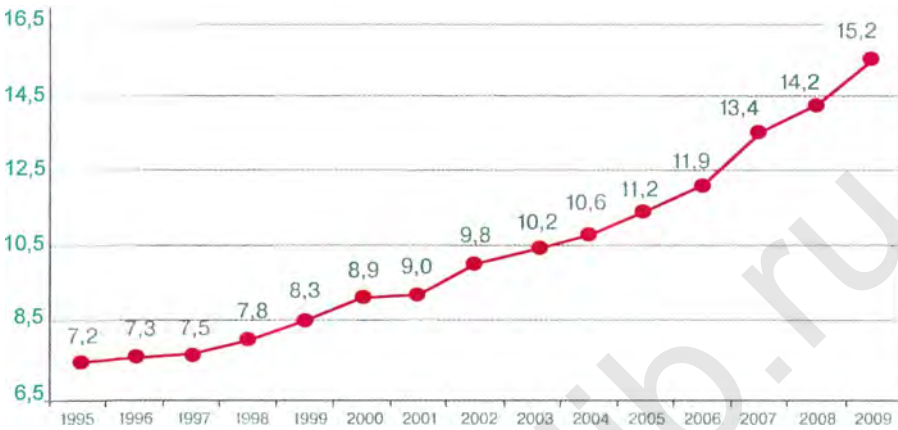


Рис. 5-31. Динамика самопроизвольных абортов в России, % от общего числа абортов.

профилактики и лечения женщин с невынашиванием беременности — своеобразный резерв снижения материнской заболеваемости и смертности, **а также повышения рождаемости.**

Суть проблемы — ухудшение общего и репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста (Хамошина М.Б., 2005). Однако в научных работах, к сожалению, не достаточно убедительно говорится о необходимости сохранения и восстановления репродуктивного здоровья тех женщин, которые перенесли потерю беременности.

Экстрагенитальные заболевания: гипертензия, антифосфолипидный синдром, болезни мочевых путей

Современное акушерство стремится не только к значимому снижению перинатальной смертности, но и к уменьшению перинатальной заболеваемости и инвалидизации детей, рождённых от матерей с низким индексом здоровья.

Согласно новым публикациям, соматическое нездоровье беременных за последние годы значительно усугубилось. Если в 50–60-е годы XX века нездорово-

выми считались 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 соматических проблем беременных прочно удерживают лидерство анемия, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, хроническая артериальная гипертензия (рис. 5-32). Так, анемия у беременных в России встречается в 42%, заболевания мочеполовой системы — в 21%, гипертоническая болезнь — в 11%. По отдельным административным территориям перечисленные показатели различаются в 3–5 раз, что связано с экологическими, социальными и другими особенностями региона.

В цивилизованных странах мира материнская смертность от экстрагенитальных заболеваний находится на первом месте; в России за 2007 год таковая составила 15,8% — третье место после абортa (18,8%) и кровотечений (16,5%). И вот уже 2 года подряд в России в структуре причин материнской смертности экстрагенитальные заболевания занимают первое место — важный цивилизационный процесс (52,7% в 2009 году). При ближайшем рассмотрении становится ясно, что статистика такая закономерна, а смертность — вполне предотвратима.

Объясняются столь высокие цифры экстрагенитальной заболеваемости беременных довольно просто: обречённые в далёком прошлом на трудное существование и раннюю смерть, благодаря успехам различных направлений медицины, в том числе и вспомогательных репродуктивных технологий, эти



Рис. 5-32. Экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности, %.

женщины получили возможность выполнения генеративной функции. И проблема даже не в констатации ежегодного прироста соматической заболеваемости. Чрезмерно велика статистика смертности женщин, имеющих высокий риск материнской и перинатальной летальности, т.е. о риске смерти матерей и детей было известно заранее, но помощь была неадекватной, а главное — неспециализированной.

Подобная ситуация связана с отсутствием полноценного оздоровления женского населения страны начиная с девочек. Соматическая заболеваемость растёт в геометрической прогрессии: уже к началу XXI века прирост составил 20,8%. Треть подростков имеют два экстрагенитальных заболевания и более, а у выпускниц школ эта цифра достигает чудовищных 82%.

Нездоровье подростков прочно связано с понятием «региональных болезней». В эту группу относят состояния, традиционные для некоторых административных единиц, где особенно высока частота онкологических заболеваний, нарушений функций органов пищеварения, мочеполовой системы.

Максимальных цифр достигла частота дефлорационного цистита — 58%, а в совокупности с нерациональным репродуктивным поведением (раннее начало половой жизни, низкая информированность о контрацепции, первый аборт в 16–17 лет) это предопределяет дальнейшие нарушения в гинекологической сфере. Формируются хронические инфекционные заболевания мочеполовой системы, морфофункциональные изменения в яичниках. Табакокурение провоцирует универсальную ангиопатию, при доплерометрии обнаруживаемую как в тканях матки и яичников, так и в сердечно-сосудистой системе, органах дыхания.

Нетрудно предугадать, каков будет репродуктивный потенциал этих ранее 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. Начиная с детской поликлиники и женской консультации удручает **низкий уровень диагностики этих болезней, отсутствие либо запаздывание консультации смежных специалистов.**

Ошибки лечебно-диагностического процесса проистекают, как правило, 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 высокая степень материнской летальности и перинатальных потерь в этих случаях вполне прогнозируема.

Артериальная гипертензия

Вообще проблема гестационной гипертензии 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 — 30–100%. Для беременных с хронической гипертензией прогноз особенно серьёзен.

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 госпитализировать в профильные стационары и они должны оставаться там вплоть до родоразрешения, повсеместно не выполняются. Этот приказ (№808н) вышел в 2009 году — «Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи»; в нём 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. Дальнейшее зависит от «политической воли» руководителей регионального здравоохранения.

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, кроме наблюдения кардиолога. Вся надежда на другой документ — «Порядок оказания кардио-хирургической 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 со стороны смежных специалистов. С одной стороны, специали-

зированные кардиологические, нефрологические, эндокринологические учреждения «боятся» беременных, а тем более только что родивших/родоразрешённых женщин, а с другой стороны, их лечение с точки зрения руководителей этих учреждений **экономически нецелесообразно — официальные тарифы не покрывают затрат**. Поэтому перевод беременной в профильный стационар любого уровня зависит в основном от вышеуказанной «политической воли» руководителей здравоохранения на местах.

Так и получается, что большинство беременных с артериальной гипертензией лечат в отделениях патологии беременных, зачастую неадекватно. В ход идут медикаменты либо малоэффективные (дротаверин, папаверин, в том числе 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 перепоручить их специалистам соответствующего профиля**.

Без своевременной коррекции артериальной гипертензии формируется ранняя фетоплацентарная недостаточность. Кульминация материнского неблагополучия связана не только с декомпенсацией экстрагенитальных заболеваний, но и с теми сосудистыми изменениями, что ускользают от внимания врачей.

Большинство предшествующих беременности заболеваний (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 фетоплацентарной 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 означает стабилизации и изолированная нормализация АД у беременной; под маской благополучия могут прятаться гестоз, про-

грессирующее ухудшение маточно-плацентарного кровообращения. Как правило, гестоз на фоне артериальной гипертензии любого генеза протекает крайне тяжело, плохо лечится, а без своевременной и полноценной медикаментозной коррекции может закончиться эклампсией. Основными причинами смертности при артериальной гипертензии во время беременности и родов могут стать инсульт, ДВС-синдром, отслойка плаценты (также возможна отслойка сетчатки), эклампсия, острая почечная и сердечная недостаточность. Современные принципы ведения беременных с гипертензией базируются на предупреждении острых состояний, однако куда перспективнее были бы профилактика и лечение фетоплацентарной 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. 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 наличие 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 лечению необоснованно, а при реальной необходимости назначений не получают.

У женщин, имеющих доказанный (см. далее) 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:

- наличие в анамнезе сосудистых тромбозов;
- три спонтанных выкидыша и более на сроке до 10 нед, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины невынашивания;
- одну смерть морфологически нормального плода и более на сроке до 10 нед беременности;
- одни преждевременные роды и более на сроке до 34 нед из-за тяжёлого гестоза и/или тяжёлой плацентарной недостаточности.

Лабораторные критерии:

- средний или высокий титр антикардиолипидных антител при исследовании стандартным иммуноферментным методом в двух пробах и более, взятых с интервалом 6 нед;
- наличие волчаночного антикоагулянта в плазме при двух исследованиях и более, сделанных с интервалом 6 нед.

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 (Сидельникова В.М., Соснина В.В., 2002).

К настоящему времени круг патологических состояний, обусловленных циркуляцией антифосфолипидных антител в отсутствие антифосфолипидного синдрома, значительно расширен (Гениевская М.Г., Макацария А.Д., 2000). Сюда входят:

- 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 (H^{aemolysis}, E^{levation of Liver enzymes}, L^{ow 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 антифосфолипидным синдромом.

До беременности:

- нормализация гемостаза;
- коррекция иммунного статуса (противовирусная иммуномодулирующая терапия, поскольку большинство пациенток с антифосфолипидным синдромом — носители вируса простого герпеса, цитомегаловируса, вируса Коксаки типов А и В, энтеровирусов).

Во время беременности:

- глюкокортикоиды 5–10 мг, подбор дозы с учётом активности волчаночного антикоагулянта¹;
- 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 фетоплацентарного комплекса — УЗИ, кардиотокография (КТГ), доплерометрия;
- профилактика плацентарной недостаточности;
- выполнение контрольной гемостазиограммы на 3–5-й день после родов (опасность тромбозов), снижение доз антиагрегантов, антикоагулянтов, постепенная отмена глюкокортикоидов.

Совершенно недопустимо назначение глюкокортикоидов без добросовестной диагностики антифосфолипидного синдрома. Польза такого назначения будет сомнительна, а иммунодепрессивное действие глюкокортикоидов будет неблагоприятно как для матери, так и для плода. И без того 2/3 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 (рекомбинантный протеин С), не снижают частоту потерь беременности. А это очевидный признак того, что антифосфолипидный синдром в большинстве случаев сочетается с какими-либо другими иммунными или генетическими факторами.

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 («Фраксипарином»), мы корригируем тромбофи-

¹ Доказательной базы нет.

лию у матери, а не у плода, так как эти препараты через плаценту не проникают. В качестве альтернативы глюкокортикоидам можно применить плазмаферез или 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 («Эноксапарин», «Фраксипарин») нулевая: в группе приёма препарата и группе контроля пролонгирование беременности происходит у 86% женщин (Bidendorf M., 2007).

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 драматичные исходы. Инфекции мочевыводящих путей значительно повышают риск акушерских и перинатальных осложнений. Беременность, протекающая на фоне пиелонефрита, характеризуется повышенной частотой самопроизвольных аборт и мертворождений, причём никакое лечение существенно повлиять на эту зависимость не может. Уровень неонатальной смертности и недоношенности повышается в 2–3 раза.

Среди 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 (22–28 нед, когда концентрация глюкокортикоидов и стероидных гормонов в крови максимальна; это пик гестационной иммуносупрессии). Всё это подчёркивает целостность системы «мать–плацента–плод» и требует адекватной оценки факторов риска. От состояния организма женщины напрямую зависит риск неблагоприятных исходов беременности.

Прогностически неблагоприятны (повышают риск внутриутробного инфицирования недоношенных новорождённых) материнские факторы риска: инфекционные процессы различной этиологии и локализации, анемия, сердечно-сосудистые заболевания. Их недоучёт приводит к срыву компенсаторных возможностей фетоплацентарного комплекса и во многом определяет исход беременности, в первую очередь, как демонстрирует наше исследование, для плода. Для новорождённых вероятность развития перинатальных инфекционных заболеваний зависит от времени воздействия материнских факторов риска, длительности и особенностей течения заболевания, сроков

диагностики, своевременности и патогенетической обоснованности терапии, наличия компенсаторных резервов матери и плода.

В основе патогенеза декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности при пиелонефрите, отягощённой анемией, лежит системная иммуносупрессия на фоне постоянного антигенного раздражения микроорганизмами, колонизирующими мочеполовую систему. Универсальная гипоксия при анемии усугубляет ангиопатию спиральных, а затем маточно-плодовых сосудов (пульсационный индекс 0,51–1,55 и индекс резистентности 0,37–0,65), нарушая фетоплацентарный гомеостаз.

Как правило, **своевременной профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности такие беременные не получают**. Очевидно, причина этого — незнание патогенеза гестационных осложнений.

Вот ещё один интересный и неочевидный факт. Острый пиелонефрит развивается у 20–40% беременных с бессимптомной бактериурией¹, что позволяет рассматривать данный признак как фактор риска гестационного пиелонефрита. Бессимптомная бактериурия может быть причиной преждевременных родов, поскольку синтезируемые под её влиянием простагландины провоцируют сократительную активность матки. Бессимптомная бактериурия может быть вызвана персистирующим бактериальным вагинозом, это состояние сопровождается примерно 20% беременностей.

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) приводят к удручающему росту частоты пиелонефрита.

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 микрофлоры**

¹ Бессимптомная бактериурия — не диагноз, а один из симптомов хронического пиелонефрита.

ры (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 в 77,7% случаев никто не обращал внимания. Оценка состояния микробиоценоза влагалища вовсе не проводилась у 71,4% пациенток.

Высокая частота обсеменённости этих пациенток условно-патогенными микроорганизмами и грибами рода *Candida* (весьма часто вызывающими инфекционно-воспалительные осложнения у беременных и их новорождённых) подтверждена во многих качественных исследованиях. Преобладание условно-патогенных микроорганизмов в биотопах влагалища над физиологичной микрофлорой было отмечено у 70–81% обследованных; при этом истинная бактериурия встречалась в 44–50% случаев. Идентичность микрофлоры 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 10^2 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.

По результатам проведённых нами исследований 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 полноценная диагностика и лечение анемии не проводятся.

Пути преодоления

Реального снижения материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний можно добиться только путём оздоровления больных женщин до беременности и во время гестации. Работа акушера-гинеколога состоит **не в излечении**

Свою лепту в развитие пиелонефрита вносят и правила ведения родов, например, выполняемая сразу после родов **катетеризация мочевого пузыря** может привести к восходящей инфекции при дисбиозе половых органов. А приписываемый этой традиционной процедуре эффект — снижение частоты послеродовых кровотечений — не выдержал проверки на доказательность: увы, не снижает!

больной от любого соматического заболевания во время беременности, а в **предупреждении и лечении ранней фетоплацентарной 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. 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 врача 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 фетоплацентарной недостаточности.

Все эти направления сводятся к одному — профилактике акушерских и перинатальных осложнений в соответствии со спецификой экстрагенитальных заболеваний. Акушер не должен стремиться к соматическому излечению (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 №808н Минздравсоцразвития (2009): на протяжении всей беременности женщин должны лечить смежные специалисты в профильных (терапевтических, урологических) стационарах. О прогрессе на пути оздоров-

ления беременных с кардиоакушерской патологией 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 осложнения послеродового периода, упоминания о хроническом пиелонефрите и инфекциях мочевыводящих путей. Для облегчения этой работы разработана стратегия перинатального риска (см. главу «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.

Бытовавшее ранее представление о том, что экстрагенитальные заболевания необходимо излечить до наступления беременности, претерпело существенные изменения. Предгравидарное лечение того же пиелонефрита очень важно, но не стоит забывать, что большинство экстрагенитальных заболеваний во время беременности проявятся 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»¹, где акцент был сделан не на лечении экстрагенитальных заболеваний, а на профилактике их негативного влияния на фетоплацентарный комплекс.

Своевременная диагностика и коррекция гемостазиологических, метаболических и иммунных нарушений необходимы на предгравидарном этапе, а динамический контроль — 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.

¹ Апресян С.В. Беременность и роды у женщин с экстрагенитальными заболеваниями. — М.: ПИК РУДН., 2009. — 282 с.; Апресян С.В. Беременность и роды у женщин с экстрагенитальными заболеваниями. Изд. 2-е, редактур. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.

Анемия беременных

Рост перинатальной заболеваемости и смертности связан с прогрессирующим ухудшением здоровья беременных. За минувшие 20 лет более чем в 6 раз возросло число анемий, среди них около 90% — железо-белководефицитные.

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 (пробовали в СССР), ни современное изобилие препаратов железа с различными добавками.

К сожалению, лечение беременных от анемии железосодержащими препаратами даёт сопоставимый неудовлетворительный эффект, безотносительно 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 анемия имеется у 42% беременных. 12% этих женщин страдали от железодефицита и до беременности. Клинические признаки чаще всего появляются во II–III триместрах, после родов симптомы прогрессируют.

Крайние формы железодефицитных состояний, приводящие к летальному исходу, регистрируют в странах Латинской Америки, Африки и Южной Азии; здесь по этой причине умирают до 28 тыс. матерей ежегодно. По данным ВОЗ (2001), в перечисленных регионах показатель материнской смертности от анемии составляет 27–194 на 100 000 живорождённых детей.

С этих позиций нераспознанная и своевременно не вылеченная анемия представляет собой элемент акушерской агрессии.

Основная причина, каковая и составляет основу ятрогении, — **запаздывание лечебных мероприятий, когда лечение начинают после 20 нед беременности.** Именно это обуславливает перечень возможных патогенетических причин неэффективности терапии:

- уже случившееся нарушение 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, что анемию беременных лечат акушеры, 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 перинатальной 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 у девочек Москвы во время исследования (Цатурян С.Я., 2003), способствует усугублению экстрагенитальной заболеваемости, в том числе распространению анемий. Цифры железодефицитных состояний среди юных женщин значительны: в развитых странах — 16%, в развивающихся — до 45%. А у скольких из этих девушек дефицит железа восполняется? Неудивительно, что переход ювенильной анемии в гестационную происходит у 60% пациенток.

Показатель содержания гемоглобина, характеризующий диагноз анемии, до сих пор не обозначен даже в протоколах. Каковы же должны быть диагностические критерии анемии — 110 г/л 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 разница в исходах «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: забор крови проводится во время лечения препаратами железа, не соблюдается время взятия пробы (обязательно утром), неправильно хранятся 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 физиологичную для беременности гемодилюцию. Появились заключения о **ятрогенных последствиях рутинного потребления железа**, неблагоприятных перинатальных исходах вследствие такого лечения.

Некоторые учёные 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, а также в возможности правдоподобной оценки этого «условия».

До недавнего времени считалось, 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 климато-географическими, социально-экономическими (в том числе демографическими) особенностями края. Оказалось, что причина ошеломляющих цифр заболеваемости — нутритивный статус, дефицит белкового питания. В результате внедрения продуктов лечебного питания, включавших энпиты (осветлённую бычью кровь), существенно улучшились не только показатели «красной крови», но также исходы беременности и родов. Впоследствии экономическая ситуация в регионе выравнялась, стали доступны разнообразные продукты питания, однако дефицит белка в рационе компенсировать полностью не удалось. Недостаток белков приводит к анемии алиментарного генеза, в свою очередь обуславливающей нарушение молекулярного биосинтеза протеинов в плаценте.

Нераспознанная 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.

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 Европейская ассоциация акушеров-гинекологов продемонстрировала, что нарушения

гестации преобладают на ранних сроках беременности. Исследователи весьма сдержанно выражали надежду на то, что случаи таких нарушений впоследствии удастся скорректировать.

Был проведён анализ течения и исходов беременности у женщин с анемией в зависимости от сроков начала лечения. Наилучшими оказались результаты у женщин, получавших лечение с ранних сроков (4–12 нед). Основной целью лечения в исследовании было не стремление повысить содержание гемоглобина и количество эритроцитов, а профилактика и лечение ранних признаков плацентарной недостаточности.

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 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. главу «Запоздалая терапия плацентарной недостаточности»).

Важна длительность воздействия анемического синдрома на формирующуюся фетоплацентарную систему: как правило, при анемии беременных плацентарная недостаточность носит вторичный характер. Если при физиологической беременности становление маточно-плацентарной гемодинамики полностью завершается к 17 нед, то при анемии беременных спиральные артерии не претерпевают должных гестационных изменений, остаются прямыми. Если необходимой перестройки 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 развития плода при анемии представлен на рис. 5-33.

Новые исследования показывают, что анемия значительно повышает вероятность реализации инфекционно-воспалительных заболеваний, приводящих к фетоплацентарной недостаточности. Сочетание хронического пиелонефрита



Рис. 5-33. Патогенез задержки роста плода при анемии.

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 к подобным последствиям не приводит. Сходным образом анемия отягощает сифилис, гепатит С и туберкулез у беременных.

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). А между тем широкому распространению инфекционно-воспалительных заболеваний женской репродуктивной системы способствуют раннее начало половой жизни, низкий социальный уровень, недостаток информации о планировании семьи и безопасном сексе.

Анемия, в свою очередь, приводит к дефициту 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 рН.

Многостороннее влияние анемии на гомеостаз организма матери и фетоплацентарную систему изучено достаточно хорошо. В III триместре беременности анемия запускает мощные адаптационные реакции, приводящие к досрочному отторжению фетоплацентарного комплекса. 10–15% родов женщин с анемией осложняются аномалиями родовой деятельности у женщин и синдромом дыхательных расстройств у новорождённых. Послеродовые гнойно-септические заболевания развиваются у 12% женщин.

Влияние анемии на вероятность кровотечения в родах, последовом и раннем послеродовом периоде оказалось неожиданным, хотя и предсказуемым: **у больных женщин частота кровотечений достоверно выше**, чем в группе сравнения, а величина кровопотери обратно пропорциональна содержанию гемоглобина. Не считая преждевременных родов и задержки роста плода, влияние анемии беременных на другие неблагоприятные исходы беременности и родов доказательной базы в соответствии с evidence-based medicine не имеет.

Тем не менее исследователи из Гонконгского университета, ретроспективно проанализировав 14 707 беременностей, убедились в том, что анемия приводит

к разнообразным неблагоприятным исходам и представляет собой серьёзное осложнение беременности. 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, тогда как у младенцев от нелеченых беременных эти показатели достигали 36 и 64% соответственно. Недоношенными также оказались в основном те дети, чьи матери не лечили анемию. Эти данные подтверждают необходимость профилактики и лечения анемии беременных во избежание перинатальных осложнений.

Задача усложняется отсутствием единых стандартов диагностики и коррекции заболевания. Первоочередными вопросами следует признать такие:

- сроки начала лечения;
- оптимальный комплекс оздоровительных мероприятий (медикаментозное и немедикаментозное лечение);
- критерии эффективности терапии;
- особенности родоразрешения женщин с анемией.

Препараты, представленные на российском фармацевтическом рынке, многообразны. Различия — в типах лекарственных форм (таблетки, драже, сиропы, растворы), в количестве солей железа, его валентности, в содержании вспомогательных компонентов (аскорбиновая кислота, фруктоза, витамины). Применяют сульфат железа, глюконат железа, fumarat железа, хлорид железа, протеин сукцинилат железа. Разобраться в этом многообразии непросто. Кроме того, далеко не любая соль железа встраивается в молекулу гемоглобина.

Два главных постулата медикаментозной коррекции анемии:

- железо должно быть связано с белком;
- железо должно быть в форме аскорбината.

Потребность в дополнительном использовании аскорбиновой кислоты возникает при назначении препаратов с двухвалентным железом (кроме препарата «Сорбифер Дурулес», где добавка кислоты уже содержится). Аскорбиновая кислота стабилизирует ионизированное и редуцированное железо, обуславливая его промежуточный обмен.

Но даже не вдаваясь в обсуждение валентности железа (наличие хелатных связей с белком важнее!), следует указать на проведённое в 2002 году на нашей кафедре исследование «Сорбифера Дурулес». Показано, что технология замедленного высвобождения железа в этом препарате обеспечивает пролонгированное всасывание и снижает частоту нежелательных влияний на желудочно-кишечный тракт. Входящая в состав препарата аскорбиновая кислота улучшает абсорбцию железа (Дворецкий Л.И. и др., 2006).

Не менее важно, чтобы железо поступало уже взаимосвязанное с белком. Натуральное питание специализированными диетическими продуктами высокоэффективно и быстро улучшает показатели красной крови.

Пути преодоления

Успех в профилактике материнских и перинатальных осложнений во время беременности достигим 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 гемовое 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;
- короткий интергенетический интервал;
- многоплодная беременность;
- анемия в анамнезе;
- указания на кровопотерю;
- экстрагенитальные заболевания (особенно болезни органов пищеварения);
- хронические инфекции;
- хронические интоксикации.

Исследования (Рымашевский А.Н., 2006) показывают, что пациенток с хроническим пиелонефритом, ВИЧ-инфекцией или гепатитом С следует отнести к группе риска развития анемии после родов. В этом случае нужны профилактические мероприятия для снижения кровопотери в родах, своевременное восполнение объёма циркулирующей крови (ОЦК) и гемоглобина (при необходимости).

Современные диагностические возможности таковы:

- Определение среднего содержания гемоглобина в эритроците (среднее содержание гемоглобина).
- Оценка количества эритроцитов и исследование их морфологической структуры.
- Определение содержания железа в сыворотке крови; при анемии снижено (в норме у женщин составляет 12–25 мкмоль/л).
- Определение 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 отражает процент насыщения трансферрина железом (норма — 16–50%).
- Содержание ферритина в сыворотке крови: снижение этого показателя — наиболее чувствительный и специфичный лабораторный признак дефицита железа.
- Клинический анализ крови — гемоглобин, эритроциты, гематокритное число, скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

Новая стратегия в диагностике железодефицитной анемии состоит в определении индекса соотношения растворимого рецептора трансферрина к ферритину. Это исследование в будущем заменит другие диагностические мероприятия по определению концентрации железа в организме.

Таким образом, о наличии железодефицитной анемии можно говорить в случаях гипохромной анемии (снижен цветовой показатель), сопровождающейся следующими изменениями:

- уменьшение содержания сывороточного железа (менее 12–25 мкмоль/л);
- повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови (более 30–85 мкмоль/л);
- снижение концентрации ферритина в сыворотке крови (менее 15–150 мкг/л);
- повышение латентной железосвязывающей способности сыворотки крови;
- снижение насыщения трансферрина железом (менее 16–50%).

Клинические анализы крови следует проводить 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 бел-

ка трансферрина. Рекомендуются 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 (20%).

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:

- диета (полноценный белок — более 120 г в день, олигопептиды, полиненасыщенные жирные кислоты), употребление продуктов для лечебного питания (добавка «Фемилак» по 45 г/сут или сухая белковая смесь до 12 г/сут);
- назначение суммы токоферолов (витамин Е);
- наиболее универсальные препараты железа (аскорбинаты, например «Сорбифер Дурулес»);
- пробиотики;
- метилксантины;
- витаминотерапия (аскорбиновая кислота, фолиевая кислота).

Этот патогенетически обоснованный комплекс мероприятий показан с ранних сроков беременности. Попутно необходимо восстановить зубиоз слизистых оболочек половых органов, компенсировать хроническую недостаточность плацентарного ложа.

У женщин, лечившихся от анемии в 13–17 нед беременности, количество повторных репродуктивных потерь оказалось в 2 раза меньше, чем при более позднем начале коррекции.

Эффективность раннего лечения подтверждается значительным уменьшением частоты осложнений в родах: преждевременное излитие околоплодных вод — в 2,5 раза реже, аномалии родовой деятельности — в 2,1 раза реже, кровотечения — в 2,3 раза реже, чем у пациенток, лечившихся только во второй половине беременности. Проведённая комплексная терапия положительно сказалась и на состоянии новорождённых: соматический статус и ранняя неонатальная адаптация детей, чьи матери лечили анемию с ранних сроков бе-

ременности, были благоприятнее, чем в группе сравнения (перинатальная заболеваемость уменьшилась на 15,3%).

Комплексная метаболическая терапия позволяет нормализовать метаболизм у матери и плода; эффективность подтверждается результатами доплерометрических, биохимических и функциональных методов исследования. Однако убедительнее всего об эффективности предложенной системы свидетельствует уменьшение частоты осложнений при беременности и в родах (в том числе кровотечений), а также снижение перинатальной заболеваемости в 1,6 раза и перинатальной смертности в 3 раза.

Лечение следует продолжать не менее 3 нед, при этом нормализацию содержания гемоглобина нельзя считать критерием для прекращения приёма препарата. При адекватном лечении препаратами железа в достаточной дозе увеличение концентрации ретикулоцитов отмечают на 8–12-й день, содержание гемоглобина возрастает к концу 3-й нед. Нормализация показателей красной крови наступает только через 5–8 нед от начала терапии. После этого рекомендуется в течение 2–3 мес принимать половинную дозу препарата для восполнения запасов железа в депо организма.

Показания к парентеральному введению препаратов железа:

- непереносимость препаратов железа для приёма внутрь;
- нарушение всасывания железа (неспецифический язвенный колит, энтерит);
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения;
- тяжёлая анемия и жизненная необходимость быстрого восполнения дефицита железа.

Для парентерального применения используют препараты трёхвалентного железа: железа (III) гидроксид полиизомальтозат, железа (III) гидроксид сахарозный комплекс.

Для лечения анемии перспективны новые парентеральные лекарственные формы, обладающие высокой биодоступностью хелатных форм железа и высокой белоксвязывающей активностью («КосмоФер»).

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. главу «Биоценоз»). Обязательна профилактика инфекционных осложнений у новорождённых. Любая предшествующая беременности анемия должна быть пролечена терапевтами. А борьба с осложнениями беременности, вызванными догестационной анемией, требует повышенного внимания к подросткам. Оздоровление юных — 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. Перинатальная направленность современного акушерства обеспечила снижение ранней неонатальной смертности в РФ. Скорее всего, это связано с круглосуточной неонатальной врачебной помощью в СССР с 1987 года: за 25 лет неонатологи стали профессионально состоятельными, появился сурфактант, современные ингаляторы, и ситуация в корне изменилась. При стабильном соотношении показателя мертворождаемость/ранняя неонатальная смертность = 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. 5-34). В России ситуация в целом неплохая, тенденции кажутся хорошими, но тяжелым испытанием станет 2012 год, когда начнут регистрироваться дети массой 500 г (рис. 5-35). В целом антенатальная диагностика остается «чёрным ящиком» перинатологии.

Современные методы исследования плода занимают весьма почётное место в списке мероприятий, якобы способствующих снижению перинатальной и детской заболеваемости и смертности, имеющих не только медицинскую, но и социальную значимость. Крайне важна работа по оптимизации профилактических и лечебных мероприятий для беременных с высоким перинатальным риском.

Бурное развитие технологий в медицине привело к разнообразным крайностям, и сейчас в рамках пренатального обследования электронное мониторирование беременности нередко происходит без оснований. Отношение мирового научного со-



Рис. 5-34. Динамика показателя перинатальной смертности и её составляющих в России, %.

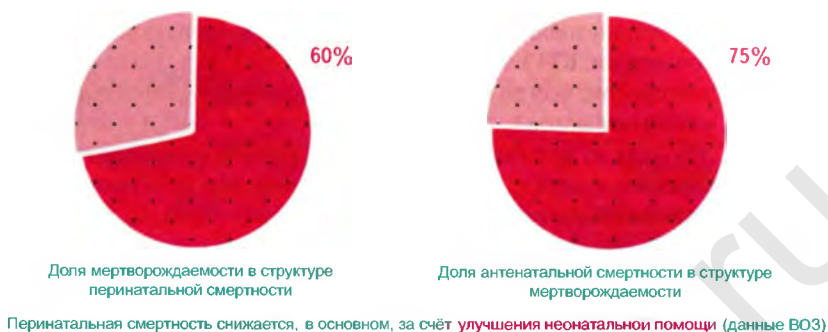


Рис. 5-35. Диагностика состояния плода во всех странах мира ещё несовершенна.

общества к данной проблеме неоднозначно; на акушерских конгрессах и форумах ежегодно кипят оживлённые дискуссии. Чаще всего речь идёт о неправомерности использования неспецифичных и нечувствительных методов диагностики (КТГ, доплерометрия, биофизический профиль плода) в качестве **скрининговых**. Акцент на том, что такое «наблюдение» — пустая трата времени и средств.

Доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) (декабрь 2005 года) обозначил эту проблему в Евросоюзе.

СФДЗ — иницированная и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ информационная служба для лиц, ответственных за принятие решений в системах общественного здравоохранения стран Европейского региона, — чётко постулировала: «Следует предлагать только те меры вмешательства, которые доказали свою эффективность, приносят значительно больше пользы, чем потенциального вреда, а также приемлемы для беременных женщин и их семей». Отмечено, что для современной дородовой подготовки характерно проведение комплексных лечебно-диагностических вмешательств. При этом наблюдается огромное разнообразие диагностических процедур и лечебных методов, применяемых в повседневной практике в различных странах мира. Часть этих методов и приёмов имеет подтвержденное научное обоснование, однако в основе очень многих — лишь устоявшиеся традиции. Степень научной обоснованности рисков и выгод от вмешательств, осуществляемых в ходе дородовой подготовки, является предметом озабоченности многих руководителей и организаторов здравоохранения. К неэффективным мероприятиям Сеть относит:

- Строгий контроль веса беременной, взвешивание на каждом приёме.
- Рутинную пельвиометрию.
- Рутинное бимануальное исследование.

- Рутинное исследование влагалищного микробиоценоза.
- Рутинное использование методов диагностики состояния плода (УЗИ, доплерометрия, КТГ).

Зададимся вопросом: всегда ли действия, предпринятые по результатам исследования, улучшают исход?

Увы, нет. Это одна из причин того, что в мире каждое четвертое КС (25%) не является необходимым, зато 15% не произведены тем, чьи дети попадают в статистику перинатальной смертности и заболеваемости.

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 обоснованные 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».

Из современных методов антенатальной оценки состояния плода чаще всего используют (рис. 5-36):

- аускультацию;
- КТГ (нестрессовый тест);
- УЗИ;
- биофизический профиль плода (вместе с расчётом индекса амниотической жидкости);
- доплерометрию;
- учёт двигательной активности плода;
- измерение высоты стояния дна матки.

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 копчиково-теменному размеру);
- выявить анэмбрионию, многоплодие;
- оценить состояние экстраэмбриональных структур;
- уточнить особенности внутренних половых органов женщины;
- измерить толщину шейной складки плода.



Рис. 5-36. Методы антенатальной оценки состояния плода.

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. Ранее 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.

Итак, 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. Продемонстрированы ограниченные возможности УЗИ в отношении определения макросомии плода, а наибольшая информативность УЗИ признана в отношении диагностики врождённых пороков развития.

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 беременных на поздних сроках и индуцировали роды, но какого-либо улучшения перинатальных исходов не произошло. Ультразвуковое исследование во второй половине беременности не дает ожидаемого эффекта, вследствие того, что фетометрические таблицы перспективно исследовались мало (не учитываются регио-

нальные и расовые особенности), нет 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 рутинно обеспечить невозможно.

Отдельного обсуждения заслуживает ажиотаж, поднятый вокруг трёх- и четырёхмерных УЗИ. Несмотря на определённую рекламу (имеющую скорее коммерческий, а не научный характер), полноценной альтернативой уже имеющемуся диагностическому арсеналу в акушерстве эти методы 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.**

Вопреки сообщениям сторонников 3D/4D-ультразвуковых исследований, утверждающих, что подобные методики способствуют укреплению 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 медицинских показаний может подвергать пациентов биологическим опасностям. Также значительна вероятность медицинских ошибок при выполнении 3D/4D-ультразвуковых исследований неквалифицированным персоналом. Можно говорить и об экономической нецелесообразности, поскольку стоимость таких исследований достаточно высока. В резюме признана необходимость дальнейших исследований для установления порядка ультразвукового обследования беременной, выяснения чувствительности плода и эффективности метода.

Эти данные позволяют говорить о неоправданности бесчисленных скрининговых исследований, поскольку их результаты часто индуцируют ненужные акушерские вмешательства без должной оценки степени перинатального риска.

Ультразвуковая доплерометрия

Этот метод давно и прочно укоренился в комплексе исследований фетоплацентарного комплекса, однако ясности в отношении её информативности и прогностической значимости не достигнуто до сих пор.

В развитых странах доплерометрия вошла в программу скрининговых исследований для II–III триместра и проводится почти всем беременным.

К сожалению, при рутинном назначении не оценивается целесообразность её для тех или иных сроков беременности. 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.**

В большинстве случаев врачи недооценивают тот факт, что истоки гемодинамических нарушений в плаценте, нарушающие нормальное развитие плода, берут начало в ранних периодах гестации. При различных экстрагенитальных заболеваниях и осложнениях беременности нарушения только усугубляются (Радзинский В.Е. и соавт., 2005). Данные, полученные нашим сотрудником Б.С. Демидовым (2000), свидетельствуют, что **ранняя, на пике первой волны инвазии цитотрофобласта доплерометрическая оценка плацентарного кровотока (в маточной артерии, пуповинной и спиральных артериях) позволяет своевременно диагностировать и даже корректировать первичную плацентарную недостаточность.**

Достоверно прогностически значимой в оценке возможных осложнений беременности можно считать комбинированную оценку плацентарного объёма и доплерометрии маточной артерии (Martin A.M. et al., 2001).

Однако ранее незыблемые взгляды на прогностическую ценность нарушения кровотока в маточной артерии **во II триместре беременности** как предвестника гестоза и задержки роста плода в настоящее время подвергнуты сомнению (Isaksson R. et al., 2000). Исследования нашего сотрудника Т.А. Духиной (2001), посвящённые основным закономерностям маточно-плацентарного кровотока на поздних сроках гестации, подтвердили, что доплерометрия в диагностике имеет лишь вспомогательное значение. Опубликованы высказывания о низкой чувствительности и прогностической бесполезности ультразвуковой доплерометрии в отношении гипоксии плода (Хитров М.В. и соавт., 2000), а также о нецелесообразности использования доплерометрии для скрининга во второй половине беременности.

Сведения о характере доплерометрических изменений в различных сосудах **при осложнённой беременности** противоречивы (Медведев М.В. и соавт., 1999). Разброс сведений — от отсутствия значимых различий сопротивления в маточных и спиральных артериях при физиологической и осложнённой беременности до рекомендаций об изолированной оценке кровотока (Carbillon L. et al., 2001).

Рутинный анализ оценки кривых скорости кровотока в артерии пуповины **во II и III триместрах** демонстрирует различную частоту перинатальных потерь при нулевых значениях и реверсном диастолическом кровотоке (Yamamoto R.M. et al., 1999). Полагают, что при реверсном диастолическом

кровотоке в пуповинной артерии после 30 нед перинатальных потерь быть не должно, если не имеется сопутствующих хромосомных аномалий (Kurkinen-Raty M. et al., 1997). В других исследованиях при нулевых значениях диастолического кровотока в этой артерии перинатальные потери составили 7-36,6%, а при реверсных значениях — 27-73,7% (Miyadahira S. et al., 1998; Schmidt W., Ertan A.K., 1999). В диссонанс указанным данным констатирована и крайне высокая значимость реверсного диастолического кровотока в пуповинной артерии в конце II и в III триместрах. В последнем случае показатель трактовался как предвестник гибели плода в течение 48-72 ч (Медведев М.В. и соавт., 1999).

С другой стороны, сопоставимость метаболических нарушений (регистрируемых с помощью кордоцентеза) с критическим диастолическим кровотоком в пуповинной артерии, по данным разных авторов, сильно варьирует — от указаний на гипоксию и ацидоз у 88% плодов до всего лишь компенсированных циркуляторных изменений (Redman C.W.G., 1989; Madazli R. et al., 2001; Yhk Y.K. et al., 2001).

Ряд исследователей указывают на синхронность появления переменных децелераций на КТГ и увеличение индекса резистентности в пуповинной артерии. Одновременно они подчёркивают, что при ранних децелерациях сосудистое сопротивление не меняется (Sakai M., 1997). По свидетельству других специалистов, в 50% исследований показатели критического кровотока в пуповинной артерии регистрировались за 1-50 дней до патологических результатов КТГ (Schmidt W., Ertan A.K., 1995).

Согласно данным J. Gardosi (2005) из Великобритании доплерометрия пуповинных артерий полезна лишь для прогноза маловесности плода и оценки тяжести плацентарной недостаточности, а данные о состоянии маловесного плода в момент исследования оказываются недостоверными.

Таким образом, информативность оценки кровотока в пуповинной артерии в наше время оценивается по-разному. Взгляды различаются: от признания высокой информативности в диагностике плацентарной недостаточности (Логвиненко А.В., 1990) до дифференцированного — анализ кровотока лишь подтверждает тяжёлые декомпенсированные формы плацентарной недостаточности, когда назначение медикаментов уже малоэффективно (Bartha J.L. et al., 1998; Ott W.J. et al., 1998).

Полагают, что изолированное исследование пульсационного индекса средней мозговой артерии плода (СМА) не представляет диагностической ценности (Nabek D. et al., 2003; Ozeren M., 1999) в отличие от комплексной оценки гемодинамики плода, сокращающей число ненужных вмешательств и неблагоприятных перинатальных исходов (Meyberg R. et al., 2000; Varol F. et al., 2001). Имеются и противоположные данные, демонстрирующие, что оценка кровотока

в СМА — наилучший неинвазивный тест для диагностики фетальной анемии (Dubiel M. et al., 2002; Varol F. et al., 2001).

С другой стороны, есть и утверждения о нецелесообразности оценки кривых скорости кровотока в СМА у пациенток с нормальными показателями кровотока в пуповинной артерии, а также аорте плода. Эта точка зрения основана на том, что у плодов с задержкой роста не обнаружено корреляции между неблагоприятным перинатальным исходом после 34 нед гестации и соотношением пульсационных индексов СМА и пуповинной артерии (Bahado-Singh R. et al., 1999). Возможно, что более информативна оценка этого индекса у плодов с гестационным возрастом менее 32 нед (Fong K.W. et al., 1999). Однако при сравнительном анализе кривых скорости кровотока в СМА, передних и задних мозговых артериях у 221 беременной с артериальной гипертензией выявлена сильная корреляционная зависимость между перинатальным исходом и признаками централизации кровотока в передней мозговой артерии (Dubiel M. et al., 2002).

Критические изменения кровотока в СМА с реверсными значениями диастолического компонента также вызывают разногласия в трактовке. Некоторые утверждают, что возможны полная нормализация такого кровотока и благоприятный перинатальный исход, другие считают, что подобная картина говорит о серьёзном позднем нарушении гемодинамики у плода, и его гибель неизбежна (Konje J.C, 2001; Respondek M., 1997).

Полагают, что исследования кровотока целесообразны, если проводятся минимум в трёх сосудах плода (Detti L. et al., 2002). По мнению других авторов, реальная оценка состояния плода не зависит от количества исследуемых сосудов, а информативнее всего сведения о кровотоке в самых «простых» сосудах (маточная и пуповинная артерии), поскольку изменения в других бассейнах носят, как правило, вторичный характер (Юдина Е.В., 2002). Большинство исследователей предпочитают оценивать кровоток в двух артериях плода (одной периферической и одной центральной), поскольку это даёт возможность оценить централизацию кровотока (Meyberg G.C., 1996).

Тем не менее как бы ни критиковали прогностическую ценность доплерометрии в акушерстве, на сегодня этой методике нет альтернативы, поэтому так актуален поиск новых подходов к антенатальной диагностике состояния плода и прогнозированию перинатальных исходов.

Анализ экономической рентабельности доплерографических исследований в Дании (где их проводят ежегодно по 3,4 на каждую беременную) продемонстрировал необоснованность существующей тактики; аналогична ситуация и в России.

Данные о ценности доплерографической эхокардиографии (ЭхоКГ) плода, когда-то звучавшие убедительно, в настоящее время требуют дальнейшего изу-

чения в отношении клинической информативности; исследование часто проводят совместно с оценкой гемодинамики матери в случае беременности с высоким перинатальным риском. Некоторые исследователи полагают, что доплерометрия уступает КТГ в диагностике дистресса плода.

Кардиотокография

Кардиотокография распространена повсеместно, однако вследствие субъективности трактовки (нет унифицированной оценочной шкалы) её информативность в последние годы также ставят под сомнение; кроме того, на показатели могут влиять лекарственные средства, принимаемые беременной. Рекомендации ВОЗ хорошо известны: электронный мониторинг сердцебиения плода не должен быть **рутинной** процедурой.

Несмотря на дискуссии, КТГ уже давно признана оптимальным методом оценки состояния плода. Широкое использование КТГ во время беременности и в родах позволило за 15 лет (с 1981 по 1995 год) снизить перинатальную смертность с 15,2 до 3,7%, т.е. в 4,1 раза (Salamalekis E. et al., 1997). Кроме того, существует чёткая корреляция между показателями антенатальной КТГ, патологическими изменениями рН крови плода и состоянием новорождённого. Популярность антенатальной КТГ в Германии (86,4% беременностей) коррелирует с высокой информативностью, ранним обнаружением и коррекцией патологических состояний плода. Не вызывает сомнений высокая эффективность данного метода (от 60 до 95% в зависимости от срока беременности).

Однако со временем всё больше становится свидетельств субъективизма при оценке мониторных кривых КТГ «вручную». Детальный анализ эффективности показал, что частота ошибочных заключений в США достигала 37–78% (Медведев М.В., Юдина Е.В., 1998). В частности, экспертная оценка материала одним и тем же исследователем в разное время оказалась неодинаковой. При сравнении заключений по одному и тому же материалу коэффициент корреляции оказался удручающе низок — 0,43 (Soncini E. et al., 2000). Наибольшее число отклонений было отмечено при сопоставлении результатов традиционного и компьютеризированного анализа кривых КТГ. Причиной разногласий в «технической» и «человеческой» оценке наиболее часто была интерпретация акцелераций: расхождение по большему элементам достигало 2,8%, по иным — 6,6%. Наибольшие затруднения отмечали при трактовке variability ритма, особенно децелераций.

Большинство учёных в ошибочности результатов КТГ обвиняют малую длительность исследования. Разброс продолжительности КТГ, обеспечивающей объективность полученной информации, **варьирует от 30 до 60 мин** (Bishop E.H., 1981; Devoe L.D., 1980). В противовес этому существует мнение

о надёжности данных, полученных за 10 мин в тестовом режиме: если после шевеления плода регистрируется только одна акцелерация (а не две, как положено) либо их нет вообще, следует увеличить время исследования до часа (Shifrin B.S. et al, 1975). Однако подобные «тестовые» КТГ не решают проблему затратности исследования и его качества, а сокращение длительности КТГ таит в себе опасность недооценки состояния плода.

Для диагностики длительного патологического состояния плода оценка изменений его сердечной деятельности в ответ на собственную двигательную активность малоинформативна. Нередко, глядя на график, трудно определить, откуда происходила регистрация кардиотокограммы, с аорты матери или сердца плода? Отличить материнское сердцебиение от сердечной деятельности плода без компьютеризированной оценки кривых кардиотокограммы очень затруднительно.

Результат исследования сомнителен всякий раз, когда регистрация приходится на фазу сна плода: монотонная кривая не даёт уверенности в том, что плод просто двигательльно спокоен, а вдруг это выраженное ухудшение его состояния? Получение таких сомнительных результатов, позволяющих заподозрить страдание плода, крайне нежелательно, поскольку возрастает частота необоснованных экстренных вмешательств.

Подсчитано, что традиционные методы оценки кривых КТГ уступают в информативности автоматизированным способам в пределах 15–20%. Для повышения точности оценки состояния плода некоторые авторы предложили методику балльной оценки, а затем дополнили её способом математической расшифровки кардиотокограмм (Готье Е.С. соавт., 1982; Krebs H.V. et al., 1978). Наиболее популярные классификации предложены К. Hammacher в 1967 году и группой исследователей во главе с W.M. Fisher в 1976-м. А в 1994 году Grignaffini A. и его сотрудники разработали компьютерные системы интенсивного наблюдения плода, повышающие эффективность КТГ. По исследованиям иностранных авторов, разброс эффективности даже компьютеризированной оценки состояния плода при задержке роста весьма значителен, в среднем составляет 72,8–83,6%.

Нестрессовый тест

Перспективность и ценность нестрессового теста (Абрамченко В.В., Шабапов Н.П., 2004; Николаева Е.И. и соавт., 1998) нивелируются утверждениями о возможности субъективной трактовки результатов (Сичинава Л.Г., 1993).

В исследовании С.Э. Сорокиной (2005) было показано, что сердечный ритм со сниженной вариабельностью, а также наличие децелераций (особенно в поздних сроках) — фактор риска асфиксии плода в родах и его гибели в перинатальный период. Причиной появления патологических маркеров при КТГ во время родов может быть нарушение функции плаценты. При этом в 21% случаев гибели плода в перинатальный период изменений при КТГ не было, что

Таблица 5-9

Частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов при исследовании биофизического профиля плода

Тест	Частота ложноположительных результатов	Частота ложноотрицательных результатов
Стрессовый тест	30–50%	1/1000
Нестрессовый тест		4/1000
БФПП		1/1000

свидетельствует о необходимости комплексной оценки состояния плода. Такой разносторонний мониторинг возможен при комбинированном использовании эхографии и КТГ (Демидов В.Н. и соавт., 1994; Кулаков В.И., 1997).

Результаты сравнительного анализа, приведённые в таблице 5-9, подтверждают частоту ложноположительных результатов при исследовании биофизического профиля плода, проведении стрессового и нестрессового тестов.

И вот ещё материал «к размышлению» (рис. 5-37). 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 (Goddard R., 2001).
- КТГ имеет смысл проводить только в сочетании с определением рН крови из предлежащей части плода, особенно при появлении патологических изменений на кардиотокограмме. Такой алгоритм может быть дополнительным методом исследования при осложнённых родах (Enkin et al., 2000).

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 считаются равнозначными по эффективности. Недостаток обоих способов — субъективность при интерпретации.

- Методика Кардиффа: начиная с 9.00 в положении лёжа или сидя женщина концентрируется на движениях плода. Следует определить, сколь-

ко времени уходит, чтобы плод сделал 10 движений. Если плод не сделал 10 движений до 21.00, необходимо обратиться к специалисту для оценки состояния плода.

- Методика Садовски: 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.

Подмечено, что рутинный подсчёт шевелений плода учащает констатацию сниженной активности плода, повышает частоту обращений к дополнительным методам оценки состояния плода, повышает вероятность госпитализации беременной и проведения индуцированных родов. А вот данные о том, что подсчёт шевелений плода помогает предотвратить антенатальную гибель плода в поздние сроки, до сих пор никем не представлены.

Таким образом, 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.

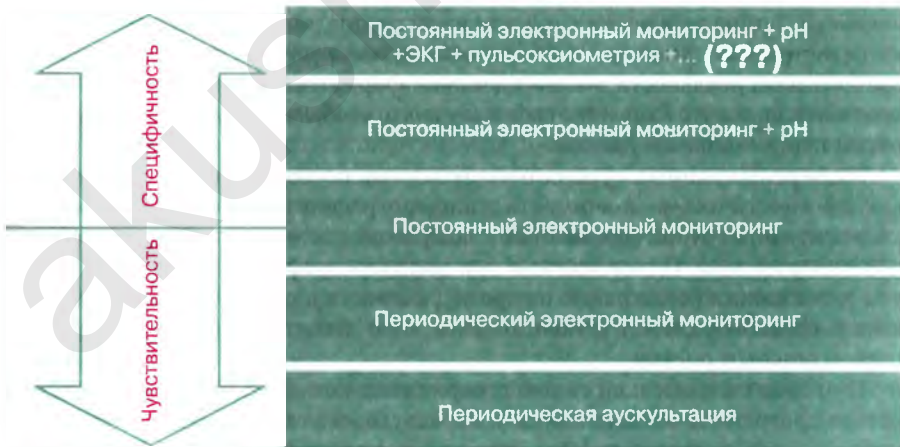


Рис. 5-37. Чувствительность и специфичность различных интранатальных тестов.

Пути преодоления

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.

Следует **пересмотреть устоявшуюся практику многократных УЗИ у беременных с низким перинатальным риском**. УЗИ должно быть «...ровно столько, сколько необходимо» (принцип ALAR — *as low as reasonably achievable*). Так что если в I триместре беременность была расценена как имеющая низкий перинатальный риск, следует отказаться от дальнейшего электронного мониторинга.

Скрининговое УЗИ в этом случае проводят только в I триместре беременности. Многоцентровыми исследованиями, проведёнными в США, была подтверждена высокая эффективность в это время ультразвукового скрининга по измерению воротниковой зоны плода. При совместном анализе данных биохимического исследования крови и толщины воротниковой зоны по УЗИ диагностика синдрома Дауна достигала 87%.

Ультразвуковую доплерометрию следует использовать **дополнительно** у пациенток, относящихся к группе повышенного риска по различным осложнениям 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, т.е. метод малоинформативен. Поэтому нежелательно его использовать в качестве скринингового, чтобы выделить пациенток с высоким перинатальным риском.

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 средней и высокой степенях перинатального риска следует придерживаться программы обязательного ультразвукового скрининга в 10–14, 18–22 и 32–34 нед беременности. Для каждого из этих сроков разработаны чёткие указания по объёму УЗИ, задачам исследования, а также рекомендации по ве-

дению беременности в случае обнаружения внутриутробных пороков развития и других отклонений.

- При УЗИ в 10–14 нед определяют число плодов в матке, их жизнеспособность, уточняют срок беременности, состояние назальных косточек, измеряют воротниковое пространство, определяют грубые анатомические пороки и т.д.
- При УЗИ в 18–22 нед основное внимание уделяют анатомическим особенностям строения плода, его размеры, соответствие фетометрических параметров сроку беременности. Обращают особое внимание на возможные врождённые пороки развития, исследуя эхографические маркеры хромосомных болезней, количество околоплодных вод, аномалии плаценты и пуповины.
- УЗИ в III триместре (30–34 нед) нацелено на уточнение анатомических и функциональных особенностей плода, обследование систем жизнеобеспечения (сердце, пуповина, плацента, оболочки); на основании полученной информации в том числе принимают решение о возможной оперативной коррекции некоторых пороков, вырабатывают тактику и стратегию родов.

Доказана целесообразность УЗИ в особых клинических ситуациях:

- для уточнения признаков жизнедеятельности или гибели плода;
- для оценки развития плода с подозрением на задержку его роста;
- для определения локализации плаценты;
- при многоплодной беременности;
- для оценки объёма амниотической жидкости при подозрении на много- или маловодие;
- для уточнения положения плода;
- при некоторых инвазивных вмешательствах.

Оценка шевеления плода — простой диагностический метод, подходящий для комплексного анализа состояния плода при беременности высокого риска. Женщинам следует рекомендовать неформальное наблюдение за шевелениями плода — для самоконтроля.

Доказаны малоинформативность и бесполезность однократного выполнения КТГ вне зависимости от результатов. Правильнее оценивать **динамику** кардиотокографических изменений. Более того, оценка кардиотокограмм обоснована только в динамике получения однотипных показателей, лучше через 1–2 сут.

Этим, в частности, объясняется отказ от кесарева сечения в интересах плода с опорой на данные, полученные при КТГ. Представление о целесообразности вмешательства можно получить **лишь при сочетании доплерометрии и оценки биофизического профиля плода**. Это повышает эффективность



Рис. 5-38. Зависимость между функциональными проблемами в родах и частотой экстренных кесаревых сечений.

лечебных мероприятий, в том числе во время родов. **Предпочтительна автоматизированная расшифровка кардиотокограммы.** Это позволяет нивелировать погрешности, проанализировать информацию о состоянии плода, определить тактику ведения беременности и выбрать способ родоразрешения. С учётом вышесказанного КТГ показана только при внезапном ослаблении шевелений плода или при дородовом кровотечении.

Подобные рекомендации призваны снизить перинатальную смертность и ограничить необоснованные акушерские вмешательства.

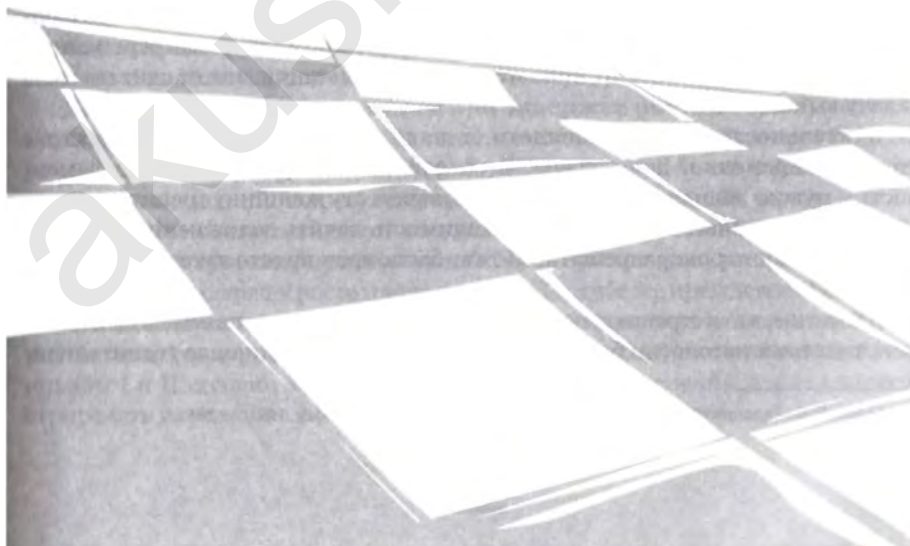
Ещё более важен выработанный для каждого стационара комплекс оценки состояния плода в родах. Это удел каждого учреждения. Необходимо только помнить, что «слишком» — не всегда хорошо. Вот как учащается частота КС при использовании электронного мониторинга и pH (при несущественных различиях показателей перинатальной смертности) (рис. 5-38).

А вот мысли специалистов:

- Применение КТГ при поступлении не имеет преимуществ по сравнению с периодической аускультацией, но приводит к увеличению количества вмешательств.
- КТГ не является необходимым исследованием в родах у женщин с низким перинатальным риском (Goddard R., 2001).
- КТГ имеет смысл проводить только в сочетании с определением pH крови из предлежащей части плода, особенно при появлении патологических изменений.
- КТГ может быть дополнительным методом исследования при осложнённых родах (Enkin et al., 2000).

ГЛАВА VI

Отделение патологии беременных



Неизменная агрессивность акушерской тактики, берущая начало в женской консультации и перетекающая в отделения патологии беременных, заставляет нас максимально критично подходить к оценке этого явления.

Основными элементами акушерской агрессии перед родами могут быть:

- необоснованная госпитализация (недоиспользование стационарзамещающих технологий или слишком ранняя дородовая госпитализация);
- полипрагмазия;
- программированные роды при «незрелой» шейке матки;
- использование эстрогенов для подготовки родовых путей;
- длительное, не основанное на клинических и функциональных признаках неблагополучия, пребывание в стационаре «до победного конца», т.е. до родоразрешения («симптом крокодила»);
- необоснованная амниотомия.

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 начинать рано, послезавтра — поздно. Значит, завтра!»

В. Маяковский, «В.И. Ленин»

Итак, проблема необоснованной госпитализации в отделение патологии беременных. Совершенно справедлив вывод, закономерно вытекавший из Приказа МЗ СССР №430 (1981 год): «Своевременно госпитализировав беременную высокого риска в стационар, врач женской консультации может считать свою задачу выполненной¹».

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 госпитализи-

¹ Голола В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: «Здоровье», 1983. — 204 с.

ругуют только беременных с артериальной гипертензией. Как правило, речь идёт о «гестозе», или «преэклампсии» (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 отделения патологии беременных в России — пациентки с плацентарной недостаточностью, часто уже с декомпенсированной стадией, задержкой роста плода. Однако мировые исследования совершенно убедительно доказали, что лечение, начатое слишком поздно (а в III триместре — безусловно поздно), оказывается неэффективным и лишь усугубляет тяжесть хронической плацентарной недостаточности. 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 произошло 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 удалось 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 на фоне задержки роста плода подобного консенсуса исследователей нет.

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, 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. раздел «Полипрагмазия»).

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 тему¹. 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.

¹ См. Приложения: «Защищённые диссертации, выполненные под руководством В.Е. Радзинского (утверждённые ВАК СССР и ВАК РФ)».

Напоследок — ещё раз о полипрагмазии на этапе акушерского стационара. Здесь очень любят назначать 4–5 препаратов «для улучшения маточно-плацентарного кровотока». Некорректность этого представления объяснить просто — в природе не существует, а в мире не создано средств, избирательно улучшающих маточно-плацентарное кровообращение.

Пути преодоления

Чтобы избавить стационары от необоснованных госпитализаций в отделения патологии беременных и полипрагмазии, следует шире применять стационар-замещающие технологии. 80% беременных, 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 обследование и комплексное воздействие, в том числе на психику женщины. Такое амбулаторное или полумбулаторное оздоровление **применимо ко всем осложнениям беременности, кроме трёх — гестоза, кровотечения и угрожающих преждевременных родов.**

Рассуждая о необходимости упорядочивания 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 у плода и круглосуточного острого токолиза. В отношении гестоза есть стандарт: госпитализация в любом сроке, 2–3 дня осмотерапии магнием (см. раздел «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 МЗ РФ от 09.12.1999 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 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 состояния 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;
- догоспитальная помощь женщинам, если в стенах женской консультации развились неотложные состояния;
- реабилитация и оздоровительное лечение беременных.

Пребывание в дневном стационаре в среднем продолжается 10–12 дней, однако при ухудшении состояния и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременную незамедлительно госпитализируют.

Несомненные преимущества дневного стационара — возможность оказания помощи, не доступной 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 (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;
- 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 (Радзинский В.Е., Смалько П.Я., 1992, 2001).

Невзирая на проводимое лечение, случаев задержки роста плода меньше не становится. В среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела. Маловесность при рождении — сопутствующий диагноз в 87% ситуаций, заканчивающихся гибелью младенца. 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 среди маловесных детей не только не улучшает, но наоборот, умножает печальные показатели перинатальной 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 даже к возрасту 1 года.

Дети, имевшие задержку роста внутриутробно, 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 фетоплацентарную недостаточность.

С середины XX века термин «плацентарная недостаточность» фигурирует в Международной классификации болезней (МКБ). Казалось очевидным, что решить проблему просто — вовремя обнаружить и затем полноценно вылечить. Как это часто бывает, на практике дело оказалось сложнее, чем выглядело вначале.

Прежде всего были не вполне понятны пусковые механизмы патогенеза плацентарной недостаточности. Имея представление о том, что фетоплацентарная 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 «фетоплацентарная 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 болезненностью¹ «рожающего контингента женщин».

¹ 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.

Возьмём официальные данные Всеобщей диспансеризации детей и подростков начала XXI века и сравним их с цифрами 70-х годов XX века. Заболеваемость детей увеличилось в 1,5 раза, подростков — в 2 раза. 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 инфекциях, передаваемых половым путём, и 58% женщин, перенёсших дефлюорационный цистит!). Если присовокупить гинекологические заболевания подростков и юных женщин (цифры различаются, но ниже 40% нет), а также вредные привычки (распространённость одного лишь курения достигает 60-65%), то неудивительно, что болезненность зашкаливает за 100%! (У одной женщины может быть сразу несколько заболеваний.)

Но и это ещё не всё. Наиболее разрушителен для репродуктивного здоровья хирургический аборт при первой беременности. Средний возраст сексуального дебюта в РФ (равно как и в Европе) составляет около 16 лет. К этому периоду жизни 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. Это приводит к мысли, что пусковые механизмы плацентарной недостаточности следует искать глубже — не в плаценте, а в самой матке (см. главу X, раздел «Аборт»).

При подобном анамнезе к моменту желанной беременности матка представляет собой «свечу, горящую с двух сторон».

В совместных работах с А.П. Миловановым (2004) мы неоднократно отмечали хронический продуктивный эндометрит у каждой третьей-четвёртой женщины, обратившейся в стационар для аtriфициального аборта. А ведь они считались «репродуктивно здоровыми», ведь беременность прогрессировала!

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 в матке).

Итак, когда же возникает плацентарная недостаточность, как можно её прогнозировать и лечить? Чтобы оценить ангиопатию сосудов матки, возникающую вследствие курения табака, гипертонической болезни, пиелонефрита и анемии, посмотрим, как различаются маточно-плацентарные артерии в норме и при лёгкой степени анемии. Это наиболее частая форма нарушения; кровообращение матки неполноценно с момента наступления беременности и до её завершения (рис. 6-1).

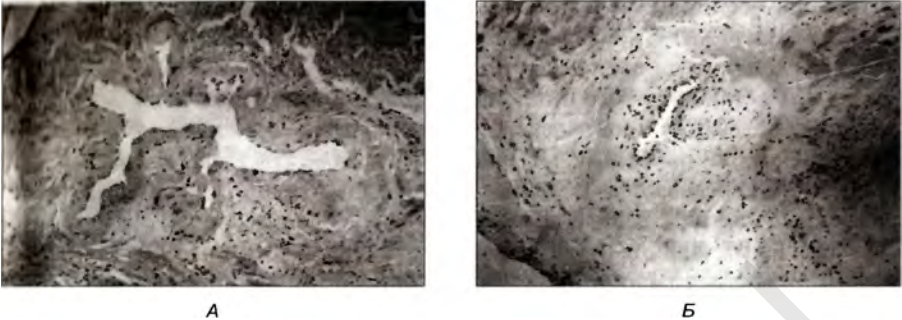


Рис. 6-1. Морфологические особенности плацентарного ложа при физиологическом течении беременности и на фоне анемии. А — нормальные гестационные изменения спиральной артерии, расположенной в миометрии. Б — отсутствие гестационных изменений, узкий просвет сосуда, сохранение эластичности мембран в эндометриальном сегменте.

Дефектна и структурно-функциональная организация цитотрофобласта: из-за неполноценности инвазии обеспечить зародыш и эмбрион физиологичным обменом веществ с матерью в положенные сроки не удаётся.

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 вреднее 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.

Весьма распространённый вид акушерской агрессии — катастрофическое запаздывание лечения при задержке роста плода. Нередко за эту работу «хватаются» лишь в III триместре беременности, и запоздалая терапия никак не может изменить ход внутриутробных событий.

Дело в том, что средств, избирательно улучшающих маточно-плацентарный или плацентарно-плодовый кровоток, в современной медицине не существует. Поэтому любые препараты, применяемые после завершения второй волны инвазии цитотрофобласта, действуют на весь организм, включая фетоплацентарную систему, улучшая метаболизм, стимулируя антиоксидантные реакции. Однако о том, чтобы **излечить** задержку роста плода II–III степени или хотя бы уменьшить тяжесть нарушения после 28 нед беременности, можно только мечтать, и то в далёкой перспективе.

**ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ
ВЫЗЫВАЮТ
УНИВЕРСАЛЬНУЮ
АНГИОПАТИЮ**



**ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ
ПРОЦЕСС ВЫЗЫВАЕТ
СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
В ЭНДОМЕТРИИ
"ОКНО ИМПЛАНТАЦИИ"
НЕ ФОРМИРУЕТСЯ,
СТРАДАЕТ ТАКЖЕ
ПЕРВАЯ ВОЛНА ИНВАЗИИ
ТРОФОБЛАСТА**

Вот 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 просчитать 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.

Очевидно, внутриутробное неблагополучие стартует на этапе формирования микроокружения эмбриона человека. Рост экстраэмбриональных структур отстаёт от развития зародыша, а впоследствии это приводит к неполноценности фетоплацентарной системы в целом.

С этих позиций интересна иллюстрация естественного хода морфологических событий в фетоплацентарной системе на протяжении II триместра физиологической беременности (Читиашвили Л.Н., 2006). Parietalный эндометрий, ворсины плаценты и маточно-плацентарной области в эти сроки претерпевают мощные морфологические изменения.

- В 19–20 нед уже сформированы плодные оболочки с выраженной структурной 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).



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, увеличение в 40 раз.

- 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, т.е. 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 гестации продолжается структурная регрессия эндометриальных желёз спонгиозного слоя; вторая волна цитотрофобластной инвазии в маточно-плацентарной области окончательно останавливается. Дифференцировка 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 рис. 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.

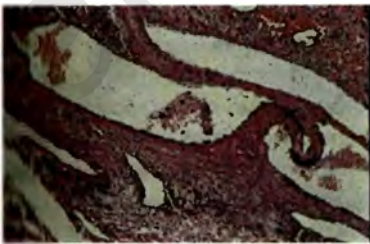


Рис. 6-3. Гистологический препарат плаценты II триместра. Эндометриальный сегмент маточно-плацентарной артерии имеет мешковидный просвет, произошла полная гестационная перестройка стенки сосуда. Окраска гематоксилином и эозином, по Маллори, увеличение в 40 раз.

А вот в крови матери всё наоборот: эндометриальных белков и плацентарного лактогена немного (рис. 6-4), а прирост плацентарного белка максимален (рис. 6-5).

Представив себе тенденции изменений фетоплацентарного гомеостаза при физиологической беременности, легче сделать правильные выводы о причинах неэффективности антенатальной терапии. В конце II триместра завершение формирования фетоплацентарной 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.



Рис. 6-4. Содержание эндометриальных белков в гомогенатах эндометрия обследованных женщин, нг/мл.



Рис. 6-5. Содержание плацентарного белка в биологических жидкостях обследованных женщин, нг/мл.

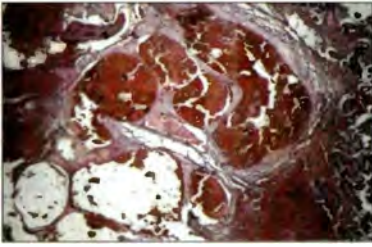


Рис. 6-6. Гистологический препарат плаценты II триместра. В эндометриальных сегментах маточно-плацентарных артерий сформировался массивный тромбоз. Окраска гематоксилином и эозином, по Маллори, увеличение в 40 раз.



Рис. 6-7. Гистологический препарат плаценты II триместра. Формирование ретроплацентарной гематомы. Окраска гематоксилином и эозином, по Маллори, увеличение в 40 раз.

При морфологически подтверждённой плацентарной недостаточности во II триместре первыми страдают эпителиоциты желёз париетального эндометрия и децидуальные клетки маточно-плацентарной области. Одновременно происходит заметное падение концентрации эндометриальных белков в местах их синтеза и 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 в 53,3% случаев миометриальные сегменты маточно-плацентарных артерий гестационных изменений не претерпели или трансформация оказалась неполной. В 22,2% случаев регистрируется воспалительная инфильтрация.

Согласно различным международным 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.

Несколько иначе выглядят наши результаты исследования концентрации плацентарного лактогена 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 фетоплацентарной 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). Таким образом, профилактические мероприятия актуальны и необходимы **до 16–17 нед беременности**.

Для прогнозирования состояния плода и своевременного обнаружения признаков плацентарной недостаточности разработаны информативные методики:

- определение реактивности иммунной системы методом ELI-P-теста до 12 нед;
- исследование генотипа матери для поиска аллеля PL-AP гена *GP IIIα*;
- 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-AP гена *GP IIIα*. Встречаемость данного аллеля среди 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-AP — серьёзнейший признак, свидетельствующий о неизбежности задержки роста плода.

Таблица 6-1

Распределение новорождённых в зависимости от объёма лечения матерей

Группы	n	Получавшие «комплексную» терапию количество женщин (%)	Не получавшие «комплексную» терапию, количество женщин (%)
Преждевременные роды	165	44,2% (73)	55,8% (92)
Доношенная беременность и задержка роста плода	105	44,8% (47)	55,2% (58)
Преждевременные роды и задержка роста плода	100	52% (52)	48% (48)

Одно из условий нормального эмбриогенеза — поддержание физиологических концентраций естественных регуляторных аутоантител, взаимодействующих с белками ОБМ, S100, АСВР14/18 и МР65 (Полетаев А.Б., Вабищевич Н.К., 1997). 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.

Задержка роста плода происходит из-за нарушений иммунореактивности и апоптоза, вследствие повышения концентрации провоспалительных интерлейкинов-1 β и -6, фактора некроза опухоли 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 году¹.

Итак. Плацентарная недостаточность — поликаузальный синдром, развивающийся при болезнях и нарушениях в организмах матери и/или плода на молекулярном, клеточном, тканевом и органном

¹ Авторское свидетельство №1232220 «Способ диагностики плацентарной недостаточности». Авторы: Радзинский В.Е., Смалько П.Я., Корнюшина Т.В. Заявка №3591735 с приоритетом от 21 февраля 1983 года. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР 22 января 1986 года.

уровнях, реализующийся в компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной формах.

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 внеутробную адаптацию, но не снижали антенатальную смертность этих детей.

Конгресс Европейской ассоциации акушеров-гинекологов (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 у 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 факторы в 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-плацентарный 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



Рис. 6-8. Маловесность при рождении — основной фактор риска сокращения продолжительности и ухудшения качества человеческой жизни.

ситуации состоит в том, что донашивание беременности, на что брошены все врачебные ресурсы и усилия, **не обеспечивает благоприятного течения неонатального и младенческого периода.**

Число антенатально гибнущих детей не снижается. Это свидетельствует о том, что диагностика субкомпенсации и декомпенсации плацентарной недостаточности неудовлетворительна, т.е. 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 фетоплацентарной 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 фетоплацентарной 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 предгравидарной подготовки.**

Пути преодоления

Коррекция нарушенного фетоплацентарного гомеостаза в ранние сроки беременности

Итак, антенатальное лечение нарушений фетоплацентарного гомеостаза неэффективно потому, что формирование фетоплацентарной системы в эти сроки уже завершилось, сформировалась ангиопатия с нарушением состава мембранных белков. В связи с этим необходимы:

- ранняя (желательно доклиническая) диагностика хронической плацентарной недостаточности;
- профилактика осложнений у беременных групп риска в сроки гестации, соответствующие первой и второй волнам инвазии цитотрофобласта (7–9, 14–17 нед);
- комплексное лечение хронической плацентарной недостаточности.

Эффективность этого комплекса мероприятий мы уже доказали (Радзинский В.Е., Милованов А.П., 2004).

Системное воздействие на организм женщины в ранние сроки беременности для обеспечения эмбриону нормальных условий развития предусматривает следующие назначения:

- белковая диета с достаточным количеством олигопептидов;
- средства, регулирующие деятельность желудочно-кишечного тракта;
- общеукрепляющие процедуры (упражнения для беременных по триместрам, воздушные ванны, контрастный душ);
- гипербарическая оксигенация (но только начатая в I триместре);
- витамин Е по 200–400 МЕ/сут;
- «Актовегин» по 5–10 мл (200–400 мг) в 100 мл 5% раствора глюкозы;
- пентоксифиллин по 5 мг в 100–150 мл 0,9% раствора натрия хлорида;
- каротиноиды;
- ацетилсалициловая кислота;
- коррекция микробиоценоза;

- фитотерапия (регуляция стула);
- лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

Женщинам, предпочитающим так называемые натуральные средства лечения, особенно показана фитотерапия: шиповник, морковь, коэнзим Q₁₀, растительные слабительные и др. Все эти средства могут заметно улучшить течение ранних сроков беременности высокого риска.

Препараты, влияющие на клеточный гомеостаз в плаценте, следует применять осторожно и по отдельности (Радзинский В.Е., Смалько П.Я., 2001).

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.

Оговоримся сразу, что при субкомпенсированной и декомпенсированной плацентарной недостаточности, когда регуляторные процессы истощены или нарушены, необходимо **бережное, но быстрое родоразрешение, прикрытое корректорами клеточного метаболизма**. Применяют витамин E (сумму токоферолов), β-каротин, микродозы ацетилсалициловой кислоты, фосфолипиды, «Актовегин», пентоксифиллин, а также новинки — экзогенные циклические нуклеотиды и их аналоги.

«Актовегин» — наиболее известный препарат для лечения беременных, который никогда не был запрещён или ограничен в применении. Контролируемые исследования (не у беременных) подтвердили уникальную способность этого препарата усиливать поступление глюкозы в клетку и внутриклеточное накопление макроэргических соединений (в первую очередь АТФ и АДФ). Усиление митохондриальной активности любых клеток человеческого организма под воздействием «Актовегина» и создаёт заслуженную популярность этому препарату. Что касается лечения плацентарной недостаточности, то применять «Актовегин» следует внутривенно (Айламазян Э.К., 1986; Радзинский В.Е., 1985–2004). Однако не следует применять этот «энергетический» препарат при нормальных размерах плода, соответствующих сроку гестации, из-за возможного развития макросомии.

Диета беременной 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 беременной 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 Е.

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 блюда 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, йогурты, молочные продукты.

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 нарушении у 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, например сухая белковая смесь «Фемилак».

Полиненасыщенные жирные кислоты (эйкозопентаеновая и докозагексаеновая) — 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.

Витамин Е (натуральный, полученный из растительных масел холодного отжима) не подвергался контролируемым исследованиям, зато многократно был предметом научных дискуссий. Это достоверный антиоксидант, индуктор апоптоза (как и ацетилсалициловая кислота), содержит 14–16 токоферолов, не менее двух из которых обладают стеролоподобным действием. Показана эффективность витамина Е для профилактики осложнений, вызываемых курением табака (см. главу V раздел «Полипрагмазия»).

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.

Говоря об акушерской агрессии в женской консультации и полипрагмазии, важно «вместе с водой не выплеснуть ребёнка». Одним из дискуссионных вопросов по-прежнему следует считать назначение в соответствии с имеющимся риском дезагрегантов. 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 (Афины, Всемирный конгресс COGI, 2005).

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% случаев, т.е. у каждой девятой женщины! Подтверждено, что такая дозировка 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), в I триместре мы по-прежнему назначаем дипиридамом («Курантил»), а с 11–12 нед — ацетилсалициловую кислоту.

Дипиридамом («Курантил») в ранние сроки применяется уже 20 лет, несмотря на периодические возражения клинических фармакологов. В полном соответствии с «Национальным руководством по акушерству», имея данные об отсутствии негативных последствий при беременности (группа В по классификации FDA — риск для плода не подтверждён), мы назначаем его для профилактики фетоплацентарной недостаточности в ранние сроки беременности,

особенно при артериальной гипертензии. На ранних сроках гестации (7–8 нед) дипиридамо́л обеспечивает снижение сосудистого сопротивления в маточных артериях и аорте плода к 20–24-й, 30–32-й неделям беременности (Петров П.А., 2008). Получены вполне убедительные данные о том, что дипиридамо́л в I триместре беременности снижает агрессию аутоантител (волчаночного антикоагулянта и антител к ХГЧ); при этом уменьшается тяжесть реологических нарушений в плаценте и эндометрии. Кроме того, происходит стимуляция ангиогенеза в строме ворсин — вероятно, препарат пролонгирует первичный эритропоэз в стенке желточного мешка и печени эмбриона (Милованов А.П., Кирющенко П.А., 2005).

В 2004 году был опубликован, а в 2007 году дополнен Кокрановский обзор «Антитромбоцитарные препараты для профилактики преэклампсии и её осложнений» (Duley L. et al., 2007). В нём подтверждено, что применение антитромбоцитарных препаратов (в том числе дипиридамо́ла) снижает частоту преэклампсии на 17%, относительный риск преждевременных родов на 8%, вероятность смерти плода и новорождённого на 14%, возможность задержки роста плода на 10%.

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 назначением ацетилсалициловой кислоты стали считать после получения данных о его способности в малых дозах воздействовать на соотношение «простаглицлин/тромбоксан», улучшая агрегационные 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.

Гипербарическая оксигенация беременным приносит несомненную пользу. Нормализуется энергетический баланс клеток (антигипоксический эффект), активизируются биосинтетические и репаративные процессы, не образуются или быстро утилизируются токсичные метаболиты, ограничивает жизнедеятельность болезнетворных микроорганизмов (антибактериальный эффект).

В наших исследованиях (Рябцев К.М., 2002) удалось установить, что гипербарическая оксигенация наиболее эффективна в 6–9 нед беременности (улуч-

шает маточно-плацентарное кровообращение в 100% случаев). Наиболее ранний срок для применения методики с целью эффективной коррекции гомеостаза маточно-плацентарного комплекса можно считать 6–8 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 учитывались 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 нельзя (барокамеры есть не везде, они дороги, их необходимо обслуживать, пропускная способность агрегата невелика). Отчасти решить проблему насыщения организма кислородом можно при энтеральной оксигенации — при использовании продукта «Кислородный коктейль».

Восстановление нормобиоценоза необходимо в предгравидарный период и на ранних сроках гестации.

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 гинекологии¹. Книга вызвала огромный 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 «Лекар-

¹ Михайленко Е.Г., Радзинский В.Е., Захаров К.А. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии: справочное издание, переработанное и дополненное. — Киев: Здоров'я, 1984. — 133 с.

ственные растения в акушерстве и гинекологии»¹ добрались до 8-й версии, где впервые представлены возможности и результаты применения лекарственных растений в форме биологически активных добавок (БАД — не совсем, как нам кажется, 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 большими, значительно реже вызывают нежелательные реакции. Однако, объективно оценивая использовавшиеся ранее фитосборы, галеновые и неогаленовые препараты, следует отметить, что многие из них сложно готовить в домашних условиях, они совсем недолго хранятся и неудобно дозируются.

Этих недостатков лишены БАД — приготовляемые по специально разработанным технологиям они хорошо зарекомендовали себя в медицинском мире. Именно в 1985–1995 годах благодаря созданию БАД 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 90% фармакопей).

Взлёт экологии как науки совпал с тем, что мир осознал потребность в совершенно иных, экологически чистых технологиях, в том числе для производства лекарств. Новые 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 зубиотической микрофлорой. 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, а лишь в профилактике нарушений адаптационно-гомеостатических реакций фетоплацентарной системы. Весьма ценна такая профилактика при осложнён-

¹ Радзинский В.Е. «Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии». 8-е изд., испр. и доп. — М.: Эксмо, 2008 — 320 с.

ной беременности и фетоплацентарной 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 мультиторганным 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).

Профилактика нарушений фетоплацентарного гомеостаза

Своевременная профилактика фетоплацентарной недостаточности, несмотря на отсутствие доказательной базы, по экспертным заключениям, позволяет добиться удовлетворительных результатов, что подтверждается сведениями из кабинета катамнеза.

У детей от матерей с плацентарной недостаточностью, пролеченных по разработанной схеме, задержка моторного развития в первый год жизни встречалась в 1,5 раза реже, различные неврологические осложнения (гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, мышечная дистония) — в 2,1–4,2 раза реже, чем в группе сравнения (матери не лечились). Эффективность профилактики подтверждается тем, что показатели маточно-плацентарного кровотока значительно улучшаются. Индекс пульсации в маточных, спиральных и радиальных артериях повышается при начале терапии в 6–9 нед гестации в 100% наблюдений, а при старте лечения в 14–17 нед — в 95% случаев.

Прогнозирование, диагностика и оптимизация лечения осложнений беременности по указанной схеме на догоспитальном этапе:

- достоверно уменьшают число госпитализаций в круглосуточный (на 46,2%) и дневной стационар (16%);
- позволяют перевести лечение компенсированной и субкомпенсированной плацентарной недостаточности в ведение дневного стационара;
- в 2,1 раза уменьшают частоту госпитализаций женщин с угрозой преждевременного завершения беременности (Златовратская Т.В., 2008).

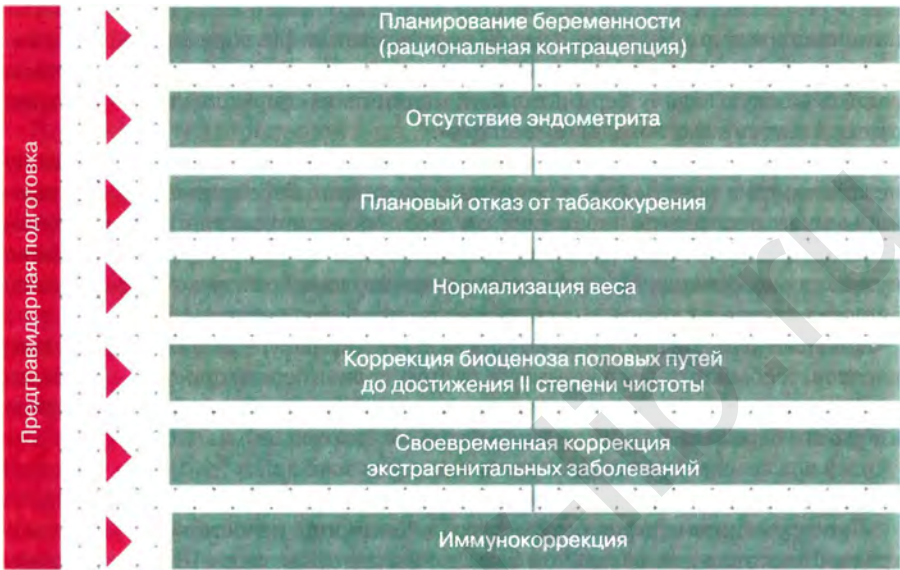


Рис. 6-9. Алгоритм предгравидарной подготовки у женщин с высоким риском задержки роста плода и преждевременных родов.

По данным, накопленным на нашей клинической базе, перинатальную смертность доношенных новорождённых с антенатальной задержкой роста удалось снизить с 18 до 6,4%. Если до внедрения соответствующих лечебно-профилактических и организационных мероприятий показатели перинатальной смертности новорождённых с антенатальной задержкой роста соответствовали популяционным значениям (Кулаков В.И. и др., 2002), то после внедрения цифры снизились в 1,4–2,8 раза. При этом соотношение показателей перинатальной смертности среди недоношенных и доношенных новорождённых с задержкой роста от преобразований почти не изменилось.

Очевидно, насколько важна адекватная предгравидарная подготовка женщин из группы риска по задержке роста плода и преждевременным родам. Такая подготовка должна включать нормализацию структуры эндометрия, заблаговременный отказ от табакокурения, достижение нормобиоценоза половых путей, нормальной иммунореактивности, определяемой по содержанию эмбриотропных аутоантител (рис. 6-9).

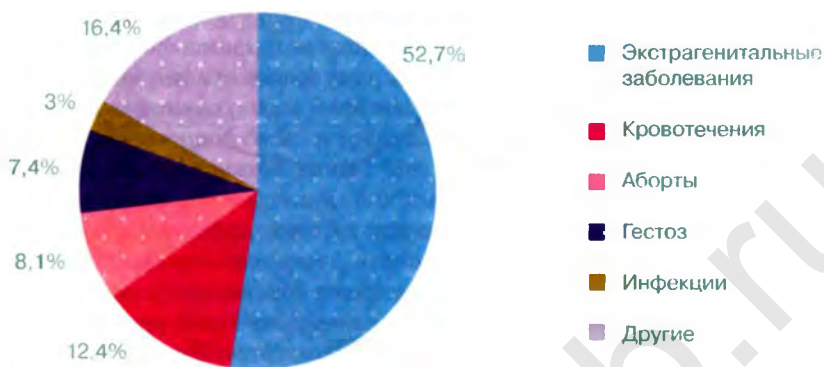


Рис. 6-10. Вклад гестоза в структуру материнской смертности в России, % (данные за 2009 год).

Гестоз (преэклампсия). Гипергидратация при гестозе¹

Гестоз, одна из основных причин материнской смертности в РФ, заслуживает самого пристального внимания акушерского сообщества. Заболеваемость по этой нозологии на редкость стабильна (2000 год — 22,2%, в 2003 — 21,6%, 2005 — 22,3%, 2006 — 21,5%, 2007 — 20%, 2008 — 19%, 2009 — 17,8%).

Остроту ситуации передают и собственные данные. По отчётам родильного отделения ГКБ №29, за последнее десятилетие в структуре гестоза тяжёлых форм стало на 22,7% больше. Пожалуй, это лишь отражение острейшей актуальности проблемы гестоза в мире.

В 2006 году гестоз занимал третье место в структуре материнской смертности после экстрагенитальных заболеваний и акушерских кровотечений (13,4%). Год спустя показатель стремительно вырос до 14,2% (рис. 6-10).

Особого внимания требует снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности на фоне гестозов, поскольку существующая динамика была неутешительна (рис. 6-11).

¹ «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 именуемом «гестоз» или «преэклампсия» (МКБ-10). В англоязычной литературе можно встретить термины toxæmia, preeclampsia.



Рис. 6-11. Доля гестоза в структуре материнской смертности в России, %.

В 2009 году наблюдалось снижение удельного веса материнской смертности до 7%. Судя по всему, это следствие внедрения идеологии «неизлечимости» от гестоза без терминации беременности и эффективности «золотого стандарта» осмотерапии магнием.

Бремя гестоза — в тяжести его осложнений для матери и ребёнка. Это основная «материнская» причина гибели детей в раннем неонатальном периоде. Уровень перинатальной заболеваемости на фоне 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 гестозе принадлежит асфиксии плода. Второе место занимают пороки развития, далее идут внутриутробные инфекции, родовые травмы, гемолитическая болезнь плода и новорождённого. В Западной Европе примерно в 1/6 кювезов для интенсивной терапии новорождённых лечатся дети от матерей с высоким АД во время беременности. По данным ВОЗ, у каждого пятого ребёнка, родившегося у матери с гестозом, в той или иной степени нарушено физическое и психоэмоциональное развитие, эти младенцы значительно чаще болеют. Это связано не только с тяжёлым течением гестоза у матери, но и с высокой вероятностью преждевременных родов на этом фоне. 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 гестозом до сих пор нет.**

Первым среди дефектов врачебного наблюдения, касающихся беременных с гестозом, оказывается **отсутствие предгравидарной 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 артериальной гипертензии не назначают. Таким образом, чаще всего мы имеем дело с ятрогенными ситуациями — **запоздалой диагностикой гестоза и его осложнений**.

До сих пор нет однозначного ответа на вопросы: «Как определить степень тяжести гестоза?», «Как долго лечить?», «Каким способом родоразрешать?» и т.д. Правильное решение этих вопросов должно обеспечить безопасность пациентки и врача.

Единой классификации гестозов тоже нет, о чём свидетельствуют разнообразие формулировок международной номенклатуры (МКБ-9 и 1-0), 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 дают цифры 33,4–40,5%, а по отечественной классификации и в разных источниках выходит от 1,14 до 5–6%.

Несмотря на то что клинические рекомендации Минздравсоцразвития РФ (2006) основаны на исторически сложившейся классификации гестоза (гестоз лёгкой, средней и тяжёлой степени; преэклампсия; эклампсия), различия 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 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 фетоплацентарной системы и гемостаза, функции печени, почек и головного мозга. Кроме того, до сих пор не изучены сравнительная информативность и достоверность различных применяемых шкал оценки 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 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 гестоза.

По данным В. Sibai (2005), не отекают 32% пациенток с гестозом. При этом известно, что безотёчные формы преэклампсии 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 гестоза не зависит напрямую от высоты АД: известны случаи эклампсии при относительно невысоких цифрах АД. У 20% женщин с эклампсией АД составляет 140–160/90 мм рт.ст.; при исходной гипотензии повышение АД также может быть умеренным. Поэтому **оценка степени тяжести гестоза исключительно по высоте АД — не более чем распространённое заблуждение.**

Интенсивность протеинурии у беременных с гестозом также варьирует в широких пределах. Однако протеинурия — важный прогностический критерий, достоверно коррелирующий с перинагальными исходами.

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 клинически лёгкого или среднетяжёлого гестоза внезапно развиваются такие тяжелейшие осложнения, как эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, полиорганная недостаточность. Таким образом, недооценка степени тяжести гестоза приводит к несвоевременности диагностики, неадекватности лечения и запаздыванию родоразрешения, что и обуславливает материнскую смертность при этом осложнении беременности.

Поиск пускового механизма идёт столь же давно, сколько изучают сам гестоз, но ни одна из многочисленных теорий (более 30), объясняющих природу этого симптомокомплекса, так и не стала общепризнанной. Некоторые предположения о происхождении гестоза имеют только историческое значение (Петров-Маслаков М.А., Сотникова Л.Г., 1971; Хечинашвили Г.Г., 1985). Такова и инфекционная теория гестоза, базировавшаяся на некотором сходстве между патоморфологическими картинами эклампсии и инфекционных 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 (Серов В.Н. и соавт., 1995; Репина М.А. и соавт., 1996). Сейчас феномен эндогенной интоксикации называют синдромом воспалительного ответа.

Поскольку в вопросе о происхождении гестоза, патогенезе инициированных им изменений ясности нет, то и стройную, этиологически обоснованную схему лечения разработать крайне сложно. Сейчас мы знаем о развитии 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 используются, но и обусловлена сроками начала лечения. Не вызывает сомнений связь гестоза с другими тяжёлыми осложнениями беременности, плацентарной недостаточностью и задержкой роста плода.

Длительный гестоз неблагоприятно влияет на плаценту и плод. Причём в большинстве работ на эту тему зарегистрировано ухудшение структурно-метаболических характеристик фетоплацентарной системы при гестозе длительностью 4–7 нед, а в наших исследованиях первые признаки истощения адаптационно-гомеостатических реакций удалось обнаружить уже через 2–3 нед после установления диагноза гестоза.

В наших исследованиях (Радзинский В.Е., Ордянец И.М., 1999) мы обнаружили, что состояние плаценты напрямую зависит от степени декомпенсации сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. У женщин с 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 гестоза берёт истоки **в патологической инвазии трофобласта**. Не происходит трансформации мышечного слоя спиральных артерий миометрия, вследствие чего системный сосудистый спазм нарушает центральную и регионарную гемодинамику. Изменение реологических и коагуляционных свойств крови приводит к снижению (иногда критическому) перфузии жизненно важных органов и плаценты. Именно поэтому так важно **доклиническое** прогнозирование гестоза; только в этом случае возможна профилактика ранней фетоплацентарной недостаточности и иных гестационных осложнений, вплоть до задержки роста плода. К сожалению, сейчас такая доклиническая работа акушерами-гинекологами не проводится.

Общеклинические методы диагностики наиболее просты для использования в рутинной работе, но малоинформативны. Из диагностических критериев

гестоза наиболее популярна триада Цангемайстера. 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 «гестоз» считать нельзя. С другой стороны, интерпретировать жалобы пациенток сложно потому, что у гестоза нет 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 гестоза, а также высокая перинаatalная заболеваемость и смертность на фоне этого осложнения — 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 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 гестоза у пациентки ещё до беременности или в ранние сроки.

Итак, цепочка событий в жизни женщины, предрасположенной к развитию гестоза. Беременность → запоздалая диагностика → ранняя фетоплацентарная недостаточность → прогрессирование гестоза → неполноценная коррекция или отсутствие лечения вообще → эклампсия → серьёзная угроза летального исхода. Где же была сделана ошибка?

Прежде всего диагноз гестоза подразумевает обязательное **стационарное лечение**. Без госпитализации невозможно организовать и грамотное амбулаторное лечение. Далее, как уже упоминалось, практикующим врачам сильно недостаёт общепринятой классификации гестоза по степени тяжести, алгоритма диагностики, отвечающего критериям доказательной медицины.

Часто встречающееся при гестозе назначение препарата «Магне В6» 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 суточная порция витамина V_6 оказывается значительно выше потребности.

Фармакоэкономически неоправданно применение «Вобэнзима», позиционируемого как регулятор иммунных процессов и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Что касается использования этого ферментного препарата для профилактики и лечения гестоза, то исследований, соответствующих доказательной доктрине, на эту тему выполнено слишком мало.

Даже самое необходимое — гипотензивная терапия — проводится неполноценно: с необходимыми препаратами и схемой их приёма до сих пор знакомы далеко не все специалисты.

В методических разработках по гестозу (2000 год) есть совершенно необоснованные рекомендации, касающиеся превентивного использования диазепама и дроперидола. Эта тактика не выдерживает никаких сравнений с правильно подобранным лечением препаратами магния в отношении лечения и профилактики экламптических судорог. Без восполнения ОЦК нецелесообразно и назначение мочегонных средств.

Недообследованность женщин закономерно приводит к тому, что хронические экстрагенитальные заболевания у беременных обостряются.

К неблагоприятным исходам лечения гестоза имеет прямое отношение ужасающая полипрагмазия. Бесконтрольное назначение множества лекарств — несомненный анахронизм, ведь современный «золотой стандарт» лечения гестоза предусматривает использование только одного, известного с 1907 года, препарата — **магния сульфата**.

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 гестозом становится очевидна прямая связь с отказом от магниезиальной терапии или её недостаточной интенсивностью. **«Шадящая» или откровенно мизерная дозировка сульфата магния при лечении гестоза повышает вероятность неблагоприятного исхода беременности, вплоть до гибели женщины.** По имеющимся данным, на плод длительный магниезиальный токолиз отрицательного влияния не оказывает (впрочем, рандомизированных исследований о действии магния на новорождённого до сих пор не проводилось).

Магний, не обладающий токолитическим эффектом в полной мере, при введении 20 г в сутки оказывает нейропротекторное действие и достоверно снижает вероятность эклампсии и материнской смертности.

Следует отметить преимущества отечественной тактики, позволяющей вводить магний титрованием исходя из степени тяжести гестоза, но, к сожалению, дозированное введение препарата в российских лечебных учреждениях выполнят не всегда.

Больше всего заблуждений связано с коррекцией гипопроteinемии при гестозе. Не разобравшись, восполняют дефицит с помощью... свежемороженой плазмы. Это в корне **неверно** — формируются отёки, а сосуды всё равно «запустевшие». Низкое процентное содержание белка в препарате (5%) на фоне генерализованного повреждения сосудистой стенки не обеспечивает заместительного эффекта.

Не менее опасна и неуместна необдуманная инфузионная терапия. Часто при гестозе внутривенно льют 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 гестоза; доказано, что стандартный болюс жидкостей не должен превышать 1,5 л. 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 ятрогенному избытку жидкости в интерстициальном пространстве, отток откуда заметно затруднён. Формируется отёк легких.

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 применяются 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 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» главы VII.

Поскольку гестоз и его осложнения — ситуации экстремальные, крайне важен 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 выхаживание недоношенного новорождённого в тяжёлом состоянии. Если не проявить предусмотрительности при госпитализации беременной, не придётся и надеяться на благополучный исход.

До сих пор ведутся споры о сроках и тактике родоразрешения женщин с тяжёлым гестозом. Именно в этой ситуации наиболее высоки перинатальная заболеваемость и смертность, особенно при преждевременных родах. Как избежать возможных осложнений и снизить риск для недоношенных детей? При тяжёлом гестозе в сроке менее 30–32 нед приходится решать, стоит ли продолжать массивную и не всегда эффективную терапию, **продолгируя 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 (Sener T., 2005) утверждают, что выжидательная тактика и профессионализм неонатальной службы обеспечат хорошие перинатальные результаты и выживаемость. Однако и здесь есть оговорка, что при тяжёлом и среднетяжёлом гестозе и задержке роста плода **выжидать можно не более 48 ч.**

Что касается исхода экстренного родовозбуждения для ребёнка, то на сроке 32–34 нед в 68,5% случаев дети выжили, а при вмешательстве до 28 нед неонатальная смертность значительно возросла.

Приведём результаты рандомизированного исследования M. Duley (2005). В работе изучалась эффективность осмотерапии (комбинация магния сульфата, бетаметазона, аминофиллина) при недоношенной беременности и гестозе. Результаты подтверждают, 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. В целом подобная гипотензивная терапия не влияет на перинатальную смертность как доношенных, так и недоношенных (в том числе маловесных) детей.

А как обстоит дело в России, оправданно ли пролонгирование беременности на фоне бурно процветающей в стационарах полипрагмазии? По нашим данным (Златовратская Т.В., 2008), среди женщин, родоразрешённых путём кесарева сечения из-за неэффективности лечения гестоза, 43,4% составили пациентки с нефропатией II и даже I степени с пролонгированием беременности на фоне лечения гестоза до 10 сут. Проведено ещё и сравнение исходов у паци-

енгток, прошедших комплексное лечение гестоза (n=480) и не прошедших такого лечения (n=218). При эффективном комплексном лечении даже в случае тяжёлого гестоза результаты родов существенно улучшаются. А вот агрессивная тактика преждевременного родоразрешения при гестозе увеличивает потребность новорождённых в искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) в 3,7 раза по сравнению со стратегией максимального пролонгирования беременности (или хотя бы до срока 32–34 нед).

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 у 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 тяжёлого гестоза у матери, не бывает респираторного дистресс-синдрома. По нашим данным, при родоразрешении ранее 34 нед респираторный дистресс-синдром 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 родоразрешения¹ при гестозе — тоже вариант акушерской агрессии.**

Принимая во внимание драматичные перинатальные исходы, следует заметить, что в данном вопросе дискуссии не особо уместны. Если тяжёлый или длительно текущий 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 осмоонкотерапии, то в руках грамотного врача при хорошей лабораторной базе и возможности мониторинга обычно есть возможность пролонгировать беременность хотя бы на срок, необходимый для профилактики респираторного дистресс-синдрома. Как правило, речь идёт о 2 сут.

Анализ зарубежной литературы и многолетние собственные наблюдения показывают, что на фоне гестоза самые серьёзные осложнения для плода и матери развиваются именно во время родов. Ситуацию осложняет то, что в родильные дома роженицы часто поступают недообследованными, а в этом случае объективно оценить степень тяжести гестоза не всегда возможно.

«Щадящая» тактика родоразрешения при 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 возрос процент интра- и послеопераци-

¹ Речь идёт о лёгких формах гестоза и случаях гипердиагностики, когда водянку считают гестозом и на этом основании торопятся с родовозбуждением или кесаревым сечением.

онных осложнений. При сравнении исходов естественных родов и кесарева сечения (на фоне тяжёлого гестоза и очень низкой массы тела плода) неонатальные исходы были одинаковы в обеих группах. Сравнение проводилось по следующим параметрам: респираторный дистресс-синдром, внутрижелудочковые кровоизлияния, сепсис, судороги и уровень смертности.

Большинство женщин с 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 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.

Пути преодоления

Как ни странно, но гестоз, наверное, 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 лечении речь идёт условно; успешным методом лечения этого осложнения беременности можно считать только своевременное родоразрешение.

Подход или, как принято говорить, «золотой стандарт», один — **онкоосмотерапия** (лечение сульфатом магния), по интенсивности соответствующая степени тяжести гестоза, и **родоразрешение по показаниям**. Других вариантов, к сожалению, пока нет. Основные звенья патогенеза гестоза:

- нарушение инвазии трофобласта;
- нарушение маточно-плацентарного гомеостаза;
- генерализованная активация или дисфункция эндотелиальных клеток (синдром системного воспалительного ответа);
- выраженный сосудистый спазм;
- гиповолемия;
- метаболические расстройства;
- гемоконцентрация;
- ДВС-синдром;
- повышение проницаемости сосудистой стенки;
- аутоиммунная агрессия (образование мембраноповреждающего комплекса) с участием плодовых нейроспецифических белков и факторов комплемента C_5 , C_9).

Таблица 6-2

Соответствие типов гестоза по Международной классификации болезней и причин смерти (10-го пересмотра) в разработке Российской ассоциации акушеров-гинекологов (2007)

Международная классификация болезней и причин смерти	Классификация Российского общества акушеров-гинекологов
O. 11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией	Сочетанный гестоз*
O. 12.2 Вызванные беременностью отёки с протеинурией	Гестоз*
O. 13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии. Лёгкая преэклампсия (нефропатия лёгкой степени)	Гестоз лёгкой степени*
O. 14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией	Гестоз*
O. 14.0 Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести	Гестоз средней степени тяжести
O. 14.1 Тяжёлая преэклампсия	Гестоз тяжёлой степени
O. 14.9 Преэклампсия (нефропатия) неуточнённая	Преэклампсия
O. 15 Эклампсия	Эклампсия
O. 15.0 Эклампсия во время беременности	Эклампсия во время беременности
O. 15.1 Эклампсия в родах	Эклампсия в родах
O. 15.2 Эклампсия в послеродовом периоде	Эклампсия в послеродовом периоде
O. 15.3 Эклампсия, не уточнённая по срокам	Эклампсия, не уточнённая по срокам
O. 16 Гипертензия у матери неуточнённая	Гипертензия у матери неуточнённая
O. 16.1 Преходящая гипертензия во время беременности	Преходящая гипертензия во время беременности

* Степень тяжести гестоза определяется по балльной шкале.

В табл. 6-2 представлены наиболее распространённые классификации гестоза. Для определения степени тяжести гестоза Г.М. Савельева и соавт. предложили модифицированную шкалу (табл. 6-3).

Как видим, никаких противоречий. Статистическая «шифровка» диагноза происходит по МКБ-10, но в клинической практике, определяя дозировку магния сульфата, мы традиционно исходим из степени тяжести гестоза. Коллеги из других стран неоднократно высоко оценивали этот клинический подход, подчёркивая, как удобна возможность стандартизированной осмоонкотерапии.

Поклонники терминов «преэклампсия» и «эклампсия» могут ими пользоваться, лишь бы правильно дозировали количество вводимого

Таблица 6-3

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	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 нед или в родах	35–30 нед	24–30 нед и ранее
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				

магния сульфата, учитывая тяжесть этой самой «преэклампсии». Ведь главное — не термин, а лечебная тактика!

Лечение гестоза желательно проводить под мониторным контролем функций жизненно важных органов и при помощи инфузоматов для дозированного введения лекарств.

Полноценная диспансеризация беременных

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 гестоза!

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

Историческая справка

В далекие 50–60-е годы XX столетия Советский Союз минимизировал материнскую смертность от эклампсии. Этому не помешали плохие социально-экономические условия и бедность населения, особенно сельского¹. Достичь такого выдающегося результата удалось при внедрении замечательной системы первичной медико-санитарной помощи². Суть её была такова: на фельдшерско-акушерском пункте, в амбулатории или в женской консультации акушерка или врач выполняли необходимый минимум диагностики. В алгоритм входило 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 эклампсий в СССР было меньше, чем во многих странах Северной Европы, где диспансеризации беременных не было.

районных больниц. Сейчас многие из ранее закрытых фельдшерско-акушерских пунктов восстанавливают. Это правильно: так закладывается основа для возрождения грамотного сельского здравоохранения. Сейчас проблема в другом: из-за 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.¹

Основные принципы ведения пациенток с гестозом

1. Строгий контроль состояния пациентки (при тяжёлом или среднетяжёлом гестозе на фоне хронических экстрагенитальных заболеваний или страдания плода беременная должна находиться в палате эклампсии для измерения диуреза, мониторингования витальных функций и состояния плода, вблизи поста анестезиолога). Пациенток с тяжёлым гестозом, особенно при заболеваниях плода (задержка роста, хроническая гипоксия), целесообразно помещать либо в родильные отделения многопрофильных больниц, либо в перинатальные центры, где есть отделение интенсивной терапии новорождённых и II этап выхаживания.²

¹ Низкий доход на душу населения в год — основная детерминанта материнской смертности (ВОЗ, 1995).

² Эта уникальная система первичной медико-санитарной помощи была рекомендована Декларацией ВОЗ для всех стран с государственной системой здравоохранения (Алма-Ата, 1978).

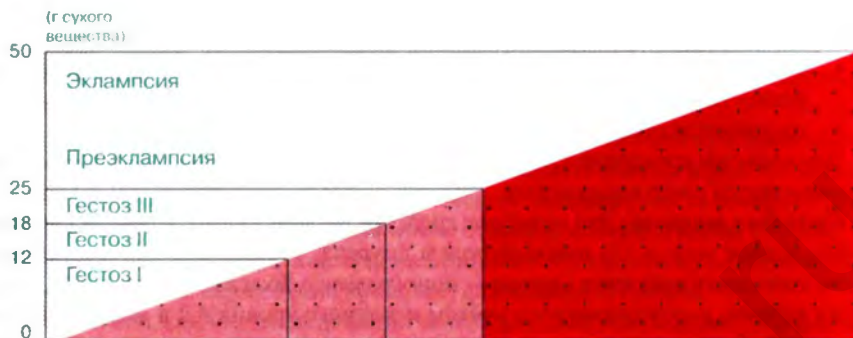


Рис. 6-12. Интенсивность магниевой терапии в зависимости от степени тяжести гестоза (в граммах сухого вещества).

2. Ведение пациенток совместно с анестезиологом-реаниматологом и терапевтом, круглосуточная лечебно-консультативная помощь прочих специалистов по необходимости.

3. Профилактика полипрагмазии.

4. Медикаментозное лечение гестозов по «золотому стандарту», основанное на принципах доказательной медицины: осмоонкотерапия (внутривенное введение магния сульфата и восполнение дефицита белка, но только при гипопротеемии).

5. Максимальное пролонгирование беременности у пациенток с гестозом (при условии эффективности лечения). По нашим данным, пролонгирование беременности хотя бы до 32–34 нед уменьшает потребность новорождённого в ИВЛ в 3,7 раза по сравнению с тактикой немедленного родоразрешения. Очень важно преждевременное родоразрешение производить в тех условиях, где можно оказать полноценную реанимационную и реабилитационную помощь новорождённому.

6. Ведение родов на фоне длительной непрерывной эпидуральной анестезии (доказанно снижает АД).

7. Обеспечение регионарного обезболивания в качестве анестезиологического пособия при кесаревом сечении.

Общая комбинированная анестезия с интубацией трахеи показана в следующих случаях:

- экламптическая кома либо судороги, не купируемые другими лекарственными средствами (магния сульфат, диазепам, тиопентал натрия);

- дыхательные осложнения (аспирация желудочного содержимого в результате приступа эклампсии);
- альвеолярный отёк лёгких при неэффективности медикаментозной терапии (наркотические анальгетики, кислород, фуросемид);
- противопоказания к регионарной анестезии.

Что касается собственно лечения гестоза, то во избежание полипрагмазии рекомендуется следующая схема.

Сульфат магния. Это лечебное средство первой линии. Препарат вводят инфузоматом по 1–4 г/ч под контролем диуреза, частоты дыхания, оживлённости коленного рефлекса (лучше — ионограмма). Доза зависит от степени тяжести гестоза, рассчитывается с учётом исходного уровня АД и массы тела беременной. В практическом отношении можно придерживаться следующих критериев введения магния сульфата.

- При гестозе I степени — до 12–15 г сухого вещества магния сульфата (60 мл 25% раствора) через инфузомат или растворённого в 200–400 мл 5% глюкозы или декстрана (средняя молекулярная масса 30 000–40 000). 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 1–2 г/ч, в зависимости от степени тяжести гестоза (рис. 6–12).

Другие препараты в схеме лечения гестоза

- Гидроксипропилированный крахмал.
- Перфторуглероды.
- Коррекция гипопротейнемии (с этой целью внутривенно капельно следует вводить 10–20% раствор альбумина. Свежезамороженная плазма источником белка считаться не может!).
- Гипотензивные препараты (начиная с монотерапии адреноблокаторами центрального действия вплоть до многокомпонентной с ганглиоблокаторами).
- Седативная терапия (препараты первой линии — бензодиазепины).
- Антиагреганты, при необходимости — антикоагулянты прямого действия. После стабилизации АД можно назначить гипербарическую оксигенацию.

Эффективность лечения зависит от тяжести гестоза и изначального состояния плода. К пролонгированию 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 тяжёлом гестозе предпочитают выполнять кесарево сечение.

Основными показаниями к досрочному родоразрешению при тяжёлом гестозе следует считать неэффективность лечения (встречается в 36,8% случаев), острую гипоксию плода на фоне хронической, задержку роста плода на фоне лечения (25%), сочетанные показания со стороны матери и плода (29,0%). Об эффективности такой тактики ведения пациенток с гестозом свидетельствует снижение частоты акушерских кровотечений в данной группе.

Результаты нашего исследования подтверждают, что магния сульфат эффективно регулирует системную гемодинамику, снижая кровопотерю в родах, а также частоту гипотонических кровотечений после них в 2,2 раза при гестозе I степени и в 2,7 раза — II степени.

За минувшие 8 лет в наших клиниках удалось добиться снижения частоты акушерских кровотечений при 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, ликвидация гиповолемии и интерстициального отёка гидроксипропилированным крахмалом, улучшение микроциркуляции, показателей гемостаза, снижение агрегации эритроцитов, благодаря перфторуглеродам.

Для эффективной профилактики и ранней диагностики гестозов в женской консультации следует выделять беременных в группу риска развития гестоза. В неё войдут:

- женщины, у которых предыдущая беременность осложнилась гестозом;
- беременные с экстрагенитальными нарушениями (гипертоническая болезнь, заболевания почек, печени, щитовидной железы, диабет, патологический липидный обмен);
- юные и старые первородящие;
- беременные с многоводием, многоплодием;
- женщины, перенёсшие токсикоз;
- беременные со скрытыми отёками.

Прогнозирование гестоза

Предгравидарная подготовка пациенток, входящих в группы риска по гестозу и задержке роста плода, предусматривает исследование иммунореактивности методом ELI-R-теста и генетическое исследование гена *GP IIIα* (Хахва Н.Т., 2003). Метод доступен лаборатории любого лечебного учреждения от — центральной районной больницы и крупнее, где выполняется ПЦР-диагностика. Наборы мож-

но приобрести в фонде «Чернобыль-тест». Исследование методом ELI-R-теста целесообразно проводить в I триместре беременности.

Поскольку в патогенезе гестоза фигурируют сосудистые нарушения плацентарного ложа, профилактика тяжёлых форм гестоза должна начинаться прежде наступления беременности. Предгравидарная подготовка — это лечение экстрагенитальных заболеваний (особенно почек, сердечно-сосудистой системы). С наступлением беременности женщинам группы риска следует провести профилактику ранней фетоплацентарной недостаточности: дезагреганты, мембраностабилизаторы с антиоксидантами применяют курсами по 30 дней с перерывом 7–10 дней. Если эта терапия и не окажется патогенетически значимой, то факт строгого контроля гомеостаза при высоком перинатальном риске позволит избежать тяжёлых осложнений гестоза.

Длительная госпитализация беременной («до победного конца»)

Ситуация драматична не только потому, что беременную часто госпитализируют без показаний. Хуже то, что женщину в стационар помещают надолго, причём ни клинических, ни функциональных поводов для этого нет. И лежит она там «до победного конца», до родоразрешения. Что в этом случае хорошего получит в стационаре беременная? Ничего, а вот инфекцию, наши госпитальные штаммы контаминирует с большой вероятностью (рис. 6-13).

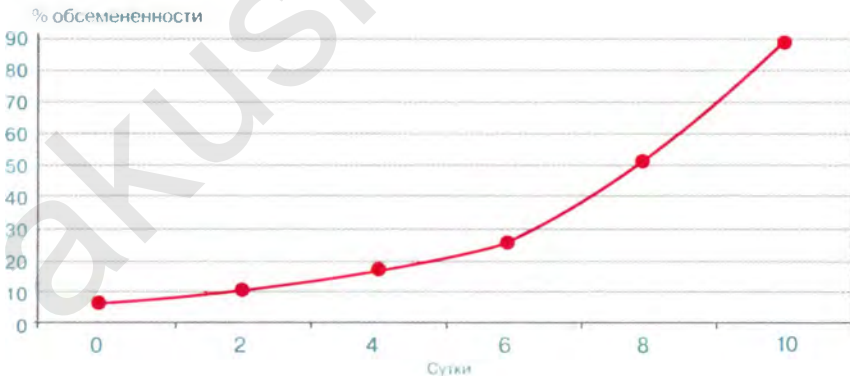


Рис. 6-13. Темпы инфицированности госпитальными штаммами в зависимости от срока пребывания в отделении патологии беременных.



Рис. 6-14. Зависимость итога родов от срока поступления в родильный дом. Самопроизвольно начавшиеся роды длятся дольше, не превращаясь в «быстрые» и «стремительные», а осложнений меньше. Наоборот, начавшие рожать в акушерском стационаре, завершают роды молниеносно (индукция? стимуляция?), а осложняются в разы чаще, чем у поступивших в середине первого периода (и это в акушерски благополучной Ирландии).

Даже если не задумываться о том, насколько велико в этом случае психологическое напряжение беременной, заслуживают упоминания неоправданные материальные затраты для роддома.

Есть афоризм о том, что один поступок с неизбежностью влечёт за собой другой. Именно заблаговременная (с 37–38 нед беременности) необоснованная дородовая госпитализация вынуждает врачей принимать необдуманные решения, прибегать к непоказанным программированным родам (рис. 6-14).

Самое грустное, что врач не может «остаться безучастным» к судьбе женщины, находящейся в стационаре так долго. Считается, что такой беременной надо уже всеми правдами (мифепристон, простагландиновый гель) и неправдами (пресловутый эстрогено-глюкозо-кальциевый фон) подготовить шейку матки.

«...Что-то она долго лежит и не рождает. А как там шейка матки? Созревающая». (Кстати, вы знаете, как понимать этот термин и что он обозначает? И я не знаю.) «Залежавшуюся» беременную смотрят на кресле. «...Вроде неплохо, поставим гель и завтра — программированные роды». Не обойдется без амниотомии, родовозбуждения и т.д. Ни шагу назад.

У женщины, попавшей в отделение патологии беременных без особых показаний ближе к концу гестации, дорога одна — в родильный блок. Типичная,

ничем не оправданная акушерская агрессия, «симптом крокодила». Пресмыкающееся крокодил ничем не «провинилось», но... не умеет ходить назад! Этого же не делают наши коллеги! Обследовал женщину в стационаре, всё у неё хорошо — ну так выпиши её домой, либо перенаправь в дневной стационар! «...Нет, пусть лежит», — осторожничают коллеги. Вот и получается порочный круг: «что-то долго лежит...».

Пути преодоления

При нормальных результатах КТГ и доплерометрии беременной до достижения 40 нед не показана госпитализация, следует отпустить её до начала родов домой.

Чтобы проанализировать последствия акушерской агрессии в этом вопросе, придётся пошагово изложить цепочку врачебных воздействий, неизбежно приводящих к неблагоприятному, а порой и драматическому финалу.

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 представления базируются на ошибочных положениях. Следуя, по укоренившейся привычке, однажды проторённой акушерской тропой, мы рискуем оказаться 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.

Итак, стратегия родоразрешения для перинатального исхода исключительно важна. Однако невозможно отрицать и влияние антенатальных причин (недоношенность, аномалии развития плода, многоплодие) и экстремальных ситуаций в родах (преждевременный разрыв плодных оболочек с развитием амнионита, преждевременная отслойка плаценты, выпадение петли пуповины и др.).



Как показывает практика, перинатальная заболеваемость сопряжена с недооценкой антенатального состояния плода и незнанием статуса плода как объекта родов. Как быть, если в роды вступает заведомо ослабленный, гипотрофичный и недоношенный ребёнок, чьи резервные возможности ограничены? Это лишний повод для раздумий врача о возможности и необходимости бережного родоразрешения (в зависимости от акушерской ситуации — кесарево сечение или программированные роды).

Безусловно, не в силах акушера-гинеколога обеспечить рождение здорового ребёнка при перенашивании, инфекционном заболевании плода, выраженной гипоксии и особенно — при глубоком недонашивании. Тем не менее, выбрав наиболее щадящий способ родоразрешения, мы можем избежать дополнительного травмирования плода.

Как показывает практика, выбор времени и метода родоразрешения зачастую затрудняет не только начинающих специалистов, но и опытных врачей. Свойственная современному акушерству высокая технологичность родов, избытие новейшего оборудования и лекарственных препаратов разнообразного действия приводят к постепенной утрате представлений о ценности естественного течения родов. Ужасно, что это важнейшее для человека событие превращается в медикаментозно управляемый процесс.

Многие специалисты не обременяют себя размышлениями о связи акушерских вмешательств и неблагоприятных перинатальных исходов. Получается, что причины мертворождений, ранней неонатальной смертности и заболеваемости их не волнуют.

В начале XXI века удалось добиться сокращения ранней неонатальной смертности в России, однако показатели интранатальных потерь не изменились. По свидетельству экспертов, интранатальная смертность, более всего зависящая от метода родоразрешения, составляет десятую часть всей перинатальной летальности.

Поскольку критерием успешности современной перинатальной медицины признана не только жизнь, но и здоровье новорождённого, не вызывает сомнений исключительная важность интранатального периода. Хотя по продолжительности внутриутробный этап — самый быстротечный во всём онтогенезе. Поэтому анализ ошибок при выборе тактики ведения беременности и родов так важен.

Родовая травма¹ — убедительная иллюстрация того, как выбор тактики ведения родов влияет на перинатальные заболеваемость и смертность.

¹ Родовая травма — нарушения целостности и расстройства функций тканей и органов ребёнка, возникающие во время родов (МКБ, P12–P15).

Особняком стоит понятие «акушерская травма». Таковая возникает вследствие оказания акушерских пособий при патологических родах.

Есть мнение, что группу заболеваний, возникающих у новорождённых во время гестации или при родах вследствие травматического или гипоксического поражения органов и тканей, также следует считать родовой («биохимической») травмой.

Наиболее распространённые виды травм: кефалогематомы (38,1% от числа травмированных), 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).

Зарубежные авторы считают, что родовая травма приводит к ранней неонатальной смертности в 0,8–19% случаев (Baiden F. et al., 2006), в России родовая травма вызывает гибель 8,4% новорождённых (Яковлева Т.В., 2005).

В структуре заболеваемости новорождённых доля родовой травмы велика (41,9%). Ежегодно в России регистрируются 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 признала только треть респондентов (23%), 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 ход беременности и родов (Pattinson R.C., 2003). Без витальных показаний не надо вмешиваться в основной процесс жизнеобеспечения человека! Без достаточных оснований «назначать» дату родов нельзя!

Истинный пример акушерской агрессии: после стандартного обследования вместо выписки (домой, дожидаться начала родов) женщину обрекают на родоразрешение «по решению врача». К «исполнению приговора» её готовят, назначив 5–10 препаратов (вот она, пресловутая полипрагазмия!). 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).

Реального вклада акушерской агрессии в формирование перинатальной заболеваемости не знает никто. И дело не в том, что трудно вычислить

последствия того или иного агрессивного воздействия в первом периоде родов (амниотомии и родостимуляции без показаний) и в периоде изгнания (так называемое «пособие» по Кристеллеру), а потому, что истинное число этих вмешательств мы не знаем: их скрывают. 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 как минимум три: низкий профессионализм (бездумное подчинение «старейшинам»), отсутствие гражданской позиции («...я ухудшаю здоровье популяции страны, но ведь не я один»), низкие моральные качества. А поскольку единых стандартов и законодательной базы для работы акушер-гинеколога в России нет, пациентка часто остаётся один на один с малограмотным 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 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. Ранняя диагностика интранатальных страданий плода, что вполне реально при грамотном использовании современных методик обследования, также способствует снижению перинатальной заболеваемости и смертности. Наиболее важен своевременный выбор оптимального метода родоразрешения.

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. Отсутствие такой практики вполне 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 при гестозе, а также в случае дородового излития околоплодных вод.

Преждевременные роды

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 5–10% всех родов в мире, но при этом российские показатели ниже, чем общемировые: всего 3,9% (рис. 6-15)!

Очевидно, что статистика скрывает лукавство. Вернее, саму статистику подтасовывают: преждевременно рождённых детей с массой тела чуть более 1 кг «перебрасывают» в мало кого интересующую категорию «менее килограмма... обычно 980 г».

Но утаить шило в мешке, очевидно, не удаётся: ведь во всём мире соматическое нездоровье, внедрение в работу вспомогательных репродуктивных технологий и рост числа многоплодных беременностей повышает частоту преждевременных родов, но только не в России. В 2003–2007 годах было «всего лишь» 3,3%, а вот после контроля Росздравнадзора в 2008 году — сразу 5,5%!

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 несопоставимые, неправдоподобные. Что же, мы лучше лечим? Нет, мы «по-другому» учитываем.



Рис. 6-15. Преждевременные роды: в стране и мире (%).

И такова картина сейчас, когда регистрации подлежат дети, рождённые с массой тела 1 кг и более! А что будет, когда возникнет необходимость «учитывать» детей с 500 г массы при рождении? Это же будет катастрофа для статистики в нашей области медицины. «Перебросить» 1300 г в неучитываемые «980 г» не так сложно, десятилетиями так и делают. А вот те же 1300 г выдать, например, за 480 г уже очень проблематично. Хотя ловкачи от здравоохранения в нашей стране могут решить и не такую «бумажную проблему»!

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 планируемого в 2012 году перехода на регистрацию 500-граммовых детей). В связи с этим 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 уже шла речь на XI Всемирном конгрессе по контраверсиям в акушерстве и гинекологии (Париж, 2008).

Между тем перспективы регистрации и ещё более незрелых детей весьма плачевны. Глубоконедоношенный ребёнок изначально болен, он нуждается в профессиональной, часто реанимационной помощи. Нередко недоношенные с экстремально низкой массой тела при рождении имеют не одно заболевание, а сочетание нескольких.

При рождении у таких детей на первый план выходят дыхательные нарушения, поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза. Погибающие в первые 7 сут жизни новорождённые составляют 67% всех умерших на первом году жизни. В свою очередь 80% (четыре из пяти!) не переживших первую неделю составляют недоношенные дети.

Недоношенные формируют 60–70% ранней неонатальной смертности; мертворождаемость при преждевременных родах наблюдают в 8–13 раз чаще, чем при своевременных родах. Младенческая заболеваемость при недонашивании беременности на фоне задержки роста плода в 2 раза выше, чем у женщин с задержкой роста плода, но доношенной беременностью.

Вообще 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). В результате снизилась младенческая смертность и заболеваемость. Однако удельный вес недоношенных в популяции заметно не изменился, он составляет 5–10% всех родившихся в мире детей. Среди них новорождённые с массой тела менее 1000 г составляют не более 5%.



Рис. 6-16. Недоношенный ребёнок требует... «много всего».

По данным ВОЗ, экстремально низкой масса тела ребёнка считается, если при первом взвешивании определяют менее 1000 г. В нашей стране до 1 января 1993 года все плоды, рождённые с экстремально низкой массой тела (ранее 28 нед гестации), рассматривались как нежизнеспособные.

На фоне бурного развития технологий в медицине¹ (в том числе в перинатологии) эксперты ВОЗ к началу 1990-х годов пришли к заключению, что плод жизнеспособен и нуждается в первичной реанимационной помощи и выхаживании, если его гестационный возраст составляет 22 нед и масса при рождении превышает 500 г. В связи с этим преждевременные роды стали деликатной проблемой для здравоохранения. Дело в том, что стоимость выхаживания недоношенных детей весьма высока. 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.

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 (рис. 6-16).

Основной организационный недостаток — ведение преждевременных родов в родильных домах (отделениях), не готовых к оказанию эффективной помощи. Такое случается даже при доступности родовспомогательных учреждений более высокого уровня. Общая для любых роддомов проблема состоит в недо-

¹ По заключению XX Европейского конгресса акушеров-гинекологов в Лиссабоне (Португалия) при ЭКО рекомендован перенос лишь одного эмбриона в полноценный эндометрий для профилактики преждевременных родов.

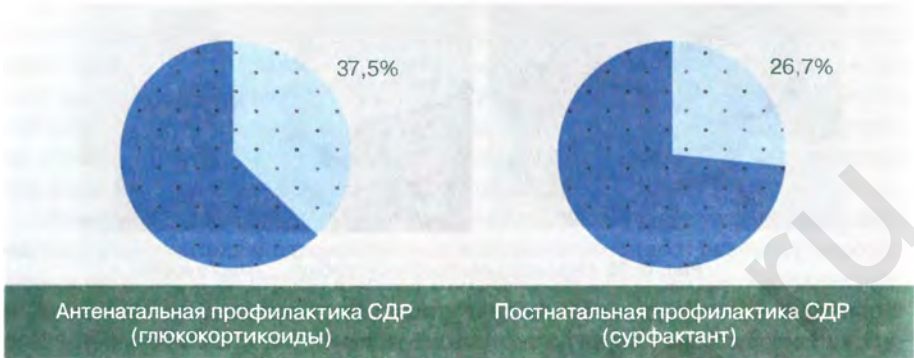


Рис. 6-17. Частота профилактики респираторного дистресс-синдрома в России (данные выборочного исследования; 2005–2007 годы).
СДР — синдром дыхательных расстройств.

статочности материально-технического обеспечения (современная аппаратура для интенсивной терапии новорождённых, препараты сурфактанта, парентеральное питание и т.п.) и неподготовленности персонала.

Респираторный дистресс-синдром — одно из самых частых и тяжёлых заболеваний раннего неонатального периода у недоношенных детей. Это состояние оказывается причиной смерти примерно у 25% таких детей, а при рождении на 26–28-й неделе гестации эта цифра достигает удручающих 80%.

Тревожит неадекватность реанимационных мероприятий, оказываемых недоношенным новорождённым (до 30%), но и относительно редкое применение сурфактанта. Антенатальная профилактика синдрома дыхательных расстройств проводится лишь в трети случаев (37,5%), постнатальная профилактика сурфактантом — ещё реже, только в каждом четвёртом случае (рис. 6-17). Сдерживающий фактор в этом вопросе один — дорого.

Эти данные были собраны Комитетом по качеству медицинской помощи Российского общества акушеров-гинекологов за 3 года мониторинга в шести регионах РФ и прозвучали на IV съезде акушеров-гинекологов в 2008 году.

Особенности ведения женщин с угрозой преждевременных родов

Проблема недонашивания напрямую связана с тактикой родоразрешения, качеством родовспоможения и медицинской помощи недоношенным. Результаты многоцентрового исследования, посвящённого причинам тяжёлого состояния новорождённых (Шабалов Н.П., 2004), свидетельствуют о непригодности

многих исторически сложившихся подходов к ведению беременности и родов. Использование таких устаревших моделей особенно неблагоприятно в ситуации, когда социальные и экономические предпосылки формируют репродуктивное поведение, ориентированное на однодетную семью. Генеративная функция современной женщины часто реализуется поздно и не всегда удачно, а завершается быстро (Абрамченко В.В., 2004).

Итак, 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:

- 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 при преждевременном излитии околоплодных вод без достаточных показаний.

Общепризнана и доказана в рандомизированных исследованиях способность сульфата магния к предотвращению эклампсии у беременных. На фоне инфузий сернокислой магнезии существенно снижается риск развития детского церебрального паралича и смертности новорождённых. Crowther С.А. et al. (2003) указывает, что негативных побочных эффектов на введение магнезии во время родов не бывает, а двигательные навыки у новорождённых формируются несколько лучше.

А вот широкое использование препарата в качестве токолитика, особенно при угрожающих и преждевременных родах, воспринимается неоднозначно.

Историческая справка

Гипотеза, что в основе респираторного дистресс-синдрома у новорождённых лежит структурно-функциональная незрелость системы сурфактанта, к настоящему времени подтвердилась. Тем не менее первые попытки использования сурфактанта с лечебной целью не увенчались успехом. Лишь в 1980 году Т. Fujiwaga опубликовал первые результаты успешного применения в клинических условиях эндотрахеальной дозы полусинтетического сурфактанта, выделенного из лёгких телёнка. Широко использовать препараты сурфактанта в клинической практике стали с 1989 года.

Хоть и говорят о его «безопасности», есть сообщения о развитии гипотонии, гипорефлексии и угнетении дыхания у новорождённых на фоне избытка магния. В Кокрановском хранилище (*Cochrane Database of Systematic Reviews*) имеются неоспоримые свидетельства токсичности **больших доз магния сульфата**, вводимого беременным для прекращения преждевременных схваток; иногда передозировка оказывается смертельной для новорождённых. Предполагается, что острое повреждение мозга в этом случае вызвано ионизацией вводимого магния, что провоцирует кровоизлияние в желудочки мозга. Кровоизлияние связано с лентикюлярной васкулопатией и необычным минерализирующим повреждением таламуса и базального ганглия. Эти данные вынуждают к **категорическому запрету на применение препаратов магния накануне начала программированных родов и с началом II периода, за исключением эклампсии.**

При анализе применения сульфата магния за 1966–2003 годы (Azria E. et al., 2004) становится ясно, что как токолитик этот препарат малоэффективен.

Вообще вопрос о применении токолитиков при преждевременных родах стоит очень остро. За долгое время (30 лет) использования этих препаратов «по инерции» реального снижения числа преждевременных родов не произошло. Как же быть? Хвататься за сульфат магния, антипростагландины (нестероидные противовоспалительные средства)? Да и существует ли она, медикаментозная альтернатива? Лицензированных токолитиков всего два: β -адреномиметики и атосибан. Поэтому вместо пролонгирования беременности до доношенного срока лучше ненадолго (не более 2–3 сут) назначить β -адреномиметики, обеспечив возможность провести профилактику респираторного дистресс-синдрома глюкокортикоидами? Такие мероприятия выполнимы в стационаре, где есть возможности для полноценного выхаживания недоношенных новорождённых.

Уже несколько лет известен относительно новый препарат-токолитик, атосибан (торговое название «Трактоцил»). По механизму действия это прямой антагонист окситоцина. Многие, в том числе итальянский исследователь D. Renzo (2007), называют его 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 атосибана 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 атосибана гораздо выше (несколько сотен долларов за курс лечения), что делает препарат малоприменимым для использования в России.

Результаты исследований в регионах России демонстрируют, что в половине случаев и даже чаще профилактика респираторного дистресс-синдрома не проводилась или была выполнена не полностью. Есть и крайности: при остановке преждевременных родов лечащие врачи зачастую назначают повторные курсы глюкокортикоидов. У животных (овец) на фоне длительного приёма глюкокортикоидов возможна задержка миелинизации аксонов зрительного нерва плода (Peers A. et al., 1999). Подтверждено в критериях доказательной медицины, что повторные курсы профилактики респираторного дистресс-синдрома глюкокортикоидами не нужны!

Рандомизированными многоцентровыми исследованиями, проведёнными в Европе и США, было доказано, что для профилактики респираторного дистресс-синдрома у недоношенных детей бетаметазон значительно более эффективен, чем дексаметазон. Введение курсовой дозы бетаметазона требует в 2 раза меньше времени! Непонятно, почему до сих пор в России с этой целью в основном используют дексаметазон, хотя разница в цене несущественна и к применению в стране бетаметазон разрешён (Радзинский В.Е., Костин И.Н., 2009)¹.

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.

Вопрос об оптимальных сроках родоразрешения при преждевременном разрыве плодных оболочек окончательно не решён. А почему? Дело в том, что 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 без антибиотиков, современных шовных материалов и других изобретений. 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 родовозбуж-

¹ А вот уже в 2010 году появились сообщения об отсутствии достоверных различий в частоте респираторного дистресс-синдрома после дексаметазона и бетаметазона. Жизнь продолжается!

дение повышает вероятность аномалий в родовой деятельности и экстренного кесарева сечения.

«Аппаратных» новорождённых от пациенток с родовым излитием околоплодных вод почти в 2 раза больше, чем не нуждающихся в ИВЛ. Мы изучили основные причины столь тяжёлого состояния недоношенных детей при рождении. Причины, перечисленные в теме «Родоразрешение женщин с гестозом», дублировать не стали (Радзинский В.Е., Златовратская Т.В. и соавт., 2006; Радзинский В.Е., Костин И.Н., Златовратская Т.В. и соавт., 2008). Итак, о причинах тяжёлого состояния детей, рождённых после родового излития околоплодных вод. Всё перечисленное — элементы акушерской агрессии.

1. Необоснованный отказ от анте- и интранатального токолиза.

В группе «аппаратных» новорождённых токолитическая терапия была проведена лишь 45,2% беременных с родовым излитием околоплодных вод. Мы полагаем, что интранатальный токолиз важен не только для подготовки лёгких недоношенного плода (в отличие от антенатального токолиза при угрожающих преждевременных родах или родовом излитии вод), но и для регуляции родовой деятельности.

По нашим данным, отсутствие токолиза в I периоде родов повышает частоту быстрых и стремительных родов (75%) 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 респираторного дистресс-синдрома (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 завершается только к доношенному сроку гестации (Чудинов Ю.В., 1987)! Чрезмерно сильные симпато-адреналовые реакции, возникающие на фоне боли, необходимо корректировать. Поэтому для обезболивания преждевременных родов методом выбора признана эпидуральная анестезия, обеспечивающая регионарный симпатический блок (Lieberman E. et al., 2002).

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 повышают смертность недоношенных, особенно при мас-

се тела 500–1000 г, не меньше, чем перечисленные выше акты акушерской агрессии.

И ещё. При сравнении дородового фона (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. Тремя китами, на которых зиждется здоровье недоношенного ребёнка, считают уровень внутриутробного благополучия, срок беременности, тактику **родоразрешения** (Кулаков В.И., 2002; Сидельникова В.М., 2000).

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 показаний 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%.

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 экстр-

ремально 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.

Перинатальную смертность при преждевременных родах можно несколько снизить, проводя родоразрешение путём кесарева сечения, но повлиять на перинатальную заболеваемость, особенно у детей с малой и экстремально малой массой тела, не получится. Здоровье детей, родившихся ранее 32 нед гестации, зависит от фоновых заболеваний матери (экстрагенитальные, инфекционные и др.) и от осложнений беременности (тяжёлый гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и т.п.).

Параллельно существует мнение, что преимуществ у 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 глубоконедоношенных бывает одинаково часто и после самопроизвольных родов, и после экстренного кесарева сечения.

Или зависимость статуса новорождённых от срока гестации. При сравнении перинатальных исходов абдоминальных родоразрешений, выполненных в плановом порядке на 37–39-й неделе, у 8,3% детей были диагностированы дыхательные нарушения, а при плановой операции после 39 нед — ни у одного. Извлечение плода кесаревым сечением ранее 34 нед гестации завершилось для 40% новорождённых летальным исходом, у 16% сформировалась стойкая церебральная дисфункция.

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 задержке 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 среди пациенток с недоношиванием 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 недоношивания 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 в 3/4 случаев 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.

Изучается целесообразность программированных родов в группах высококого перинатального риска, например при задержке роста плода у повторнородящих на сроках 32–36 нед беременности (Радзинский В.Е. и соавт., 2007). Возможно, программированные роды при зрелых родовых путях, под контролем сократительной деятельности матки, состояния роженицы и плода помогут снизить частоту операций кесарева сечения.

В исследовании удалось определить особенности перинатальной заболеваемости недоношенных маловесных детей в зависимости от способа родоразрешения. Эту ценную информацию, безусловно, следует учитывать, выбирая срок и метод родоразрешения. Оказалось, что программированные роды уменьшают число младенцев с респираторным дистресс-синдромом I типа, метаболическими нарушениями средней и тяжёлой степени. Возможно, результат связан с эффективностью предродовой медикаментозной подготовки матери, полноценной профилактикой респираторного дистресс-синдрома плода в антенатальный период. Также при программированных родах снизилась частота общего отёчного синдрома. В то же время повысилась частота перинатального поражения ЦНС по типу синдрома гипервозбудимости. У новорождённых, чьи матери рожали по протоколу программированных родов, чаще реализовалась внутриутробная инфекция. Таким маловесным и недоношенным новорождённым необходимо адекватное ведение на I и II этапах выхаживания.

Показатели заболеваемости детей, родившихся при операции кесарева сечения, отличались от таковых при программированных родах: в 2 раза чаще отмечалось перинатальное поражение ЦНС по типу синдрома угнетения (табл. 6-4). Кроме того, после кесарева сечения больше случаев респираторного дистресс-синдрома I типа. Судорожный синдром, метаболические нарушения средней и тяжёлой степени выявляют чаще после рождения путём кесарева сечения в экстренном порядке.

Таблица 6-4

Зависимость перинатальной заболеваемости недоношенных новорождённых с задержкой антенатального роста от метода родоразрешения

Анализируемые показатели	Кесарево сечение (74)		Программированные роды (72)	
	Плановое	Экстренное	Программированные роды	Экстренное кесарево сечение
Перинатальные поражения ЦНС	86,5% (64)	13,5% (10)	80,5% (58)	19,5% (14)
Синдром угнетения	65,6% (42)	70% (7)	31% (18)	71,4% (10)
Синдром возбуждения	31,2% (20)	30% (3)	62% (36)	28,6% (4)
Судорожный синдром	12,5% (8)	60% (6)	13,7% (8)	14,3% (2)
Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости	18,7% (12)	40% (4)	36,2% (21)	42,8% (6)
Респираторный дистресс-синдром I типа	68,7% (44)	80% (8)	31% (18)	42,8% (6)
Метаболические нарушения средней и тяжёлой степени	50% (32)	100% (10)	40% (23)	42,8% (6)
Реализация внутриутробных инфекций	6,3% (4)	10% (1)	37,9% (22)	14,3% (2)
Общий отёчный синдром	93,7% (60)	90% (9)	88% (51)	78,6% (11)

Пути преодоления

Учитывая, что преждевременные роды — это рождение больного ребёнка большой матерью, то заболеваемость маловесных недоношенных новорождённых зависит от рациональности дородовой подготовки и антенатального состояния плода. К преждевременным родам и маловесности плода предрасполагают:

- низкий социально-экономический уровень;
- неустроенность семейной жизни;
- крайние возрастные группы родителей;
- злоупотребление никотином, алкоголем, наркотиками;
- перенесённые ранее аборт;
- преждевременные роды в анамнезе;

- самопроизвольные выкидыши;
- инфекции мочевой системы;
- воспалительные заболевания половых органов;
- тяжёлые соматические заболевания;
- нарушения строения и функции половых органов;
- многоплодная беременность.

Во многих странах проблему преждевременных родов пытаются решать, внедряя программы по отказу от курения. Доказана взаимосвязь между преждевременными родами и бессимптомной бактериурией, бактериальным вагинозом. Однако почти 30% преждевременных родов происходит без видимой причины.

Исход преждевременных родов зависит от правильности решения двух важных организационных задач: во-первых, роды должны происходить в стационаре соответствующего уровня (наличие современной аппаратуры для интенсивной терапии новорождённых и квалифицированного персонала), во-вторых, необходимо выполнить профилактику респираторного дистресс-синдрома плода. Исключительно с этой целью и используется токолитическая терапия.

Все беременные с угрозой прерывания или при появлении признаков преждевременных родов должны быть госпитализированы **только в акушерские стационары II–III уровня с отделением реанимации новорождённых**.

Для выявления риска преждевременных родов в алгоритм обследования беременных необходимо включать следующие мероприятия.

- Определение кислотности влагалищного содержимого, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и заднего свода влагалища для количественного определения возможных возбудителей воспалительного процесса и их чувствительности к антибиотикам.
- Исследование системы гемостаза: показатели агрегации тромбоцитов и маркёры хронического ДВС-синдрома (продукты деградации фибриногена, растворимые комплексы мономеров фибрина, D-димеры).
- Выявление фетального фибронектина в содержимом цервикального канала с 22 нед. Если вещества в содержимом влагалища нет, то с достоверностью 99,2% это гарантирует, что преждевременные роды в ближайшие 2 нед не произойдут. Перспективным выглядит методика определения интерлейкинов-6 и -8 (фактор некроза опухоли) в слизи цервикального канала и интерлейкина-1 в крови.
- Использование тест-полоски для прогнозирования преждевременных родов *ActimTMpartus*. Методика позволяет за 10 мин получить прогноз относительно преждевременных родов за 7–10 дней до их начала.

Для диагностики угрозы прерывания можно оценивать состояние шейки матки методом трансвагинальной эхографии.

Диагноз истмико-цервикальной недостаточности ставят на основании укорочения сомкнутой части цервикального канала (менее 2,5 см), формы (V- и U-образная) шейки матки, расширения внутреннего зева (более 10 мм). Эти данные должны быть верифицированы при мануальном исследовании шейки матки (мягкая, короткая). Хирургическую коррекцию истмико-цервикальной недостаточности проводят, если этого требует клиническая картина, накладывая круговой или П-образный шов на шейку матки. Предварительно нужно убедиться, что признаков инфекции и противопоказаний к сохранению беременности нет. Альтернативой циркулярному шву может быть использование разгрузочного пессария, применяемого в различных модификациях с 14–15 до 22 нед беременности (рис. 6-18).

В плановом порядке пессарий извлекают при достижении 37–38 нед беременности (можно извлечь в амбулаторных условиях). Досрочное удаление пессария может потребоваться в следующих ситуациях:

- необходимость экстренного родоразрешения;
- несвоевременное излитие околоплодных вод;
- развитие родовой деятельности;
- признаки хорионамнионита.

Противопоказания для введения пессария:

- заболевания, при которых противопоказано пролонгирование беременности;
- рецидивирующие кровянистые выделения из половых путей во II и III триместрах;

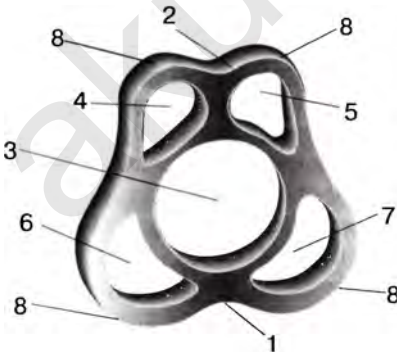


Рис. 6-18. Акушерский разгрузочный пессарий. Изготовлен из биологически инертного полиэтилена. Приспособление имеет большое основание (1), обращенное в сторону прямой кишки, и малое основание (2), прилегающее к лонному сочленению. Вогнутые поверхности препятствуют сдавливанию прямой кишки и мочевого пузыря. Центральное отверстие (3) предназначено для шейки матки. По периферии расположены дополнительные отверстия (4–7) для оттока влагалищного секрета. Все углы и боковые края закруглены. Выпускается в трёх размерах.

- воспалительные заболевания влагалища, шейки матки, наружных половых органов (требуется предварительная санация, затем бактериологический контроль);
- выраженные степени истмико-цервикальной недостаточности (пролабирование плодного пузыря).

При угрозе преждевременных родов и достаточном весе плода пролонгировать беременность желательно **как минимум до 32 нед**; это значительно снижает перинатальную смертность.

Подавление сократительной активности матки допустимо всеми методами острого токолиза (цель — **успеть осуществить курс профилактики респираторного дистресс-синдрома, на это нужно 48 ч**), при этом следует перевести беременную в стационар соответствующего уровня. Токолитическим эффектом обладают следующие средства:

- β -адреномиметики;
- блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин);
- магния сульфат;
- ингибиторы простагландинсинтетазы (нестероидные противовоспалительные средства).

При лечении необходимо учитывать сроки беременности, механизм действия токолитиков, возможные побочные эффекты. В 16–26 нед беременности оптимальна токолитическая терапия нестероидными противовоспалительными средствами, после 26 нед — β -адреномиметиками.

Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии. Комбинированное назначение повышает риск побочных явлений, а преимуществ по эффективности не имеет (табл. 6–5).

Применение интранатального токолиза позволяет прибегать к ИВЛ плода в 3,3 раза реже, а при сроке 28–34 нед — в 5 раз реже. Кроме того, у таких «пролонгированных» новорождённых достоверно выше оценка по шкале Апгар.

Новости последнего года — доказанный и с 2011 года учтённый в европейских клинических рекомендациях эффект экзогенного прогестерона на **пролонгирование беременности при угрозе преждевременных родов**. На прошедшем в июне 2011 года Региональном форуме «Мать и дитя» (Геленджик) впервые в России были доложены новые данные: прогестерон подавляет синтез интерлейкина-8 эпителиальными клетками нижних отделов половых путей (Peltier M.R., 2009), а **при местном применении** регулирует метаболизм простагландинов в тканях шейки матки, предотвращая её преждевременное созревание (Xu H. et al., 2008). Ещё в 2003 году (Fonseca E.V. et al.) было доказано, что у пациенток в 24–34 нед беременности с риском преждевременных родов ежедневное применение 100 мг микронизированного прогестерона снижает вероятность преждевременных родов в 9 раз. Обзор нескольких ран-

Таблица 6-5

Общий алгоритм действий при преждевременных родах

Открытие маточного зева, см	Срок беременности, нед	
	Менее 34	34–37
Менее 3	Токолиз Перевод беременной в стационар III (II) уровня Профилактика респираторного истресс-синдрома	Перевод беременной в стационар II (III) уровня Токолиз на время транспортировки
Более 3	В учреждении I уровня — вызов неонатологической реанимационной бригады Роды	Вызов неонатолога Роды

доминированных контролируемых исследований 2008 года (Dodd J.M.), объединивший 2425 беременных тех же сроков, подтвердил значительное сокращение числа преждевременных родов на фоне местного применения прогестерона.

Зарегистрированный в России микронизированный прогестерон для интравагинального применения («Утрожестан») разрешён до конца II триместра беременности, что позволяет надеяться на его эффективность в плане предотвращения преждевременных родов (хотя бы до 27 нед гестации).

Профилактика респираторного дистресс-синдрома

Профилактика респираторного дистресс-синдрома — обязательный компонент лечения угрозы прерывания. Она необходима всем беременным при угрозе преждевременных родов на сроке гестации от 26 до 34 нед, в том числе при досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

С этой целью беременным с угрозой преждевременных родов вводят **бета-метазон или дексаметазон** сразу при поступлении в родильный стационар. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода продолжается 2 сут. Эффективность повторного курса гормонов доказательной базы не имеет.

Бетаметазон вводят внутримышечно дважды по 12 мг с интервалом 24 ч, дексаметазон — 4 дозы по 6 мг с интервалом 12 ч.

При выборе тактики родоразрешения беременных с дородовым излитием вод нужно учитывать следующие факторы:

- функциональное состояние плода по данным КТГ, амниоскопии;
- состояние плодово-плацентарного кровотока;

- тяжесть основного заболевания матери;
- срок беременности;
- тип предлежания;
- степень задержки роста плода;
- степень перинатального риска;
- степень зрелости шейки матки;
- наличие или отсутствие инфекции, воспалительного процесса.

При критическом состоянии хотя бы по одному из первых трёх пунктов следует применять только абдоминальное родоразрешение.

При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности лучше придерживаться выжидательной тактики, назначить антибактериальную, токолитическую и эубиотическую терапию, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома плода. Антибиотики показаны при длительном безводном промежутке. Родоразрешение проводят путём планового кесарева сечения не ранее 3-х суток пребывания в стационаре (как минимум следует дождаться эффекта дексаметазона, а желательно — 32–34 нед гестации). Если осложнений ни у матери, ни у плода после 34 нед не наступило, следует отказаться от введения токолитиков и утеротоников.

Родовозбуждение при недоношенной беременности и зрелой шейке матки проводится комбинированно (последовательно назначают простагландины и 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.

Особенности техники операции кесарева сечения при преждевременных родах

Вопрос о кесаревом сечении на сроке беременности менее 28 нед решается индивидуально, с согласия родителей будущего ребёнка. До 36 нед кесаре-

во сечение предпочтительно при тазовом предлежании, многоплодии, аномалиях родовой деятельности (слабость, дискоординация), начале родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод и незрелой шейке матки.

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 маловесного ребёнка. Промежуток времени между извлечением и помещением новорождённого в кувез 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 фетоплацентарной 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 и не всегда «получающаяся» операция позволяет снизить травматизацию ребёнка, неизбежную при соприкосновении с самыми умелыми и нежными руками хирурга-акушера (рис. 6-19).

Первичная реанимация, стабилизация состояния и терапия дыхательных нарушений у детей проводятся в соответствии с методическими рекомендациями Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины «Принципы ведения новорождённых с респираторным дистресс-синдромом» (Москва, 2008).

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



Рис. 6-19. Этапы извлечения плода в плодном пузыре при кесаревом сечении.

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 COGI¹ (2010) 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 демонстрируют 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.

Программированные роды: за и против, или не споткнуться на финише

В мире нет единой точки зрения на программированные роды. Противники полагают, что решение закончить беременность прежде, чем начнутся спонтанные роды, — одно из самых драматических вмешательств в естественный ход репродукции человека. Доводы, выдвигаемые в поддержку элективного родоразрешения, парируются неблагоприятными перинатальными исходами. Однако число женщин с осложнениями беременности растёт, поэтому вполне можно понять необходимость родовозбуждения ранее предполагаемого срока родов или при доношенной (переношенной) беременности. В связи с этим важно анализировать обоснованность программированных родов, которых в мире становится всё больше (до 15–23%, местами — до 58% всех родов).

По данным американского и канадского национальных статистических центров, доля индуцированных родов в Северной Америке составляет более 20% (Martin J.A., Hamilton B.E. et al., 2003; Rusen I.D., 2003). В России их доля составляет 13–20% от общего количества родов.

1 Всемирный конгресс COGI — World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility; Всемирный конгресс по контраверсиям в акушерстве, гинекологии и преодолении бесплодия.

До настоящего времени нет чёткого определения понятия «программированные роды». Некоторые исследователи считают, что программированные роды лишь предупреждают перенашивание беременности, когда медицинских показаний к немедленному родоразрешению нет, плод и родовые пути достигли полной зрелости, а спонтанная родовая деятельность не начинается. Искусственное родовозбуждение при беременности высокого риска для матери и плода (при наличии медицинских показаний) предлагается рассматривать 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 фетоплацентарной недостаточности, возможностью мониторингового наблюдения за состоянием плода, появлением новых лекарственных препаратов, якобы ускоряющих созревание плода и подготовку организма беременной к родам, а также доступность препаратов для родовозбуждения и стимуляции родовой деятельности.

Активное управление родовым актом, по мнению некоторых авторов, не только уменьшает продолжительность родов (в среднем 6–8 ч у первородящих), но и позволяет контролировать родовую деятельность, благодаря чему случаев слабости и дискоординации родовой деятельности становится в 2–7,8 раз меньше. Частота кесарева сечения при программированных родах у женщин с высоким перинатальным риском (перенашивание беременности, длительно текущий гестоз, мало- и многоводие и др.) снижается в 2–4 раза (4–12%) по сравнению со спонтанными родами и аналогичной степенью перинатального риска (Стрижова Н.В. и соавт., 2000; Nicolson J.M., 2004).

Однако мы убедились, что достичь таких результатов возможно лишь при готовности родовых путей беременной, возможности мониторингового контроля сократительной деятельности матки, при необходимости — на фоне управляемого и дифференцированного введения утеротоников (Вученович Ю.Д., 2006; Бондаренко К.А., 2007).

Следует подчеркнуть, что основная цель программированных родов — **снижение перинатальных потерь именно при доношенной беременности** (особенно при наличии экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений) благодаря оптимизации продолжительности родового акта, решению некоторых организационных проблем (Гайкалова Н.В., 1999). Если сравнить наши результаты с показателями в экономически развитых странах, то видно, что улучшение качества акушерской помощи в виде широкого распространения программированных родов действительно снижает перинатальную заболеваемость и смертность (Вальдман С.Ф., Иванова Н.В., 2000).

По данным J.A. Macer et al. (1992), индукция родов у женщин с низким перинатальным риском не повышает частоту оперативного родоразрешения и неблагоприятных неонатальных исходов. Однако в других исследованиях было отмечено, что программированные роды повышают продолжительность пребывания в родильном доме, частоту кесарева сечения и применения инструментальных пособий по сравнению со спонтанными родами (Glantz J.C., 2005).

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 при дальнейшем течении беременности**.

Отсутствие единой позиции о безопасности и эффективности программированных родов связано с настойчивой ассоциацией «активное ведение родов направленно на их ускорение и оптимизацию работы медицинского персонала». Почему же в акушерской практике не ждут естественных схваток, а лишь придёт так называемый календарный срок, назначают программированные роды? Ведь изначально программированные роды задумывались для родоразрешения беременных с различными осложнениями и экстрагенитальными заболеваниями. Их внедрили, как имеющие большие преимущества перед спонтанными родами. Однако в целом, представления о программированных родах стали превратными. Налицо подмена некоторых понятий.

Показания к индукции родовой деятельности до сих пор выглядят нечёткими и сомнительными, более того, многие из них специалисты активно оспаривают. Некоторые авторы считают нецелесообразными программированные роды до начала родовой деятельности, другие рекомендуют их при доношенной беременности, подготовленной шейке матки и наличии показаний (у матери, плода или сочетанных).

В настоящее время показаниями для программированных родов считают:

- длительно текущий или тяжёлый гестоз;
- перенашивание или тенденцию к перенашиванию беременности;
- хроническую гипоксию плода;
- плацентарную недостаточность;
- возраст первородящей более 30 лет;
- сахарный диабет и другие экстрагенитальные заболевания матери.

M. Gaudoin, K. Noble и J. Traunor (2006) проанализировали 70 случаев родовозбуждения первобеременных, 33% от общего количества родов за исследуемый период. Показания к родовозбуждению распределились так: перенашивание беременности — 59%, гестоз — 11%, плацентарная недостаточность — 7%, экстрагенитальные заболевания матери — 3% и внутриутробная гибель плода — 1%. Вызывает недоумение тот факт, что в 9% случаев указывалось и «желание беременной». Хотя пункт о «желании врача» не фигурировал, можно предположить,

что некоторые пациентки поддались уговорам акушера о том, что беременность необходимо завершить как можно скорее.

Налицо акушерская агрессия, и её результат не заставил себя долго ждать. Частота кесарева сечения у пациенток, подвергшихся родовозбуждению, была в 2 раза выше, а массивная кровопотеря в родах встречалась в 5 раз чаще, чем у женщин, начавших рожать самопроизвольно. В случае родовозбуждения, выполненного по «желанию женщины», частота экстренного абдоминального родоразрешения составила 83%! Какие ещё нужны комментарии, когда столь красноречивы цифры!

Согласно концепции перинатального акушерства выбор тактики и сроков родоразрешения напрямую зависит от антенатального статуса плода, вступающего в роды. Однако до настоящего времени не разработан отдельный подход к ведению беременных с точно известным гестационным сроком при перенашивании.

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 точно не знаем.

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) используется только в России; в МКБ-10 такая нозологическая единица отсутствует.

Хотя комплексное антенатальное наблюдение (УЗИ, КТГ, доплеровское исследование и прочее) достаточно информативно, всё же существует риск внезапной дородовой гибели плода при перенашивании, даже среди полного благополучия (0,5–1 случай на 1000 беременностей).

Доводы о том, что целесообразно дожидаться спонтанной родовой деятельности столько, сколько потребуется, опровергаются выводами А.М. Gulmezoglu et al. (2006). Исследовательская группа заключает, что перинатальная смертность после 41-й недели гестации многократно возрастает, в основном по причине мекониальной аспирации. Аналогичная тенденция прослеживается и с перинатальной заболеваемостью: родоразрешение в сроки 43 нед и более коррелирует с наивысшими цифрами: 164,5%. 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 перенесенной беременности практически не растут бипариетальный размер головки плода, переднезадний размер груди, боковой раз-

мер 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 множественным 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 биофизиологического профиля: усугубляются нарушения двигательной активности, сердечной и дыхательной деятельности, снижается мышечный тонус плода.

Агрессивность 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 мин и $6,71 \pm 0,32$ — на 5-й мин). 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?

W.Y. Fok et al. (2006) указывают, что при программированных родах в 41 нед беременности достоверно возрастает лишь частота эпидуральной анестезии, по остальным показателям (состояние новорождённых, частота кесарева сечения) статистически значимых различий с родами в срок нет. M. Novi et al. (2006), M. Tregger et al. (2002) считают, что программированные роды нужно провести ранее 42 нед беременности, поскольку позже возрастает риск макросомий, осложнений в родах, частоты кесарева сечения и мекониальной аспирации (с 12,8% в 40–41 нед беременности до 21,2% — в 42 нед). G. Chamberlain, L. Zander (1999) тоже пишут, что риск перинатальной смертности после 41 нед значительно возрастает.

Всё это подтверждает обоснованность критерия ВОЗ по срокам доношенной беременности; при превышении этого срока стимуляция родоразреше-

ния биологически целесообразна. Понятие «продолжительная беременность» ВОЗ исключает из использования как «не основанное на весомых доказательствах».

О том, что не нужно дожидаться самопроизвольных родов при перенашивании, говорят нам перинатальные исходы: все случаи кефалогематом, переломов ключицы, парезов периферических нервов наблюдались у новорождённых, чьи матери рожали самопроизвольно. Более половины случаев перинатального поражения (из 101 наблюдения) произошли с новорождёнными самопроизвольно родивших матерей, что достоверно чаще, чем при программированных родах (в 1,8 раза) и при оперативном родоразрешении (в 3,7 раза).

Несколько 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).

Что касается оперативного родоразрешения, то по нашему мнению, на фоне перенашивания (после 42 нед) кесаревых сечений производят в 2 раза больше, чем в 38–40 нед беременности. Часто кесарево сечение оказывается закономерным исходом попыток **родовозбуждения при незрелой шейке матки**.

Анализ перинатальной заболеваемости перезрелых новорождённых: хуже всего обстоят дела после самопроизвольных родов — 77,6%, после программированных — 16,8%, после кесарева сечения — 12,7%. Аналогична тенденция при оценке по шкале Апгар (после оперативного родоразрешения и программированных родов оценка была выше и составляла 7–8 баллов).

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.

Как же происходит на самом деле? Перечисленные выше часы никогда не выполняются, поскольку «программировать» роды начинают в угоду режиму лечебного учреждения. Среди причин, по которым врачи отходят от плана ведения родов в пользу кесарева сечения, на первом месте оказываются организационные и технические проблемы (Stephansson O., 2003). Эти же причины приводят к ухудшению перинатальных исходов родов в ночное время и выходные дни. Личный опыт, индивидуальные воззрения врача скромно занимают второе место (Luthy D.A. et al., 2004). Акушерская агрессия? Да.

Неудивительно, что многие исследователи отрицательно относятся к самой идее программированных родов, считая их «родами для удобства персонала» (Seyb S.T., 1999).

A. Lerchl (2005) в своей статье «Где воскресные дети?» приводит результаты анализа частоты рождения детей в выходные дни за период с 1988 по 2003 годы в Германии, сравнивая полученные данные с аналогичным показателем за 1900–1950 годы. Оказывается, с 1988 по 2003 годы 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) безразлична для ребёнка. Больше всего неблагоприятных родов, когда новорождённым потребовались реанимационные мероприятия, произошли 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 обоснованно) применить активную тактику (рис. 6-20).



Рис. 6-20. «Опасные» часы в работе родильных домов.

Очевидно, что попытка оптимизировать сроки начала и продолжительность родов противоестественна, поскольку ущемляет интересы ещё не рождённого ребёнка. С другой стороны, это не значит, что запоздалым родам нужно протекать спонтанно: в 7,5% случаев кроме неэффективности попыток нормализации родовой деятельности (при программированных родах в 7%) экстренное кесарево сечение выполнялось в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (один случай) и острой гипоксией плода (четыре случая).

Развитие родовой деятельности после амниотомии без медикаментозного родовозбуждения происходит у большинства беременных со зрелой шейкой матки (77,8%). Это подтверждает, что **беременных с перенашиванием лучше вести по протоколу программированных родов** (Вученович Ю.Д., 2007). Дозированное применение утеротоников потребовалось только 27,8% беременных; продолжительность родовозбуждения при этом составила в среднем 2 ч 48 мин. Спонтанные роды при перенашивании достоверно чаще осложняются слабостью родовой деятельности (в 3,3 раза) и требуют введения утеротоников (в 1,6 раза). Напрашивается вывод не в пользу «естественного хода событий». И хотя обезболивание при самопроизвольных родах проводят в 1,9 раза реже, чем при программированных (46,6 и 90,1%, соответственно), анестезия улучшает гемодинамические показатели матери, ликвидирует дискоординацию маточной мускулатуры, улучшает фетоплацентарный кровоток, уменьшает восприятие боли и эмоциональное напряжение.

Как при программированных, так и спонтанных запоздалых родах перинатальный риск значителен. При интранатальной оценке факторов риск составляет 11,1 балла (83,4% наблюдений) при спонтанных родах и 12,3 балла (53,6%) при программированных родах (в обоих случаях риск средней степени и не зависит от паритета женщины).

Вопрос о целесообразности амниоскопии в родах связан с тем, что результаты этого исследования часто расходятся с оценкой околоплодных вод при эхографическом исследовании. Некоторые исследователи (Raboni S. et al., 2004; Odent M., 2006) считают амниоскопию интересной лишь в историческом плане. Прибегать к этой методике предлагают только при невозможности качественной КТГ и УЗИ. Сравнение исходов переносенных беременностей при маловодии и нормальном содержании околоплодных вод демонстрирует, что маловодие не повышает вероятность перинатальных потерь при программированных родах. Таким образом, считать маловодие противопоказанием к проведению программированных родов нельзя (Verrotti C. et al., 2004).

Мекониальная окрашенность околоплодных вод — дополнительный фактор интранатального риска.

Итак, **пациенток с перенашиванием лучше всего вести по протоколу программированных родов**. В то же время 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 перинатального риска (80,8%), а экстренное — у 24 (19,2%).

Все преимущества программированных родов бледнеют и исчезают, как только в протоколе родов появляются манипуляции, ускоряющие роды, а также запрещённые приёмы (например, «пособие» по Кристеллеру). Бывшие когда-то естественным процессом, роды стали медикализированными и обросли множеством ненужных, необоснованных и небезопасных вмешательств.

Анализ причин тяжёлого состояния новорождённых, нуждающихся в длительной ИВЛ («аппаратных» доношенных детей), показал, насколько часто фигурирует акушерская агрессия в родах:

- амниотомии (31,3%);
- медикаментозное родовозбуждение и родостимуляция (30,8%);
- применение утеротоников без учёта степени перинатального риска;
- индуцированные аномалии родовой деятельности (40,8%);
- недооценка факторов перинатального риска, отсутствие интранатального пересчёта (70,1%);
- запаздывание абдоминального родоразрешения, допускающее выраженное страдание плода (62,2%);
- эпизиотомия как основное мероприятие (почти у 90% женщин, родивших «аппаратных» доношенных) при обнаружении страдания плода во II периоде родов;
- неадекватное обезболивание родов (25,8%).

Очевидно, что акушерская агрессия очень часто отражает предпочтение «удобств для себя» медицинским персоналом.

Первое необоснованное действие — неадекватный выбор метода родоразрешения, программированных родов. Поэтому разработку темы программированных родов надо начинать с формулировки адекватных показаний. Программированные роды **при зрелой шейке матки** — основная перспектива улучшения перинатальных исходов.

Пути преодоления

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 переносной (*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, «переносность» и «перезрелость» — не синонимы. Возможны запоздалые роды плодом без признаков перезрелости, и наоборот, своевременные роды (*term delivery*) перезрелым плодом. Таким образом, «переносность» есть понятие календарное, а «перезрелость» — термин, применяемый для оценки физического статуса плода и новорождённого.

Программированные роды обеспечивают своевременное родоразрешение, возможность мониторить состояние плода и сократительную деятельность матки. Роды протекают при оптимальных условиях организации работы родильного блока. Программированные роды возможны при наличии медицинских показаний (высокая степень перинатального риска) или в качестве профилактики перенашивания беременности (см. главу «Стратегия перинатального риска»). Участие всего персонала родильного блока, 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. 6-21): 25 баллов и выше — обсуждается абдоминальное родоразрешение, плановое либо запланированное; до 24 баллов — программированные роды.

Оптимальный момент для родоразрешения при перенашивании — 41-я неделя беременности. С нарастанием срока перенашивания прямо пропорционально увеличивается перинатальная заболеваемость: среди родоразрешённых в 41 нед — 10,8%, в 42 нед — 32,5% и в 43 нед — 164,5% соответственно.

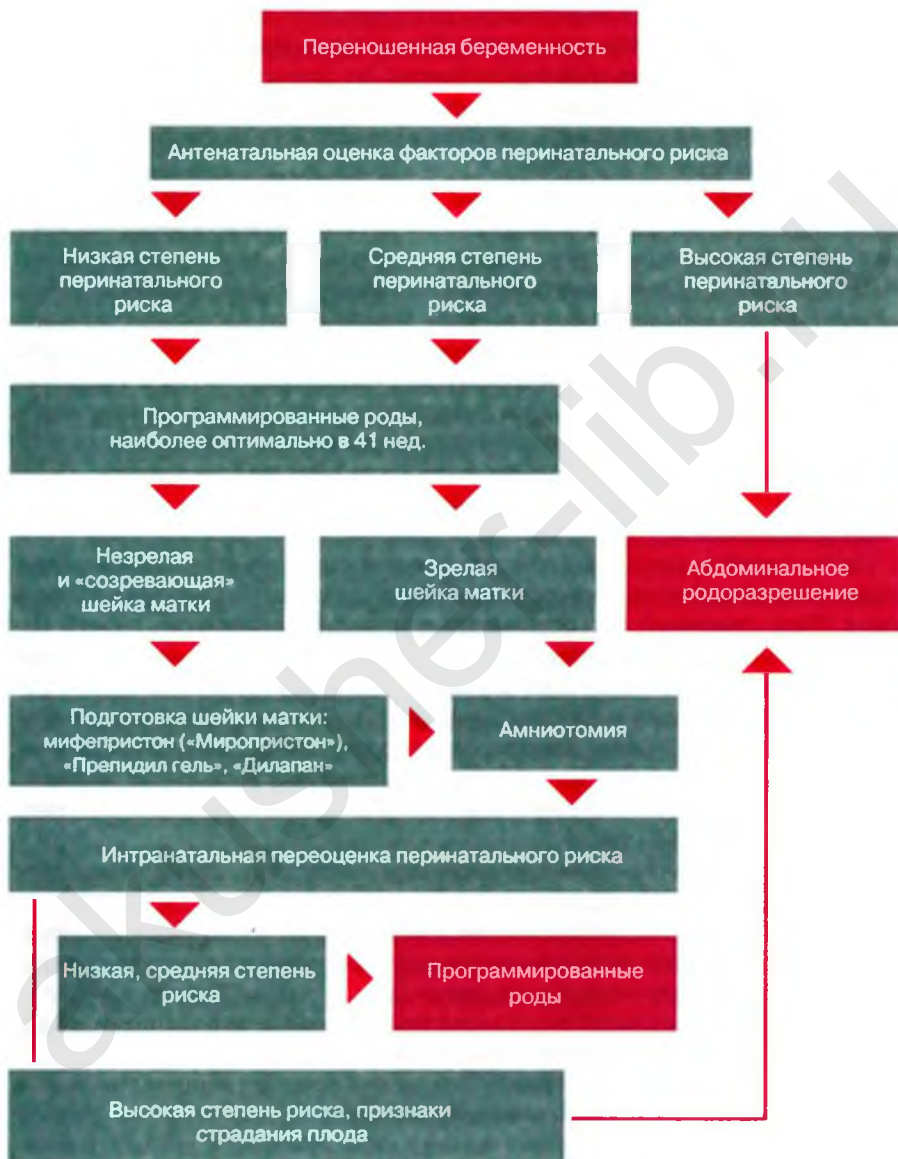


Рис. 6-21. Алгоритм ведения беременных с перенашиванием.

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 сердечных биений плода);
- документальное подтверждение того, что пациентка согласна на предстоящее вмешательство (должны быть перечислены показания для индукции и имеющиеся факторы риска).

При сроке 41 нед, но 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 при диагностике маловодия от метода амниоскопии следует отказаться, либо амниоскопические данные необходимо сопоставлять с эхографическими показателями. В любом случае количество вод следует оценивать **эхографически**.

Отсутствие роста бипариетального, переднезаднего размера головки плода, бокового размера груди и переднезаднего размера живота на фоне увеличения бокового размера живота, ухудшение биофизического профиля плода (суб- и декомпенсированные фазы плацентарной недостаточности), централизация плодового кровообращения, появление поздних децелераций и вариабельности сердечного ритма, несмотря на сомнительность доказательной базы каждого из них в отдельности и в совокупности, должны стать основанием для обсуждения планового абдоминального родоразрешения.

При перенашивании роженицам с мекониально окрашенными околоплодными водами необходима амниоинфузия тёплым изотоническим раствором в течение 2–3 ч под постоянным кардитокографическим контролем. 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.

Разработанный алгоритм дифференцированного подхода к выбору времени и метода родоразрешения позволяет полностью нивелировать перинатальную смертность и снизить перинатальную заболеваемость с 77,6% при спонтан-

ных родах до 16,8% при программированных (на примере родильного дома №25 г. Москвы в течение 2004–2008 годов).

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 раскрыться в ответ на сокращения матки.

В различных рандомизированных исследованиях о влиянии индукции родов на частоту кесарева сечения состоянию шейки матки не уделено должного внимания (Nicholson J.M., Kellar L.C., Cronholm P.F., 2004). Уже появляются сходные работы, отдающие должное значимости биологической зрелости шейки матки для инициации родоразрешения.

В наших расчётах незрелость шейки матки повышает вероятность аномалий родовой деятельности (особенно дискоординации) значительно больше, чем многоводие, дородовое излитие околоплодных вод и патологический прединарный 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 родовой деятельности 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).

В случае перенашивания беременности и незрелости шейки матки в 40–41 нед при индукции родов весьма вероятны **ятрогенные аномалии родовой деятельности.**

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



Рис. 6-22. Шансы развития аномалий родовой деятельности. Несомненно, зрелость шейки матки — главный критерий готовности женщины к родам.

организма беременной к индукции родов. M.R. Elghorori et al. (2006) проводили сравнительную оценку информативности таких показателей, как «степень зрелости шейки матки по шкале E.H. 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 E.H. Bishop.

Пути преодоления

Биологическая зрелость родовых путей

Зрелая шейка матки — важнейший критерий успешности предстоящего родовозбуждения. Именно поэтому анализ готовности мягких родовых путей к родам должен быть возведен в ранг диагностического минимума. Вспомним о механизмах созревания шейки матки.

Весь период гестации шейка матки плотная, она «запирает» выход из полости матки. Это обеспечивает вынашивание беременности вплоть до родов.

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).

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 соединительнотканнные 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 E₂. При естественном течении событий эти вещества синтезируются за 10–14 дней до родов.

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. 6-6). Каждый из этих

Таблица 6-6

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

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 оправдано, 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.

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. Назначение эстрогенов для подготовки родовых путей — частый элемент акушерской агрессии.

Знание физиологии созревания шейки позволит избежать неоправданного применения синтетических аналогов эстрогенов. Традиция этого неправомерного назначения уходит корнями в давние ошибочные представления о роли гормонов в инициации сократительной деятельности матки. Согласно современным представлениям, для начала маточных сокращений значимо не коли-

Историческая справка

Назначением касторового масла и встречной «горячей» очистительной клизмы, иногда с хинином, 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 15–20% сегодня!).

чество 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 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 гладких миоцитов. Для этого важнейшего акта необходимы в первую очередь простагландины и серотонин.

Нам остаётся только восхищаться гениальной наблюдательностью предков: ничего не зная о тонких механизмах родов, они успешно лечили слабость родовой деятельности, назначая слабительные, как правило, касторовое масло. Выброс серотонина и других биологически активных веществ в каскаде арахидоновой кислоты, происходящий при усилении перистальтики толстой кишки, прекрасно стимулирует сократительную деятельность матки.

Печальным последствием необдуманного назначения синэстрола или эстрадиола, не имеющего никакого отношения к описанным выше биологическим процессам, неизбежно становится 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.**

Перед нами лишний повод задуматься о том, стоит ли врачу подводить пациентку 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. Часто испуганная вероятностью осложнений женщина обращает свои вопросы не к лечащему врачу, а напрямую в правоохранительные органы.

Эффективность подготовки шейки матки к родам с помощью витаминов, препаратов аденозинтрифосфата, механической стимуляции соска не исследована, а потому и о безопасности этих методик для здоровья матери и плода сказать ничего нельзя.

Методы подготовки шейки матки и индукции родов. Что эффективно?

При физиологически протекающей беременности к концу III триместра в головном мозге женщины формируется так называемая родовая доминанта. Этот очаг активности управляет подготовкой организма беременной к родам. Однако в некоторых случаях чувство страха перед предстоящими родами и другие негативные факторы нарушают естественные процессы подготовки организма к родам.

Актуальность проблемы подготовки шейки матки к родам связана с тем, что среди беременных всё больше женщин старшего возраста, страдающих экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями. Осложнённая беременность нередко приводит к необходимости родовозбуждения ранее предполагаемого срока родов, а также в случае перенашивания.

Средства, используемые для ускорения созревания шейки матки, достаточно разнообразны, и это приводит к путанице и непоказанным назначениям. Возможны самые разнообразные предпочтения не только в лекарственных препаратах (динопростон, мифепристон), их формах выпуска, дозировках, путях введения, но и увлечение немедикаментозными методами, например палочками ламинарий. А обоснованность назначений в этой ситуации особенно важна, поскольку некоторые варианты назначений при определённых обстоятельствах могут спровоцировать начало родов ранее полноценного созревания шейки матки.

При незрелости шейки матки для преиндукционной подготовки наиболее часто используют:

- локальные аппликации (интрацервикально или в задний свод влагалища) простагландина E₂;
- интрацервикальное введение «Дилапана», ламинарий или катетера Фолея;
- простагландин E₁;
- агонист прогестероновых рецепторов мифепристон.

Механические методы, такие как натуральные ламинарии, катетер Фолея (с экстраамниотическим введением физиологического раствора и без таково-

го), синтетические гигроскопические расширители типа «Дилапана» были разработаны ранее других средств для подготовки шейки матки и индукции родов. При использовании этих способов подготовка шейки матки к родам происходит не только благодаря механическому воздействию (расширение цервикального канала), но и вследствие активации синтеза простагландинов при раздражении шейки матки.

Преимущества механических способов перед фармакологическими методами родовозбуждения: простота хранения, низкая стоимость, меньшее число побочных эффектов. Несмотря на то что механические методы позволяют раскрыть шейку матки до 3–4 см, высока вероятность дополнительного применения окситоцина для усиления родовой деятельности. Однако длительность интервала от начала индукции до родов при использовании механических средств невелика.

Среди отрицательных моментов использования механических дилататоров (натуральных или синтетических) — высокая вероятность инфицирования родовых путей.

В соответствии с данными В.В. Абрамченко, О.В. Капленко (2000), эффективность механических методов довольно высока; число операций кесарева сечения при их использовании уменьшается в 3 раза. Вместе с тем M. Boulvain et al. (2001) свидетельствуют, что подготовка шейки матки и родовозбуждение с помощью интрацервикального введения ламинарий и простагландина E₂ вдвое эффективнее; причём риск гиперстимуляции сократительной деятельности матки и ухудшения функционального состояния плода у простагландинов почти нулевой.

Наблюдения С.Н. Занько (2008) о 2000 эпизодах успешной подготовки пациенток к родам свидетельствуют об открытости проблемы. Прислушайтесь к своим предпочтениям, личному опыту *etc.*

Дискуссия, развернувшаяся в мировой медицинской литературе по поводу методик применения простагландинов для подготовки к родам, не закончена. С целью индукции родов простагландины вводят сублингвально (трансбуккально), внутрь, парентерально, интравагинально и интрацервикально. Одновременность созревания шейки матки и индукции родов в случае использования простагландинов позволяет надеяться на родоразрешение в течение 12–24 ч. Простагландины стимулируют синтез коллагеназы в шейке матки, фермент разрушает цервикальный коллаген, что клинически выглядит как размягчение шейки матки.

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 мг до 1,5 мг.

F. Facchinetti (2005) рекомендует интравагинальное применение динопростона пролонгированного действия. Преимущество данного способа введения препарата — меньше акушерских осложнений, требующих окситоциновой терапии и кесарева сечения, а также укорочение срока госпитализации. Однако введение простагландина E₂ интравагинально больше инициирует начало родовой деятельности, а на созревание шейки матки влияет во вторую очередь. К настоящему времени мнения авторитетных специалистов о приемлемости различных форм и дозировок простагландинов противоречивы. В связи с этим оправдан дифференцированный подход лечащего врача к конкретной акушерской ситуации. Наша главная задача при программированных родах — подготовка шейки матки к родам и последующее своевременное родовозбуждение.

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. В некоторых работах через 6 ч после последней дозы простагландина дополнительно вводили окситоцин.

Использование простагландинов нередко ограничено побочными эффектами этих препаратов, например на деятельность желудочно-кишечного тракта. В связи с этим продолжается поиск новых методов искусственной стимуляции начала родов, имитирующих механизмы естественной активации.

Некоторые исследователи (Rojansky N., Reubinoff B. et al., 1997) утверждают, что значительное улучшение исходов программированных родов за минувшее десятилетие произошло благодаря широкому внедрению новых препаратов. В это время для подготовки шейки матки к родам стали применять синтетические антигестагены (мифепристон). Уже проведены рандомизированные плацебо-контролируемые исследования, доказывающие безопасность и эффективность применения мифепристона для подготовки шейки матки и индукции родов при доношенной беременности.

По мнению А. Хомасуридзе (2006), Н.Д. Гаспарян (2001–2008), антигестагены, наряду с созреванием шейки матки обеспечивающие и индукцию родовой деятельности, снижают вероятность дискоординации родовой деятельности и гипоксии плода (в сравнении с использованием простагландинов). Что касается влияния мифепристона на частоту кесаревых сечений, то здесь мнения учёных расходятся: M.S. Edwards (1996) считает, что частота абдоминального

родоразрешения не меняется, а в исследовании J.P. Neilson (2000) произошло снижение показателя.

В работе P.C. Guacalone et al. (2001) показано, что применение мифепристона негативно влияет на материнскую гемодинамику, повышая АД и вызывая тахикардию. Одновременно меняется и частота сердцебиения плода. А вот частота гипогликемии у новорождённых от применения мифепристона никак не зависит.

Другие исследователи (Elliot C.L. et al., 1998; Neilson J.P., 2000; Stenlund P.M. et al., 1999; Wing D.A. et al., 2000) тоже пишут, что мифепристон, назначенный матери, не ухудшает состояние новорождённого. Таким образом, препарат эффективен для подготовки к родам, снижает потребность в применении простагландинов и окситоцина, ускоряет начало родовой деятельности.

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 минимальны. 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.

76% детей родились в удовлетворительном состоянии, 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 врождённые пороки развития (25%). В 94% случаев инволюция матки происходила физиологически. Все роженицы выписывались домой на 4–11-е сутки после родов (Гаспарян Н.Д., 2008). Интересную инфограмму привёл в своих работах И.Ф. Фаткуллин (2010). Из табл. 6–7 становится ясно, что именно мифепристон имеет минимум побочных действий, не считая учащения досрочного излития вод.

Говоря об ускорении родоразрешения, следует упомянуть о мизопростоле («Сайтотек», «Миролют»). Этот мощный простагландин E₁ известен давно, он используется для лечения гипотонических кровотечений и входит в набор для

Таблица 6-7

Эффективность различных способов подготовки шейки матки к родам, % (Фаткуллин И.Ф., 2010)

	Мифепри- стон n = 48	Динопро- стон n = 25	Ламина- рии n = 30	Инфо- графика
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	

медикаментозного аборта. Однако **в качестве родовозбуждающего средства мизопропрост не зарегистрирован в РФ**, поскольку это сильнодействующее вещество невозможно дозировать с удовлетворительной точностью. В настоящее время одной из отечественных компаний ведётся работа по регистрации лекарственной формы мизопроста 25 мкг («Миролют»).

В иностранных акушерских стационарах популярно сублингвальное или трансбуккальное введение простагландинов E₁. Данный способ считается наиболее физиологичным (Кэмпбелл С., Лиз К., 2004). Вместе с тем 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%.

Надо сказать, что история применения препарата далеко небезупречна. В США широкому клиническому внедрению мизопроста предшествовали едва ли не хвалебные публикации без анализа возможных рисков. В отечественных работах также перечислены лишь достоинства препарата: быстрое созревание шейки матки, дополнительных амниотомий и родовозбуждения почти никогда не требуется. 200 мкг мизопроста внутрь не ухудшает состояние плода и новорождённого, не влияет на частоту экстренных кесаревых сечений. Лишь недавно были опубликованы исследования, подтверждающие высокий риск при использовании этого препарата: возможно нарушение состояния плода, гиперстимуляция с разрывом матки. Несмотря на это, многие

врачи активно эксплуатируют привлекательные свойства «Сайтотека», а именно — возможность завершения беременности в удобное время, чаще днём.

Ситуация с несанкционированным использованием мизопростола напоминает предысторию трагически известных диэтилстильбэстрола в 1950-е годы и талидомида в 1970-е годы; эти препараты тоже получили широкое распространение без полноценного научного обоснования их использования. Применение «Сайтотека» в качестве утеротонического средства для стимуляции родовозбуждения не одобрено ни FDA (Food and Drug Administration) в США, ни самой фирмой-производителем¹.

Более того, в 2010 году поступила информация о создании 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 в свечах. Будем ждать!

Разрывы матки (уже не один из таких случаев закончился судебным иском) после применения «Сайтотека» должны стать стоп-сигналом для многих слишком активных, но не очень квалифицированных врачей. Пример из судебной практики — цитата из искового заявления (см. главу «Разрыв матки»), когда врач ввёл «запрещённое лекарство»² и роды закончились трагически (гибель ребёнка, разрыв матки и селезёнки).

Если медик, независимо от стажа и квалификации, 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 ведь не ловили». Увы! В нынешнем виде мизопростал опасен! И в современных, зарегистрированных в России лекарственных формах ему категорически не место среди анте- и интранатальных утеротоников. Разработать дозировки и формы применения «Сайтотека», безопасные для индукции сократительной деятельности матки при доношенной беременности, удалось в Египте (25 мкг в свечах), но в РФ эта форма не зарегистрирована, хотя будем надеяться на скорое появление «Миролюта» в дозе 25 мкг.

Столь же спорен вопрос о парентеральном введении утеротоников. Именно при незрелой шейке матки трудно бывает определиться, что предпочтительнее использовать, окситоцин или простагландины? И далеко не все врачи помнят, что основное количество рецепторов к окситоцину синтезируется в миометрии только в конце I периода родов. Этот факт, несомненно, подчёркивает выгоды

¹ 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.

² Это был «Сайтотек»; о запрете на применение этого препарата «умный» врач сам рассказал пациентке.

использования простагландинов (они способны усиливать сократительную активность матки в конце беременности, от наличия рецепторов к окситоцину не зависят). Грамотный подход позволяет заметно снизить вероятность аномалий родовой деятельности и потребность в абдоминальном родоразрешении при программированных родах.

Многие авторы считают, что интрацервикальное и интравагинальное применение простагландинов предпочтительнее, поскольку парентеральное назначение этих средств значительно повышает риск преждевременной отслойки плаценты при целом плодном пузыре.

Анализируя иностранные источники, мы убедились, что зарубежные коллеги также злоупотребляют элементами акушерской агрессии при индукции родов или лечении слабости родовой деятельности.

Пути преодоления

Препараты для подготовки шейки матки в протоколе программированных родов

Как известно, при использовании препаратов для созревания шейки матки лучше всего создать условия для развития спонтанной родовой деятельности. Выбор препарата для подготовки родовых путей основан на представлениях об эндокринной регуляции родов, механизме действия простагландинов.

Для возникновения и поддержания автоматизма родовых схваток очень важны стимуляторы маточных сокращений, синтезирующиеся в плодных оболочках, мембранах децидуальной оболочки, миометрии. Синтез так называемых плодовых простагландинов (E_2) происходит в плодовой части плаценты (в амнионе и хорионе), в организме плода. В децидуальной оболочке и миометрии (в том числе в шейке матки) вырабатываются простагландины обоих типов: и E_2 , и $F_2\alpha$ (материнские). Действие этих простагландинов сходно — они индуцируют сократительную активность матки и влияют на систему гемостаза матери и плода.

Свойства простагландинов E_2 :

- антиагрегантное действие;
- снижение тонуса сосудистой стенки;
- улучшение кровотока и микроциркуляции.

Свойства простагландинов $F_2\alpha$:

- вазоспазм;
- усиление агрегации эритроцитов и тромбоцитов, что уменьшает кровопотерю в родах;
- индукция сильной сократительной активности матки, что ухудшает микроциркуляцию и нередко приводит к повышению АД.

Простагландины материнского и плодного происхождения воздействуют на матку синхронно: раскрывают кальциевые каналы в цитоплазматической мембране миоцитов, повышают тонус органа, усиливают сократительную активность и энергетическое обеспечение, обуславливают автоматизм сократительной деятельности. Разнонаправленный характер и сбалансированное соотношение простагландинов обеспечивают микроциркуляцию в миометрии, адекватный маточно-плацентарный и плодово-плацентарный кровоток. Сохранности маточно-плацентарного кровотока способствует прогестерон, но применение этого вещества во время беременности и родов не рекомендовано: во-первых, свободных гормональных рецепторов к нему всё равно нет, во-вторых, экзогенно вводимые гормоны разрушаются ингибиторами ароматазы.

Незадолго до родов начинают действовать факторы активации матки, заодно индуцирующие активность простагландинов следующими способами:

- образование рецепторов к простагландину и окситоцину;
- открытие мембранных ионных каналов, рост активности коннексина (главного компонента межклеточных контактов);
- повышение электрической сопряжённости миоцитов миометрия (возникший импульс распространяется на большую протяжённость);
- усиление синтеза андрогенных предшественников эстрогенов (андростендиона) в надпочечниках плода и повышение активности ароматазы в плаценте.

Эффекты простагландина E_2 (расслабление миометрия перешейка, шейки и нижнего сегмента матки, созревание шейки матки и индукция родовой деятельности) использованы в препаратах простагландинового геля (динопростон, «Препидил»). Эти лекарственные средства весьма физиологично подготавливают шейку матки к родам.

С практических позиций следует чётко различать мероприятия, направленные на созревание шейки матки и методы непосредственной индукции маточных сокращений (схваток).

Выбор тех или иных препаратов для программированных родов должен соответствовать логике регуляции сократительной деятельности матки: увеличение синтеза эстрогенов в фетоплацентарном комплексе → повышение концентрации простагландинов E_1 и E_2 в крови (созревание шейки матки) → накопление простагландина $F_{2\alpha}$ (индукция регулярных схваток) → усиление синтеза окситоцина (изгнание плода, отделение плаценты и выделение последа, послеродовый маточный гемостаз).

Простагландиновый гель

Простагландины используются для созревания шейки матки и для индукции маточных сокращений. Условия применения простагландинов:

- отсутствие противопоказаний для родов через естественные родовые пути;
- незрелая или недостаточно зрелая шейка матки;
- целый плодный пузырь;
- I–II степень чистоты влагалища.

0,5 мг динопростона (простагландин E₂, торговое наименование «Препидил») в виде геля 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 лежать 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 препарата «Препидил»:

- рубец на матке после кесарева сечения или после других операций на матке;
- предлежание плаценты;
- многоплодная беременность;
- признаки серьезных нарушений в состоянии плода;
- узкий таз;
- подтекание околоплодных вод;
- аллергия на простагландины;
- бронхиальная астма;
- повышенное внутриглазное давление.

Ламинарии, «Дилапан»

Механизм действия гидрофильных дилататоров (ламинарии и др.) основан не только на механическом раскрытии шейки матки. Раздражение механорецепторов запускает каскад биохимических реакций, угнетающих синтез коллагена и запускающих его деструкцию коллагеназой (сходен с действием простагландиновых гелей при их интрацервикальном введении).

Перед введением «Дилапана» или палочек ламинарий влагалище обрабатывают раствором антисептика («Пливасепт», «Октенисепт»), затем в зеркалах обнажают шейку матки и вводят ламинарии таким образом, чтобы внутренний конец каждой палочки соответствовал уровню внутреннего зева шейки матки.

Для надёжности палочки укрепляют во влагиалище стерильной марлевой салфеткой. За один сеанс вводят 1–5 палочек, параллельно друг другу. При необходимости процедуру повторяют (но не более 3 раз) с интервалом в 24 ч. Критерии эффективности те же, что и при использовании динопростона, но интервал до начала родовой деятельности составляет не 12 ч, а 24–48 ч. «Диплапан» в применении гораздо удобнее, а интервал не превышает 10–12 ч.

Катетер Фолея (современный метрейрингер)

Применение катетера Фолея — полноценная альтернатива использованию простагландинов для подготовки шейки матки и индукции родов.

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 24 ч. Некоторые авторы предлагают крепить свободный конец катетера клейкой лентой к внутренней поверхности бедра.

Противопоказания к применению катетера Фолея:

- низкое расположение плаценты;
- дородовое кровотечение;
- разрыв плодных оболочек;
- цервицит.

Мифепристон («Миропристон»)

Препарат используют для ускорения созревания шейки матки, индукции родовой деятельности. Показания к применению:

- доношенная беременность, подтверждённая анамнестическими данными и результатами УЗИ, если шейка матки незрелая;
- переносная беременность.

Применение мифепристона для подготовки организма к родам и родовозбуждения патогенетически обосновано. В клинических исследованиях доказаны следующие эффекты препарата.

- Устранение угнетающего действия прогестерона на синтез основного белка межклеточных контактов.
- Повышение концентрации эндогенного окситоцина и чувствительности к нему миометрия. Это снижает риск слабости родовой деятельности и потребность в медикаментозной коррекции (используются минимальные дозы окситоцина, 2,5 ЕД).

Формирование биологической готовности шейки матки к родам происходит при конкурентном взаимодействии прогестерона с антигестагеном, экспрессии гена проколлагеназы, высвобождении коллагеназы и некоторых желатиназ в эндометрии.

Мифепристон («Миропристон») 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. Противопоказания к применению мифепристона:

- рубец на матке;
- недоношенная беременность;
- длительное лечение глюкокортикоидами;
- нарушение свёртывающей системы крови;
- острая и хроническая почечная недостаточность;
- острая и хроническая печёночная недостаточность;
- хроническая надпочечниковая недостаточность;
- острые воспалительные заболевания половых органов;
- миома матки больших размеров;
- тяжёлые экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и др.);
- гестоз тяжёлой степени, преэклампсия, эклампсия;
- индивидуальная непереносимость препаратов.

Условия для подготовки к родам и родовозбуждения:

- соответствие размеров таза и головки плода;
- целый плодный пузырь.

Препарат мифепристон следует применять строго в акушерском стационаре под контролем медицинского персонала. Динамическое наблюдение за пациенткой необходимо:

- через 48–72 ч после последнего приёма препарата;
- в родах;
- в течение 5–6 дней после родов.

В родах также необходимо контролировать сокращения матки и сердечную деятельность плода, провести КТГ. За первые 5–6 дней послеродового периода необходимо фиксировать инволюцию матки, а если есть показания, нужно провести УЗИ.

Итак, принято решение о подготовке женщины к родам при помощи мифепристона. Во время первого контрольного осмотра состояние пациентки оценивают на предмет биологической готовности к родам (созревание шейки матки по шкале Бишопа до 6–8 баллов).

Если через 48–72 ч после последнего приёма мифепристона регулярной родовой деятельности нет, следует задуматься о введении простагландинов (в зависимости от акушерской ситуации).

В протоколе программированных родов использование окситоцина для созревания шейки матки абсолютно бессмысленно.

Интрацервикальное введение простагландиновых гелей предпочтительнее, однако лучше всего пользоваться пероральным препаратом мифепристон («Миропристон»)! Залог успешности программированных родов — зрелые родовые пути. Использование современных средств для обеспечения биологической зрелости шейки матки к моменту начала родов способствует бережному родоразрешению. Незрелость шейки матки при доказанном перенашивании и неэффективности перечисленных методик — показание к кесареву сечению.

«Симптом крокодила» (амниотомии без показаний)

Амниотомия — преднамеренное разрушение амниотических оболочек до или во время родов, направленное на усиление сократительной активности матки и уменьшение продолжительности родов.

Если проанализировать структуру показаний к амниотомии в большинстве российских родильных домов, то становится ясно, что обоснованность этого вмешательства весьма сомнительна. Таким образом, амниотомии продолжают перечень агрессивных акушерских процедур.

Как показывает практика, с амниотомией сталкивается каждая вторая пациентка. Удручает, что среди показаний к данной манипуляции наиболее часто фигурирует «созревающая шейка матки» (не термин, а палочка-выручалочка). Выискивать показания врачам приходится вследствие ранее упоминавшегося необоснованно долгого пребывания женщины в отделении патологии беременных (слишком ранняя дородовая госпитализация!). Вместо того чтобы обследовать женщину и отпустить домой, дожидаться спонтанного начала родовой деятельности, госпитализированную продолжают «лечить» неизвестно от чего витаминами, экстрактом валерианы и другими препаратами со столь же условной эффективностью. Потом пациентка, как уже говорилось, врачам накучивает: «долго лежит, надо пересчитать сроки». В результате подыскивания благовидного предлога пресловутая «созревающая» шейка матки становится показанием к амниотомии, хотя на деле это — прямое противопоказание!

Иногда неоправданная врачебная активность начинается «под давлением диагноза»: водянка или нефропатия, сомнительное перенашивание, мнимая плацентарная недостаточность при массе плода 3 кг и более и т.п.

Одинаково неблагоприятны исходы этих задокументированных амниотомий и «подпольных» вскрытий плодного пузыря (если это удобно врачу, например, на своём дежурстве, перед закрытием родильного дома на мойку и т.д.). Очевидно, что в такой ситуации врач не имеет представления об оптимальных сроках выполнения амниотомии относительно степени готовности шейки матки.

Эффективность амниотомии как самостоятельного метода родовозбуждения достаточно высока и приводит к появлению схваток в течение 2–4 ч у 50–75% пациенток (Janes R., 2001). Однако некоторые исследователи считают, что основное достоинство амниотомии, как и родовозбуждения путём внутривенного капельного введения окситоцина, носит экономический характер. Этот метод можно применять, если нет доступа к более эффективным, но достаточно дорогим простагландинам.

Основной недостаток индукции родовой деятельности путём амниотомии — зависимость от фактора времени (лимитированность безводного промежутка), а следовательно, увеличение потребности в окситоцине.

Большинство исследований убеждает в том, что явных преимуществ у рутинной амниотомии нет. Так, по данным W. Fraser (2007), N. Li, Y. Wang и H. Zhou (2006), эта методика родовозбуждения повышает продолжительность родов и вероятность кровотечения по сравнению с индукцией простагландинами E_2 . Частота кесарева сечения после амниотомии в 1,5 раза выше, чем при родовозбуждении окситоцином при целом плодном пузыре.

Многие исследователи охладевают к амниотомии, убедившись, что вероятность успешного родовозбуждения при этом вмешательстве напрямую **зависит от степени зрелости шейки матки**. Методы индукции родовой деятельности, не требующие нарушения целостности плодного пузыря, например интрацервикальное или внутривенное введение простагландинов, более физиологичны.

В одном из наших многоцентровых исследований своевременное излитие околоплодных вод состоялось лишь у 18,7% обследованных. Треть амниотомий была выполнена при незрелой и «созревающей» шейке матки. Артифициальная потеря амниотической жидкости при неподготовленных родовых путях привела к аномалиям родовой деятельности у 40,8% рожениц, а в одном из регионов показатель достигал 71% (!).

Чаще всего диагностировалась первичная и вторичная слабость родовой деятельности — 26,7%. Дискоординация родовой деятельности осложнила течение родов у 5,8%, бурная родовая деятельность — у 8,3% рожениц. У 32 женщин (26,7%) аномалии родовой деятельности развились при высокой степени риска либо сумма баллов перинатального риска быстро нарастала.

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).

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).

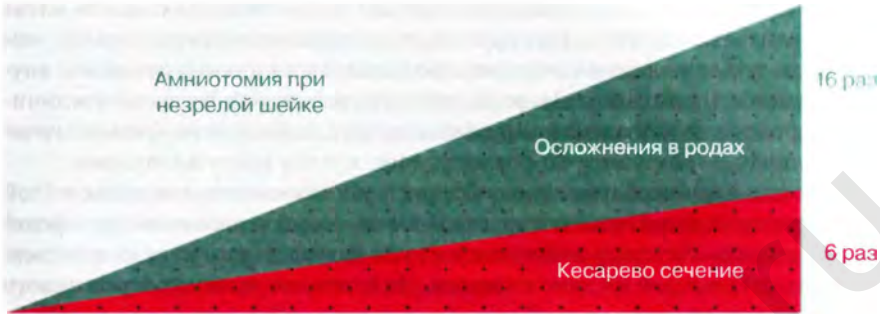


Рис. 6-23. Последствия необоснованной амниотомии, самой частой формы акушерской агрессии.

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 настоящая забота о здоровье матери и плода. За любые проявления акушерской агрессии здесь карают. Пример, достойный подражания.

В метаанализе, включившем 14 исследований с участием 4893 женщин, 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!».

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 выраженной 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.

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?

Неоправданно высокая частота кесаревых сечений — лишь одно слагаемое современной системы родовспоможения, где помощь в родах заменена на агрессивные вмешательства акушеров в физиологические процессы.

Пути преодоления

Амниотомия допустима только у **беременных со зрелой шейкой матки для родовозбуждения**. Это достаточно эффективный, безопасный и экономичный метод индукции родовой деятельности. Механизм запуска родовой деятельности с помощью амниотомии связывают с каскадным выбросом модуляторов родовой деятельности (простагландинов) при активации лизосомального аппарата при разрыве плодных оболочек.

Амниотомия не только стимулирует родовую деятельность, но и позволяет оценить состояние плода по характеру полученных околоплодных вод. Маловодие, отсутствие околоплодных вод (в 70% сопровождается чрезмерной густотой мекония у плода) настораживает и требует кардиотокографического динамического наблюдения.

Иногда вскрытие плодного пузыря приводит к сильным и болезненным маточным сокращениям и потребности в раннем обезболивании родов (в начале латентной фазы I периода родов).

Показания к амниотомии

- Плоский плодный пузырь (плотно прилегающие к головке плода оболочки тормозят развитие родовой деятельности).
- Кровотечение в родах при неполном предлежании плаценты и низком её прикреплении (амниотомия прекращает или уменьшает начавшуюся отслойку плаценты, а опускающаяся в малый таз головка плода прижимает плаценту к стенке матки, останавливая или уменьшая кровотечение).
- Многоводие, маловодие.

- Слабость родовой деятельности (амниотомия способствует выбросу в кровь дополнительного количества простагландинов).
- Роды на фоне гестоза, гипертонической болезни и других экстрагенитальных заболеваний (ранняя амниотомия как элемент лечения).
- Чрезмерная плотность плодных оболочек при открытии маточного зева более 6 см.

Техника амниотомии. Процедура проводится 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 амниотомии используют затуплённую браншу пулевых щипцов или специальный пластмассовый амниотом. Инструмент зажимают между указательным и средним пальцами во избежание травмы мягких родовых путей. Амниотомию производят вне схватки и эксцентрично. 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 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 проведения операции, 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 плодного 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. В этих случаях необходимо экстренное абдоминальное родоразрешение.

Амниотомия при незрелой шейке матки значительно повышает вероятность оперативных родов. Обоснованные амниотомии в клиниках нашей кафедры, как сообщает в своей докторской диссертации 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 низкораз-

сположенной плаценты сократилась в 2,3 раза. Ответственный подход к амниотомии снизил частоту программированных родов (амниотомия с целью родовозбуждения) в 2 раза.

Прежде чем взять в руки самый интернациональный¹ медицинский инструмент, одну из branш 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.

И наконец, ответ на главный вопрос: какова же эффективность программированных родов при оптимальном подходе к их проведению у женщин с высоким перинатальным риском?

Приводим данные за 2010 год, полученные на клинической базе кафедры в роддоме №25 г. Москвы. Из 4734 родивших женщин 1378 поступили в родблок из отделения патологии беременных, в том числе 503 (36,5%) были подготовлены к программированным родам в связи с высоким перинатальным риском при доношенной беременности. Спонтанная родовая деятельность при зрелой шейке матки развивалась у 8%.

Сравнение результатов родов убедительно показало преимущества такой тактики: кесаревых сечений женщинам с **высоким риском** было проведено почти в 2 раза **меньше**, чем всем родившим (7,9% и 14,7%). При этом перинатальная смертность при программированных родах оказалась в 1,5 раза ниже (2‰ и 3,4‰). Наконец, частота послеродовых кровотечений (0,7% и 1%) также подтвердила правильность выбранной тактики.

Вывод: на современном этапе развития родовспоможения в стране программированные роды должны стать реальным резервом снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Литература, главы V–VI

Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска: руководство для врачей. — М.: МИА. — 2004. — 400 с.

Абрамченко В.В., Капленко О.В. Адренергические средства в акушерской практике. — СПб.: Петрополис, — 2000. — 272 с.

Акушерство от десяти учителей. 17-е изд. Под ред. Кэмпбелла С., Лиза К. — МИА, 2004. — 464 с.

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.

Вальдман С.Ф., Иванова Н.В., Погодин О.К. Перинатальные потери в стационаре высокого риска // Репродуктив-

¹ Несколько десятков лет в разных странах Европы, Азии и Северной Америки я интересовался инструментами для амниотомии, и везде мне показывали именно сломанную «пулёмку». Теперь появились пластмассовые копыя, но в работе они мне не понравились. Привычка, однако!

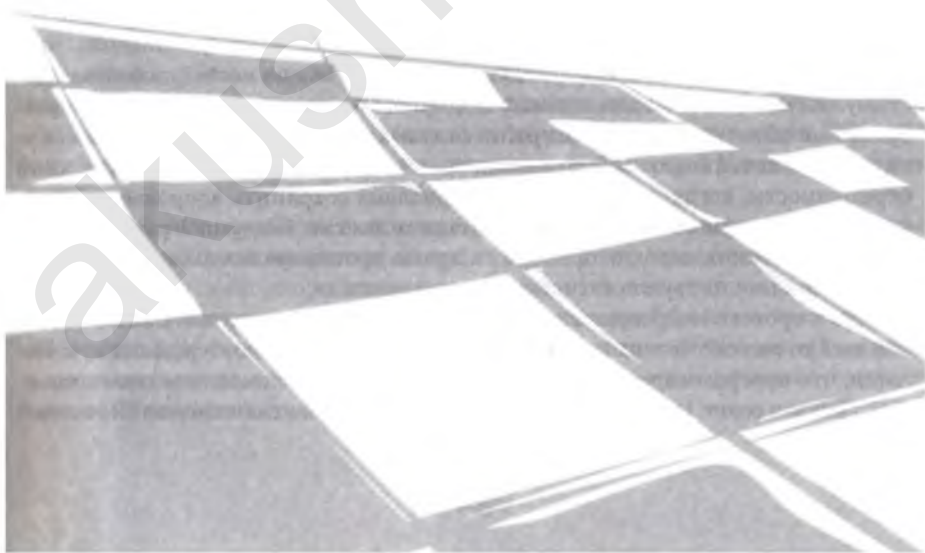
- ное здоровье женщины. Межвузовский сб. науч. ст. — Петрозаводск, 2000. — С. 25–28.
- Вученович Ю.Д. Программированные роды при переносной беременности. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 26 с.
- Гайкалова Н.В. Программированные роды, особенности течения, отдаленные последствия. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 19 с.
- Гармашова Н.Л., Константинова Н.Н. Введение в перинатальную медицину. — М., 1978.
- 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.
- Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. Библиотека практического врача. — Киев: Здоров'я, 1983. — 204 с.
- Златовратская Т.В. Современные подходы к абдоминальному родоразрешению в условиях многопрофильной больницы. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — 2008. — 49 с.
- Караганова Е.Я., Карабанович Я.В., Грабовский В.М. Материалы 9-го Всероссийского науч. Форума «Мать и дитя». — М., 2007. — С. 104–105.
- Котайш Г.А. Эффективность прогноза и комплексного лечения дискоординации родовой деятельности. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 26 с.
- Кравченко Е.Н., Кривчик Г.В. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии в постдипломном образовании врачей. — Материалы Всероссийской конференции. — Пермь, 2006. — С. 146–151.
- Кулаков В.И. Развитие перинатального акушерства (проблемы и решения). — Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». — М.: МИК, 2002. — С. 6–8.
- Милованов А.П., Кирющенко П.А. Оценка эффективности использования дипиридамола на ранних сроках беременности на основании морфологического исследования ворсин плаценты // Гинекология. — 2005. — Том 7. — №3. — С. 185–186.
- Михайленко Е.Т., Чернега М.Я. Индукция родов и их регуляция. Киев, Здоров'я, 1989. — 188 с.
- Новикова С.В., Левашова И.И., Логутова Л.С. Выбор метода санации родовых путей накануне родоразрешения // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, 1999.
- Петров П.А. Оценка эффективности применения дипиридамола с ранних сроков гестации для профилактики фетоплацентарной недостаточности // Гинекология. — 2008. — Том 10. — №5. — С. 51–58.
- Подтетяев А.Д. Прогнозирование, профилактика и лечение слабости и дискоординации родовой деятельности. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2003. — 44 с.
- Подлетев 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 №2107913 от 27 марта 1998 года.
- 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., Костин И.Н. Преждевременные роды // Акушерство и гинекология. — 2009. — №4. — С. 16–19.
- 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., Кузнецова О.А., Алев И.А. и соавт. Спорные вопросы в акушерстве (обзор материалов по акушерству. The 7-th world congress on controversies in obstetrics, gynecology and infertility. Афины, Греция, 2006) // Акушерство и гинекология. — 2006. — №2. — С. 83–85.
- Радзинский В.Е., Галина Т.В., Девятова Е.А. и соавт. Заносимость перинатальных исходов от акушерской тактики при преждевременных родах и задержке роста плода // Вестник Российского Университета Дружбы народов. — М., 2007. — №5. — С. 1–11.
- 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., Златовратская Т.В., Голикова Т.П. и соавт. «Аппаратные дети». Кто они? // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя», Москва, 12-15 октября 2006. — М.: МНК. — С. 592–593.
- Радзинский В.Е., Милованов А.П. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. — М.: МИА, 2004. — 391 с.
- Радзинский В.Е., Ординец И.М. Плацентарная недостаточность при гестозе // Акушерство и гинекология. — 1999. — №1. — С. 11–16.
- Радзинский В.Е., Смалко П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. — М.: РУДН, 2001. — 276 с.
- Радзинский В.Е. Конгресс в акушерстве и гинекологии (по материалам одноименного конгресса, 22-25 марта 2007 г.) // Акушерство и гинекология. — 2008. — №5. — С. 70–71.
- Репина М.А., Оболенский С.В., Линде В.А. К вопросу об эндогенной интоксикации при гестозе и ее лечении гомеопатическими препаратами // Гомеопатия и фитотерапия. — 1996. — №1. — С. 12–15.
- 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 соавт. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза. Методические указания. — №99/80. — М., 2000.
- Савичева А.М. Применение препарата «Тержинан» при вагинальном кандидозе // «Тержинан» сборник статей. — СПб.: НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, 2003.
- 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.

- 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.
- Стрижова Н.В., Гайкалова Н.В., Ибрагимов А.А. и соавт. Оценка результатов программированных родов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2000. — №1. — С. 55–57.
- Хакма Н.Т. Прогнозирование гестоза и задержки развития плода в ранние сроки беременности. — Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2003. — 21 с.
- Хечинашвили Г.Г. Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам. — Л: Медицина, 1974. — 192 с.
- Хомасуридзе А.Г., Унгиадзе Дж.Ю., Паркаули М.Г. и соавт. Индукция родовой деятельности при перенашивании беременности // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2006. — №2.
- Чудинов Ю.В. Аднергетическая иннервация матки в разные периоды репродуктивной деятельности. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л, 1987.
- Шабалов Н.П. Неонатология. — М., 2004. — Т. I. — 608 с, т. II — 640 с.
- Яковлева Т.В. Здравоохранение. Рос. Федерация. — 2005. — №4. — С. 26–28.
- Azria E., Tsatsaris V., Goffinet F. et al. Magnesium sulfate in obstetrics: current data // *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. — 2004. — №6. — Pt. 1. — P. 510–517.
- Baiden F., Hodgson A., Adjuk M. et al. Trend and causes of neonatal mortality in the Kassena-Nankana district of northern Ghana, 1995–2002 // *Trop. Med. Int. Health.* — 2006. — N11(4). — P. 532–539. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/utills/fref.cgi?PrId=3046&tool=AbstractPlus-def&uid=16533937&nlm_id=9610576&db=pubmed&url=http://www3.interscience.wiley.com/resolve/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&isn=1360-2276&date=2006&volume=11&issue=4&spage=532
- Baskett T.F., Allen V.M., O'Connell C.M. et al. Predictors of respiratory depression at birth in the term infant // *BJOG.* — 2006. — V. 113. — N7. — P. 769–774.
- Boulvain M., Kelly A., Lohse C. et al. Mechanical methods for induction of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2001. — 4.
- Chamberlain G., Zander L. Induction. // *BMJ.* — 1999. — V. 318. — N7189. — P. 995–998.
- Crowther C.A. et al. Effect of Magnesium Sulfate Given for Neuroprotection Before Preterm Birth // *JAMA.* — 2003. — V. 290. — P. 2669–2676.
- Dodd J.M. Advantages of Vaginal Progesterone // *Obstet. Gynecol.* — 2008. — N112. — P. 127–134.
- Duley L., Henderson-Smart D.J., Meher S., King J.F. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* — 2007. — Issue 2. — Art. No.: CD004659. DOI: 10.1002/14651858.CD004659.pub2.
- Edwards M.S. Mifepristone: cervical ripening and induction of labor. // *Clin Obstet Gynecol.* — 1996. — N39(2). — P. 469–473.
- Elghorori M.R., Hassan I., Dartey W. et al. Comparison between subjective and objective assessments of the cervix before induction of labour // *J. Obstet. Gynaecol.* — 2006. — V. 26. — N6. — P. 521–526.
- Elliot C.L., Brennard J.E., Calder A.A. The effects of mifepristone on cervical ripening and labor induction in primigravidae // *Obstet Gynecol.* — 1998. — N92(5). — P. 804–809.
- Faltin-Traub E.F., Boulvain M., Faltin D.L. et al. Reliability of the Bishop score before labour induction at term // *Reprod. Biol.* — 2004. — V. 112. — N2. — P. 178–181.
- 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. — V. 125. — N2. — P. 206–210.
- Fonseca E.B., Bittar R.E., Carvalho M.H., Zugaib M.Z. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in woman at increased risk // *Am. J. Obstet. Gynec.* — 2003. — N188. — P. 419–424.
- Fraser V. Amniotomy for shortening spontaneous labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2007. — V. 18. — N3. — P. 123–128.
- Glantz J.C. Elective induction vs. spontaneous labor associations and outcomes // *J. Reprod Med.* — 2005. — N50(4). — P. 235–240.
- Gualalone P.L. et al. The effects of mifepristone on uterine sensitivity to oxytocin and fetal heart rate patterns // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2001. — N97(1). — P. 30–34.
- Gulmezoglu A.M., Crowther C.A., Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — 4.
- Hovi M., Raatikainen K., Heiskanen N. et al. Obstetric outcome in post-term pregnancies: time for reappraisal in clinical management // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2006. — V. 85. — N7. — P. 805–809.
- Janes R. Rural hospital amniotomy induction for women at or past term with a healthy pregnancy and a favourable cervix: is it a safe option? // *N. Z. Med. J.* — 2001. — N114(1128). — P. 111–113.
- Lerchl A. Where are the Sunday babies? Observations on a marked decline in weekend births in Germany // *Naturwissenschaften.* — 2005. — V. 92. — N12. — P. 592–594.
- 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. — N1. — P. 16–19.
- Lieberman E., O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review // *Am J Obstet Gynecol.* — 2002. — 186(5 Suppl. Nature). — S 31–68.
- 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. — V. 191. — N5. — P. 1511–1515.
- Macer C.L., Chan L.S. Elective induction versus spontaneous labor: a retrospective study of complications and outcome // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1992. — 166 (6 Pt 1). — P. 1690–1696.
- Management of Labor and Delivery. Ed by R.K. Creasy. — USA: Blackwell Science, 1996. — 593 p.
- Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. et al. Births: final data for 2002 // *Natl. Vital Stat. Rep.* — 2003. — N52(10). — P. 1–113.

- Neilson J.P. Mifepristone for induction of labor // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2000. — 4.
- Nicolson J.M., Kellar L.C., Cronholm P.F. et al. Active management of risk in pregnancy at term in an urban population: an association between a higher induction of labor rate and a lower cesarean delivery rate // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 191. — N5. — P. 1509–1510.
- Odent M. Should midwives re-invent the amnioscope? // *Midwifery Today Int. Midwife.* — 2006. — N80:7. — P. 66.
- Peltier M.R. Immunology of term and preterm labor // *J. Perinat. Med.* — 2009. — N37. — P. 328.
- Raboni S., Kaibura C.T., Fieni S. Amniocopy: is it actual? // *Acta Biomed.* — 2004. — V. 75 Suppl 1. — P. 59–61.
- Raghupathy R., Makhseen M., Azizier F. et al. Th-1 and Th-2 cytokine profiles in successful pregnancy and unexplained recurrent abortion // *Reproductive Immunology.* — 1999. — P. 149–158.
- Rojansky N., Reubinoff B., Tanos V. et al. High risk pregnancy outcome following induction of labour // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 1997. — V. 72. — N2. — P. 153–158.
- 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. — N4. — P. 357–362.
- 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. — V. 94. — N4. — P. 600–607.
- Stenlund P.M., Ekman G. et al. Induction of labor with mifepristone — a randomized, double blind study versus placebo // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 1999. — N78:9 P. 793–798.
- 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. — N2. — P. 218–222.
- 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. — V. 28. — N3. — P. 298–305.
- 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. — V. 11. — N1. — P. 50–53.
- 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. — V. 75 Suppl 1. — P. 67–70.
- Xu H. et al. Preventing cervical ripening: the primary mechanism by which progestational agents prevent preterm birth? // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2008. — N198. — P. 314.
- Wing D.A., Paul R.H. Vaginal birth after cesarean section: selection and management // *Clin Obstet Gynecol.* — 1999. — N42(4). — P. 836–848.

ГЛАВА VII

Акушерская агрессия в родблоке



В родблоче проблема акушерской агрессии возникает особенно часто. На этом этапе происходят следующие вмешательства:

- необоснованные родовозбуждения и родостимуляции (введение окситоцина в 45–60% родов, необоснованные амниотомии, «подпольная» индукция и/или стимуляция родовой деятельности, в том числе опасным препаратом мизопростол);
- рассечение промежности при высоко стоящей головке;
- стремление к малым разрезам на промежности, вследствие чего 67% разрезам продолжают в разрывы;
- неквалифицированная защита промежности акушеркой;
- «пособие» по Кристеллеру;
- 25% ненужных кесаревых сечений и 15% случаев, когда 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

Родовозбуждение и родостимуляция используются давным-давно, но лишь полвека существуют эффективные методы подготовки шейки матки к родам и современные утеротоники. Эти достижения значительно снизили риск ятрогений.

Изменились и показания к индукции родов. Раньше необходимость родостимуляции обосновывали жизнью и здоровьем женщины, а сейчас родовозбуждение объясняется чаще **перинатальными интересами**. Однако снизить перинатальную заболеваемость и смертность при осложнённой беременности, когда индукция родов призвана сохранить здоровье ребёнку, можно **лишь при обоснованном вмешательстве**. Бездумное употребление таких акушерских 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, С.П. Попов и соавт. (1997) рекомендовали для профилактики аномалий родовой

деятельности начинать всем женщинам инфузию окситоцина сразу после амниотомии. Полагают, что комбинация амниотомии и введения окситоцина более эффективна, чем каждый из методов в отдельности, так как позволяет практически полностью управлять родовым актом, снижая риск аномалий родовой деятельности. Однако единого мнения относительно назначения и доз утеротонических средств нет. К сожалению, лишь немногие исследователи высказываются в пользу дифференцированного подхода к назначению утеротоников (только если нет схваток или они слабые, что подтверждается токограммой).

И тем не менее многие акушеры (и мы в их числе) считают неправильным одновременную 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 возникновении слабости родовой деятельности. Противники сочетанного родовозбуждения считают, что при постоянном кардиотокографическом контроле после амниотомии можно уменьшить необходимую дозу окситоцина или вовсе избежать ненужной инфузии, обосновывая свою точку зрения тем, что если этого не сделать, частота быстрых и стремительных родов превышает 40%, одновременно растёт число новорождённых в состоянии асфиксии.

Тем не менее некоторые исследователи вообще считают, что невозможно рекомендовать какой-либо общий, универсальный метод родовозбуждения, оставляя практикующего врача наедине со своими вопросами и возникающими клиническими ситуациями.

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 в конце XIX века составляла в среднем 20 и 12 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!

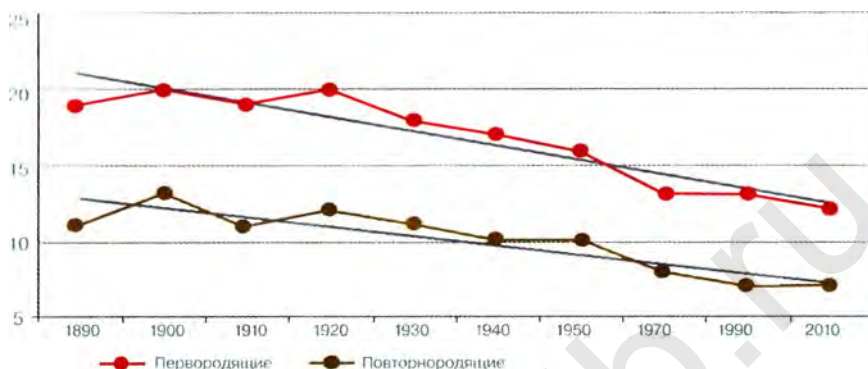


Рис. 7-1. Динамика средней продолжительности родов до начала XXI века (часы).

Все открытия и изобретения в обязательном порядке деловито прилаживаются в клиническую практику акушерства и гинекологии. Мы, врачи, «обросли» множеством всевозможных, 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 самыми 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 вероятность аномалий родовой деятельности, материнский травматизм, перинатальная заболеваемость и смертность. Чтобы понять, каковы



Рис. 7-2. Насколько часто в родах используются утеротоники? А запрещённые пособия?

в действительности критерии продолжительности родов, следует проанализировать как российские, так и иностранные источники. В соответствии с обзором сроки называются различные — от 7 до 18 ч.

Наиболее распространённая акушерская ошибка именно в этом вопросе — в вопросе определения точного времени начала родов. Именно 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. Происхождение ятрогенных родостимуляций, их осложнений и рост числа оперативных родоразрешений в нынешней ситуации предсказуемы.

Излишнюю врачебную активность провоцируют также трудности диагностики начала родов у первородящих, госпитализируемых с минимальным укорочением шейки матки, у пациенток с дородовым излитием околоплодных вод и в случае преждевременных родов.

Ещё одна причина ненужных родостимуляций — неумение отличить прелиминарные схватки Брекстона–Гикса 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. Для уточнения характера родовой деятельности до сих пор ориентируются **только** на темпы укорочения

чения шейки матки и раскрытия маточного зева, а ведь это может привести к фатальной ошибке!

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 превышает 10–12% родов. Разброс связан с трудностями диагностики, особенно проблемна в этом смысле гипертоническая дисфункция матки, опасная формированием дискоординации родовой деятельности. Ретроспективный анализ данных кардиотокограмм показывает, что дискоординированные маточные сокращения имеются у 8% рожениц, а диагноз такой ставят только в 2% родов.

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 эти осложнения в 80% случаев развиваются у практически здоровых первородящих. Как было показано в главе «Программированные роды при незрелой шейке матки», основной ятрогенией, приводящей к дискоординации родовой деятельности, оказывается незрелость шейки матки. Этот фактор риска страшнее прочих в 36 раз! Риск возникновения гипертонических маточных сокращений составляет более 97%. В такой ситуации при дискоординации родовой деятельности утеротоническая терапия бессмысленна, поскольку **противоречит физиологии самих родов.**

В латентной фазе I периода физиологических родов сначала нарастает ритм сокращений, затем их сила и в последнюю очередь повышается базисное давление. Филогенетически выработалось, что ритм схваток постепенно нарастает для преодоления «шеечного замка». В активную фазу, когда начинаются 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. В это время жалобы роженицы на болезненные схватки обычно не очень выражены, и дискоординацию родовой деятельности обнаруживают несвоевременно.

А далее энергетические резервы миометрия истощаются. Вследствие этого ритм маточных сокращений нарушается: схватки болезненные, продолжительные, «двугорбые» (по данным токографии), матка между схватками полностью не расслабляется. В лучшем случае запоздавшая 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, выносящая 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 схватками менее 2 мин, разная сила и продолжительность схваток), основной симптом этого нарушения — 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 пациентки с первичной слабостью родовой деятельности. При незрелой 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 Брекстона–Гикса; данные наружной токографии при этих состояниях могут быть идентичными. Однако при подготовительных схватках нет структурных изменений шейки матки, что можно определить в течение 6-часового наблюдения за пациенткой. Это необходимо учитывать, выбирая тактику ведения у 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 в 70% случаев бурная родовая деятельность — **следствие ятрогенных вмешательств в изначально физиологический родовой процесс.** Таким вмешательством могут стать раннее вскрытие плодного пузыря при незрелой шейке матки или введение утеротонических препаратов 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. Повышение внутриматочного давления происходит скачками, что влечёт за собой раннее излитие околоплодных вод. Раскрытие маточного зева при бурной родовой деятельности часто осуществляется за счёт разрывов шейки матки, возможен даже отрыв циркулярного фрагмента шейки матки. Нередко наблюдается преждевременная отслойка плаценты, возможно гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. При бурной родовой деятельности 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, их дифференциальной диагностике в практическом родо-вспоможении нет. Чтобы коррекция гипотонических сокращений была обоснованной, очень важен рациональный выбор способа и продолжительности введения, дозы утеротонических средств. В статистике нарушений контрактильной функции матки есть тенденция к преувеличению, значит, актуальна и проблема бессмысленной инфузии утеротоников.

Необоснованность многих родостимуляций — факт, подтверждающийся исключительно высокими цифрами использования окситоцина (60%), и это только те случаи, что были задокументированы и вошли в статистику! Подобная тенденция не может не настораживать практических врачей, ведь общепризнано, что у большинства женщин роды протекают физиологично, не требуя медицинского вмешательства.

Даже в тех случаях, когда необходимость использования окситоцина несомненна, остаются другие вопросы. За какой срок нужно вводить 5 ЕД окситоцина? Нужно ли препарат титровать и как это делать? Какой путь введения предпочтителен? В эпоху современных высоких технологий иначе как анахронизмом не назовёшь всё ещё бытующий в некоторых роддомах страны подсчёт капель. **Отсутствие инфузомата для введения утеротонических средств** — прямой путь к акушерской агрессии, недозированному введению окситоцина.

Одной из причин роста частоты перинатальных травм оказывается **слишком продолжительная родостимуляция**, не прерываемая даже при её

неэффективности. В этом случае высок риск вторичной ятрогенной слабости родовой деятельности (см. партограммы 1, 2).

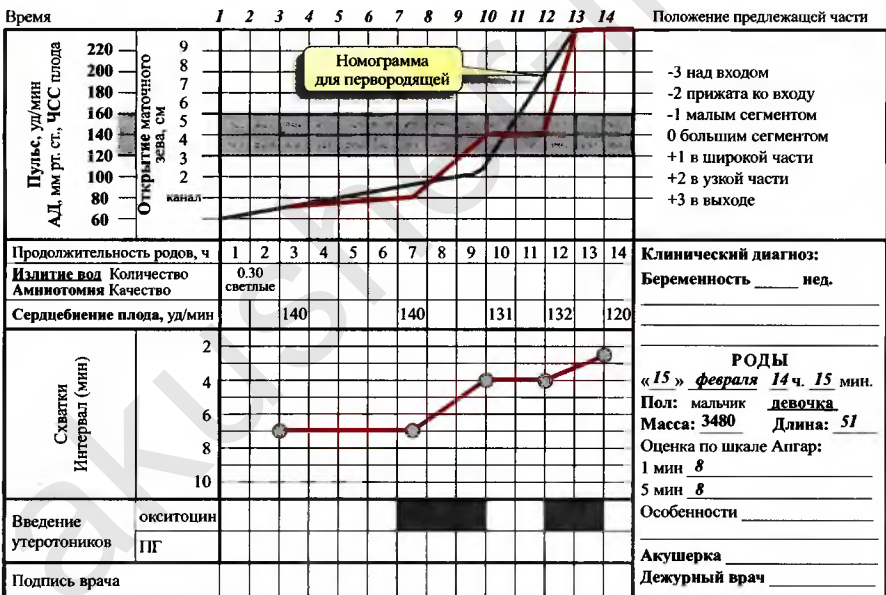
В медицинском сообществе почти не уделяют внимания тому, насколько важно иметь регламент по срокам начала утеротонической терапии, как именно должен выглядеть дифференцированный подход к назначению окситоцина. Такое небрежное отношение и приводит к неконтрольному применению утеротонических средств.

Что касается вмешательства в естественный ход родов, показательны данные по Нидерландам: частота применения окситоцина при ведении родов вра-

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 ПМП 3300-3500 Балльная оценка пренатального риска:

Дата: 15 февраля 2003 года



Партограмма №1. Роженица Н., 22 года. Родостимуляция окситоцином по поводу первичной слабости родовой деятельности нормализовала динамику структурных изменений шейки матки. Прекращение утеротонической терапии привело к снижению силы схваток, прекращению динамических изменений шейки матки. Перечисленное стало основанием для возобновления введения утеротонических препаратов. Ребёнок родился в удовлетворительном состоянии.

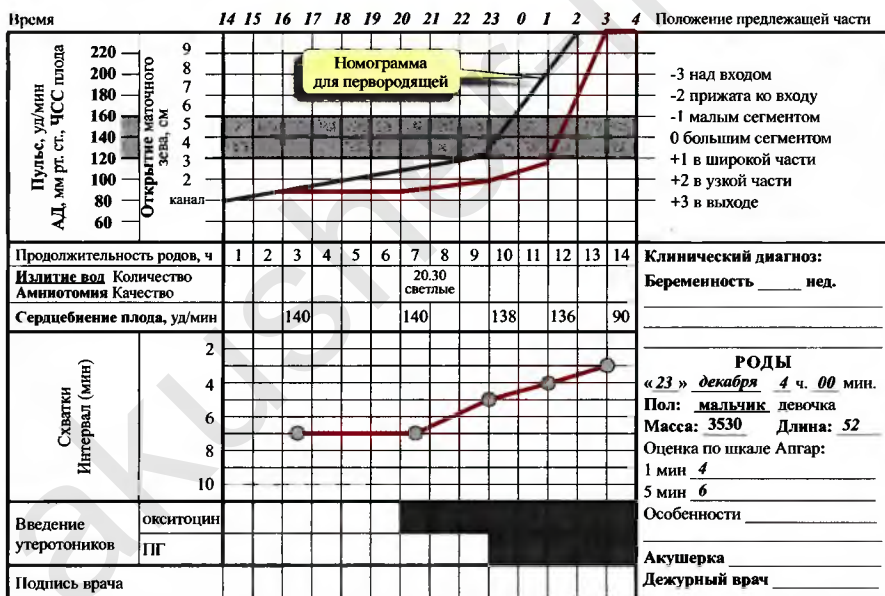
чами в 5 раз выше, чем при ведении родов средним медицинским персоналом. Врачебные стационары также показали большую частоту кесарева сечения — в 3 раза (рис. 7-3).

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 —

ПАРТОГРАММА 2

Ф.И.О. _____ Возраст 20 № истории родов _____
 Поступила «22» декабря 2002 г. 16 ч. 00 мин. Беременность: 2 Роды: 1 Рост: 171 Вес: 72
 Окружность живота: 98 Высота дна матки: 36 ПМП 3400-3600 Балльная оценка пренатального риска: _____

Дата: 22-23 декабря 2002 года



Партограмма №2. Роженица К., 20 лет. По поводу слабости родовой деятельности была назначена длительная инфузия окситоцина (в общей сложности 8 ч), а в последующем был добавлен динопрост («Энзапрост-Ф»). Отражено снижение прогресса родов. Неправильная тактика назначения утеротоников стала причиной рождения ребёнка в состоянии асфиксии (см. оценку по Апгар).

Историческая справка

Вспомним модифицированную 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 окситоцин 5 ЕД 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 инфузоматов ситуация преобразилась.

13,52±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 для программированных и спонтанных родов соответственно).

А теперь сравним эту «теоретически обоснованную» акушерскую агрессию с нашими данными. Удручает, что согласно историям родов утеротонические препараты для родовозбуждения и/или родостимуляции применяются у трети рожениц (30,8%). Агрессивность подобных действий состоит в том, что утеротонические средства «льют без счёта» именно тем женщинам, у которых и так высока вероятность неблагоприятного исхода для плода (при высоком перинатальном риске или значительном темпе прироста баллов риска). Утеротоники этим пациенткам назначали чаще, чем при низком (в 2,1 раза) и среднем (в 1,2 раза) риске. В 43,2% введение окси-

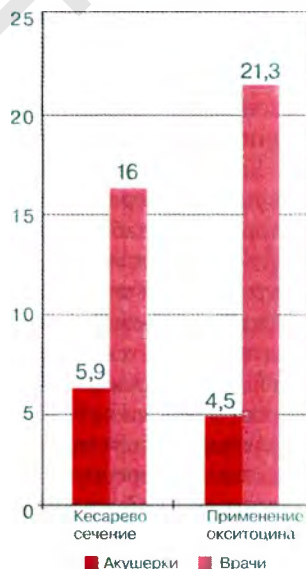


Рис. 7-3. Итоговая распространённость акушерских вмешательств в зависимости от персонала, принимавшего роды (Нидерланды), %.

тоцина или динопроста пришлось на высокий риск или высокие темпы его прироста. Получается, **чем хуже прогноз исхода беременности, тем чаще мы его усугубляем. Без комментариев!**

Столь же показательны данные собственных исследований (Златовратская Т.В., 2008), демонстрирующие, что причиной чрезвычайно высокой частоты аномалий родовой деятельности (40,8% женщин от 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 препарат динопрост («Энзапрост-Ф»). Внутривенное введение этого средства показано только для прерывания беременности. Неочевидна и безопасность применения данной группы препаратов, поскольку простагландины $F_2\alpha$ повышают системное АД, потенцируют индуцируемую аденозиндифосфатом агрегацию тромбоцитов, повышают риск развития бронхоспазма (большая тропность к бронхиальной ткани).

Если наблюдаются аномалии родовой деятельности, а врач не обеспечивает полноценное и своевременное лечение, это тоже следует считать проявлением акушерской агрессии. Такое заключение основано на результатах уже упоминавшегося исследования Златовратской Т.В. (2008). Выясняется, что лечение дискоординации родовой деятельности путём эпидуральной анестезии получают только 12,5% из всех пациенток, кому такая помощь показана. Ещё 12,5% рожениц с первичной слабостью родовой деятельности удалось помочь, ограничившись амниотомией. И это при том, что первичная и вторичная слабость регистрировались в 26,7% родов. Дискоординация родовой деятельности осложнила течение родов у 5,8%, бурная родовая деятельность — у 8,3% женщин. Лечение бурной родовой деятельности не проводилось ни в одном случае.

Чаще применяется лечение, не обоснованное патогенетически, поскольку, например, для коррекции патологического прелиминарного периода зачастую применяют в основном бесполезные медикаменты (эстрогены, витамины, ненаркотические анальгетики, метилксантины) — не влияющие на те нарушения, что вызывают гипертонус и некоординированные сокращения миометрия.

Что касается немедикаментозной коррекции дискоординации родовой деятельности (электроанальгезия, электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия), то широкого распространения эти методики не получили до сих пор, хотя современные результаты работы в этом направлении выглядят весьма перспективно. Разработка физиотерапевтических методик коррекции дискоординации родовой деятельности — заслуга проф. А.Ф. Жаркина (светлая ему память). Продолжает дело отца проф. Н.А. Жаркин, работающий в Волгограде. Ознаком-

миться с его научными трудами рекомендую всем акушерам, работающим в родильных домах России.

Ситуация с медикаментозным лечением дискоординации родовой деятельности, несмотря на так называемый высокотехнологичный подход к ведению родов, обстоит не лучшим образом. 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. Считается, что эпидуральная анестезия даёт более чем достаточную миорелаксацию. Не используется и внутривенное введение препаратов для профилактики гипоксии плода, зато распространено назначение увлажнённого кислорода для дыхания роженицы.

Чтобы не подвергать беременную риску, необоснованно вмешиваясь в течение родов (из-за неверной диагностики времени начала, ошибочных представлений о продолжительности процесса и для врачебного удобства), акушер должен следовать приоритетам безопасного для роженицы и плода родоразрешения. Это станет залогом квалифицированной помощи врача. Ни одно действие, манипуляция, медикамент не должны проникнуть в работу акушера без императивных, документально оформленных показаний для этих конкретных родов!

Документальное ведение 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. Это неправильно и недальновидно. **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 в среднем за врачебную карьеру акушер-гинеколог подвергается судебному разбирательству 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 \$70–100 000 в год¹. Такая ситуация обязывает акушеров-гинекологов к тщательному ведению родов и заполнению не одного десятка бланков (для назначений в родах, после влагалищных родов,

¹ Понятен скепсис российских специалистов: «В США зарплата врача в разы и десятки раз выше! Разве можно сравнивать?». Всё так, но указанная сумма страховых взносов составляет примерно четверть от годового дохода среднестатистического врача в Нью-Йорке (\$400 000).

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 США основные сведения о родах не только заносят в специальные компьютерные программы, но иногда даже надиктовывают по телефону через электронное записывающее устройство в специальный центр, где текст набирают секретари-машинистки (очевидно, для чтения юристами).

Аномалии родовой деятельности и состояние плода

Известно, что аномалии родовой деятельности заставляют отнести роды к группе высокой степени перинатального риска, поскольку при любых видах этого нарушения в той или иной степени страдает состояние плода.

Координированная сократительная деятельность матки обеспечивает устойчивость плода к родовому стрессу, оптимальную интенсивность метаболизма в фетоплацентарной системе, поддерживает маточно-плацентарно-плодовый кровоток на должном уровне. По данным И.О. Макарова (1998), даже при физиологической родовой деятельности маточно-плацентарный и плодово-плацентарный кровоток зависит от фаз сокращения матки: замедление кровотока в маточных артериях происходит на пике схватки, а в артериях пуповины — при нарастании силы сокращения матки. При дискоординации сокращений матки маточно-плацентарно-плодовый кровоток страдает сильнее, чем при слабой родовой деятельности (схватки при дискоординации интенсивнее, систола схватки 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 (Сидорова И.С., 2000; Быковщенко А.Н., 2001; Stabbs T.M., 2000).

Острую гипоксию плода регистрируют более чем в 50% родов, осложнившихся аномалиями родовой деятельности. У каждого третьего новорождённого от матери с дискоординацией родовой деятельности наблюдается гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС (Макаров И.О., 1998). Изучение результатов агрессивной родостимуляции положило начало проблеме «окситоциновых» детей.

Так возникает дилемма. С одной стороны, утеротонические средства 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 снижая приток крови к плаценте и плоду. Выраженная гипоксия плода в родах повреждает эндотелий капилляров, нарушает ауторегуляцию тонуса сосудов головного мозга. Страдает мозговая кровоток, понижается АД и растёт венозное давление.

Таким образом, при ведении родов, осложнившихся аномалиями родовой деятельности, крайне важно не пропустить момент, когда риск асфиксии при родоразрешении через естественные родовые пути окажется критическим.

Чтобы проиллюстрировать, насколько важен вдумчивый подход к применению тех или иных медикаментов и вмешательств в ход родов, приведём такой пример. В 1997 году на 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% таких «проблемных» детей родились в срок, с нормальной массой тела и не имели отягощённого семейного анамнеза. Среди установленных причин этих нарушений была названа **высокотехнологичная помощь в родах**. Именно такой вред необдуманные вмешательства способны нанести не только ребёнку, но и обществу. Эти сведения заставляют задуматься, вправе ли мы игнорировать проблему необоснованного ускорения родов?

Очевидно, что рождение здорового ребёнка связано с обеспечением следующих условий течения родов: высокая квалификация акушера, широкие возможности стационара, удовлетворительное исходное состояние плода и эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Пути преодоления

Нет более эффективного способа борьбы с акушерской агрессией в родблоке, чем **невмешательство в естественное течение беременности и родов**. Прежде всего это относится к программированным родам, особенно к «подпольным» амниотомиям, родоускоряющим средствам, «пособиям» по Кристеллеру, кесареву сечению «впопыхах», при полном раскрытии маточного зева.

Лечение аномалий родовой деятельности должно быть обоснованным и 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. Назначают ГОМК 50–65 мг/кг внутрь, раствор тримеперидина («Промедол» 2% 1 мл) и раствор диазепама («Реланиум» 2 мл или 10 мг) внутримышечно. Использование акушерского сна нельзя считать патогенетически обоснованным, однако он заметно улучшает психоэмоциональное состояние беременной. И тем не менее промедол должен уйти из родовспоможения, как нет уже в нашем арсенале морфия и других наркотиков. 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 0,9% растворе натрия хлорида внутривенно капельно в течение 30 мин (0,3 мкг/мин). Блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин, верапамил) вводят по 5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида. 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 E₂, динопрост 0,5 мг интрацервикально), а по достижении биологической готовности к родам становится возможна стимуляция родов амниотомией или утеротоническими средствами.

Диагностическая тактика при аномалиях родовой деятельности

Необходимо динамическое наблюдение за характером схваток, процессом укорочения, сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева, продвижением подлежащей части плода.

КТГ должна включать параметры сократительной деятельности матки, оценку состояния плода по шкале Кребса или Фишера. Неоспоримыми преимуществами для диагностики аномалий родовой деятельности, дифференциальной диагностики слабости и дискоординации обладает внутренняя токография. При этом внутриматочный датчик вводят в амниотическую полость. Это позволяет объективно оценить 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, практически невозможно определить истинное базисное давление, а женщине с ожирением выполнить КТГ вообще затруднительно.

Ведение партограммы¹ обязательно! В этом документе отражают общее состояние роженицы (частоту сердечных сокращений, 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, 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 отношение диастола/систола увеличены. Характеристики первичной слабости родовой деятельности:

- внутриматочное давление на пике схватки <25–30 мм рт.ст.;
- интервал между схватками >5 мин;
- продолжительность схватки <20 с;
- диастола длиннее систолы;
- мало- или безболезненные схватки;
- укорочение шейки матки, раскрытие маточного зева <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. Характеристики этого нарушения:

- скорость раскрытия маточного зева у первородящих <1,2 см/ч, у повторнородящих <1,5 см/ч;
- отсутствует поступательное движение предлежащей части плода.

Дискоординация родовой деятельности развивается обычно в латентной или в начале активной фазы первого периода родов. В этом случае наблюдаются:

- дородовое излитие вод при незрелой шейке матки;
- базисное внутриматочное давление повышено (>12 мм рт.ст.);

¹ См. Приложения (для перво- и повторнородящих).

- схватки болезненные, нерегулярные по продолжительности, силе и частоте;
- систола схватки преобладает над диастолой (нарушен ритм и структура схваток);
- отсутствует (или замедляется) укорочение шейки матки, маточный зев не раскрывается.

При использовании гистерографии врач гораздо быстрее получает информацию о частоте, длительности и силе схваток, чем при клиническом наблюдении (1–2 ч).

В полость матки вводят полый катетер (Коала), давление в нём измеряется специальным тензодатчиком. Показания датчика выводятся на монитор и бумажную ленту параллельно кардиотокограмме. Интенсивность родовой деятельности измеряется 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, тщательно проанализировав клиническую картину родов, данные партограммы и характер маточных сокращений. Для первичной слабости родовой деятельности типичны удлинение интервала между схватками более 5 мин и снижение силы схватки до 30 мм рт.ст. на фоне удлинения латентной фазы первого периода родов более 6 ч. В табл. 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.	>25	<25	>25
Длительность схватки в латентную фазу родов, с	30–40	<30	30–60
Сдвоенные схватки	Нет	Нет	Есть
Отношение систола/диастола	<1	<1	>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	Малоболезненные	Чаще резко болезненные
Укорочение, раскрытие шейки матки, см/ч	0,4–0,5	<0,4	<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 используются указанными препаратами 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 был разработан трёхэтапный подход к лечению дискоординации родовой деятельности (Подтетенев А.Д., 2005).

- Мельдоний («Милдронат») — сенсibilизатор β_2 -адренорецепторов, усиливает сродство β -адренормиметиков 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, милдронат способствует энергосбережению в утеромиоцитах, что особенно актуально при аномалиях родовой деятельности (Подтетенев А.Д., 2005).
- Гексопреналин («Гинипрал») — β_2 -адренормиметик. Для точной дозировки препарат вводят через инфузомат. Если инфузомата нет, то 10 мкг гексопреналина растворяют в 200 мл 5% раствора глюкозы 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, а через некоторое время самостоятельно возобновляются уже с физиологическими характеристиками; базальный тонус матки также нормализуется. В большинстве случаев через 1–2 ч после токолиза развивается продуктивная родовая деятельность. Если сократительная деятельность матки не нормализуется, структурных изменений шейки матки и открытия маточного зева не происходит, 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 сократительную деятельность матки патогенетически обоснованно. Длительное выключение болевой чувствительности разрывает порочный круг «боль → гиперкатехоламинемия → спазм → дискоординация родовой деятельности». В случае регионарного симпатического блока тактика длительного обезболивания представляется единственно возможной.

Одним из основных методов регуляции родовой деятельности служит предоставление медикаментозного отдыха. Для лечебного акушерского наркоза используют натрия оксибутират. В целом для нормализации родовой деятельности рекомендуется тщательное обезболивание родов 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. Для более адекватного слежения за родами применяют партографию.

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 вводят гексопреналин («Гинипрал») с помощью инфузомата. Если устройства нет, то 10 мкг препарата растворяют в 100 мл 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно капельно в течение 30 мин (0,3 мкг/мин). Для острого токолиза годятся и другие β-адреномиметики: фенотерол, гексопреналин в дозе 10 мкг, тербуталин или орципреналин в дозе 0,5 мг (в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида).

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. Любая токолитическая терапия должна проводиться под динамическим контролем функционального состояния плода и параметров материнской гемодинамики.

Роженицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, тиреотоксикозом, сахарным диабетом, β -адреномиметики противопоказаны. В таких случаях 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 беременной 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 утеротонических препаратов, оперативном родоразрешении возникает достоверно чаще, если эти манипуляции использовались 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.

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 первого пе-

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
Первый	Латентная	8	5
	Активная	4	2
Второй		1	0,5
Третий		Минуты	

риода родов (табл. 7-3). Однако есть поправка: такой подход оправдан, если длина влагалищной части шейки матки не менее 2 см.

Партограмма, наглядно отражающая динамику родовой деятельности, необходима для оптимизации ведения родов при подозрении на слабость родовой деятельности. Это позволит исключить необоснованную агрессию.

Родостимуляцию можно начинать тогда, когда динамика структурных изменений шейки 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, частота сердечных сокращений, АД, частота дыхания, мочеиспускание). Все эти параметры нужно 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 оправдана, если утеротонические средства эффективны, а прекращение 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 в подобных случаях — своевременное абдоминальное родоразрешение, если удовлетворительной родовой деятельности не удалось добиться за 4–6 ч.

Окситоцин. По клиническим показаниям для индукции или усиления сократительной активности матки используется окситоцин. Полагают, что пре-

Ведение партограммы в любом виде — на школьной доске, бумаге, экране монитора — необходимая составляющая цивилизованного акушерства во всём мире. Это просто, дёшево и весьма эффективно!

парат 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, гормон стимулирует синтез простагландина $F_2\alpha$ децидуальной тканью и миометрием.

Так как максимум действия окситоцина приходится на конец первого периода родов, второй и третий периоды, препарат целесообразно применять для родостимуляции при сглаженной шейке матки. Перед началом родостимуляции необходимо влагалищное исследование для уточнения акушерской ситуации.

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 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы. Введение раствора начинают медленно, по 8–10 капель в минуту. При отсутствии изменений через 15 мин количество капель увеличивают на 5 в минуту до развития адекватной родовой деятельности. Общее количество капель в минуту не должно превышать 40 (0,02 ЕД/мин). Если эффект не наступает в течение 3 ч, инфузию раствора необходимо прекратить; женщине показан другой вид стимуляции.

Основное лечение вторичной слабости родовой деятельности заключается во внутривенном введении окситоцина. Следует помнить, что дозу окситоцина через каждый час родостимуляции нужно увеличивать на 30%. В противном случае формирующаяся резистентность к препарату резко снижает положительный эффект терапии.

Простагландин $F_2\alpha$ (динопростон). Для стимуляции родовой деятельности до 2010 года применяли внутривенное введение простагландинов¹, однако, как и в других странах, использование простагландина $F_2\alpha$ ограничено индукцией поздних выкидышей.

¹ Как было отмечено выше, простагландин $F_2\alpha$ для стимуляции родовой деятельности не применяется, а используется лишь для индукции поздних выкидышей.

Основных точек приложения в механизме действия простагландинов три.

1. Блокада Mg^{2+} - Ca^{2+} -АТФазы в сарколемме утеромиоцитов (подобно окситоцину, они «запирают» каналы для ионов кальция).
2. Усиление выработки эндогенного окситоцина.
3. Выход норадреналина из пресинаптических нервных окончаний при воздействии простагландинов на адренорецепторы.

Отмечена двухфазность действия простагландинов на мембранный потенциал и работу кальциевых каналов миоцитов матки. Сначала возникает деполаризация плазматической мембраны, генерирующая потенциал действия, повышение концентрации внутриклеточного кальция приводит к сокращению миоцита. Затем происходит резкая поляризация плазмалеммы, концентрация ионов кальция быстро нормализуется, напряжение прекращается. Таким образом, гиперполяризация плазмалеммы лимитирует отдельное сокращение утеромиоцита. По-видимому, этот двойкий эффект простагландинов обеспечивает полное расслабление миометрия между единичными сокращениями, предотвращает возникновение тетануса матки и нарушения маточно-плацентарного кровотока.

Простагландин E_2 (простенон). Препарат усиливает адренергическую передачу на пресинаптическом уровне; норадреналина из адренергических окончаний выделяется больше. Для родостимуляции простенон вводят внутривенно капельно. 1 мл 0,1% раствора препарата разводят в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Методика введения такая же, как для окситоцина, но не более 35 капель в минуту.

При стимуляции родовой деятельности необходимо тщательно контролировать характер сократительной деятельности матки, скорость открытия маточного зева и состояние плода (кардиомониторинг). Передозировка утеротоников вызывает гипертонус и судороги матки, нарушает маточно-плацентарное кровообращение и провоцирует гипоксию плода. Грозным осложнением может стать отслойка плаценты. При стимуляции родовой деятельности необходимы систематическая профилактика гипоксии плода и адекватное обезболивание.

Противопоказания к родостимуляции:

- клинически узкий таз;
- рубец на матке;
- неправильное положение и предлежание плода;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- предлежание плаценты;
- угроза разрыва матки;
- острая гипоксия плода.

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, ламинирии), антианемическая терапия, эффективное лечение патологического прелиминарного периода. Что касается слабости родовой деятельности, то таких весомых факторов риска, как у дискоординации (зависящей от зрелости шейки матки к моменту родостимуляции), выявлено не было. Поэтому, с нашей точки зрения, основой профилактики должно стать предупреждение утомления роженицы и истощения энергетических резервов утеромиоцитов.

Для снижения частоты аномалий родовой деятельности эффективны оказались следующие меры:

- отказ от необоснованных амниотомий;
- сокращение частоты медикаментозных родовозбуждений и родостимуляции (в 2,5 и 4 раза соответственно за минувшие 10 лет);
- лечение бурной родовой деятельности (отказ от своеобразной позиции невмешательства при этой аномалии сократительной деятельности матки, недопущение ятрогенной гиперстимуляции, провоцирующей до 70% всех случаев).

Интранатальный токолиз при 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, а активный токолиз при любой 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 ламинирий, простагландиновые гели, мифепристон);
- обезболивание родов, особенно преждевременных.

Восстановление энергетического потенциала клетки назначением милдроната, на наш взгляд, особенно важно для профилактики вторичной слабости родовой деятельности. Именно в этот момент к дефициту пластических веществ (недостаточность сократительных белков) добавляется нарушение окислительного фосфорилирования углеводов (Абрамченко В.В., 2001; Стрижова Н.В., Подтетенев А.Д., 2006).

Однако главное и непереносимое условие эффективной профилактики аномалий родовой деятельности — борьба с проявлениями акушерской агрессии.

«Пособие» по Кристеллеру

Акушерская агрессия, к сожалению, нередко становится «нормой» ведения беременности и родов, причём не всегда с благоприятным исходом. Это подтверждают данные об использовании запрещённых пособий, например, так называемого «пособия» по Кристеллеру (рис. 7-4).

То, что в системе современного родовспоможения наряду с высокими технологиями бытует и «пособие» по Кристеллеру (самая агрессивная и неосмысленная манипуляция, какую только можно придумать), демонстрирует непонимание врачами изначального замысла Кристеллера. В этом нет никакой вины классика акушерства. Он и близко не допускал мысли, что врач должен перегнуть через роженицу и своим плечевым поясом «выдавливать» плод, да ещё и при высоко стоящей головке!

Пособие Кристеллера как нельзя лучше комментировал Эрнст Бумм ещё в 1917 году. «...Когда головка уже надавливает на промежность и мягкие части не оказывают особого противодействия, иногда удаётся при помощи выжимания по Kristeller'у (обе руки обхватывают ягодичцы <плода> 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» (рис. 7-5).

В наши дни это пособие, к сожалению, направлено на выдавливание при вызываемой головке, и оказывают его не руками, а плечом или даже всем телом акушера.

Ситуация с «пособием» по Кристеллеру продолжает затронутую выше тему допустимой продолжительности родов. Получается, что «выдавливают» 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.



Рис. 7-4. Так выглядит пресловутое «пособие» по Кристеллеру в наши дни.

С 1 января 2008 года во Франции по предложению Французской ассоциации акушеров-гинекологов действует радикальная мера. Если акушерка доложит о выполнении дежурным врачом «пособия» якобы по Кристеллеру, то такой врач акушером-гинекологом работать уже не будет никогда в жизни. Об этом было доложено на конгрессе Европейской ассоциации акушеров-гинекологов (Лиссабон, 2008 год), и инициатива вызвала горячее одобрение делегатов. Жаль, что этот революционный подход ещё не вошёл в нормативную базу других стран.

Ретроспективный анализ родов, завершившихся травмами или реанимацией новорождённых, выявил главную ошибку: «пособием» по Кристеллеру врачи пытаются скомпенсировать 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.

Историческая справка

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 Pryslowsky (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. Так возникает акушерская агрессия, а истинная частота использования в родах запрещённых пособий, как уже было сказано, неизвестна.

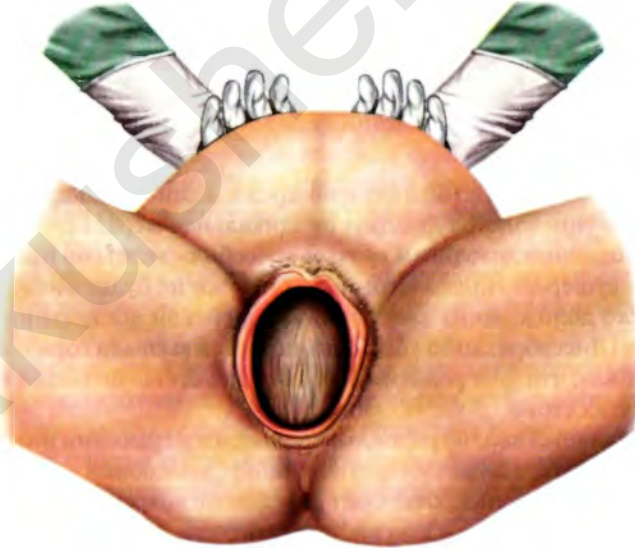


Рис. 7-5. Классическое, настоящее «пособие» по Кристеллеру.

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. Пациенты уже знают о недопустимости подобных «пособий», пора бы осознать это и врачам.

Разрыв матки

Разрывы матки во время беременности редки и составляют примерно 9% всех случаев. Самопроизвольными называют разрывы матки, возникающие без каких-либо внешних воздействий, насильственными — разрывы, чаще всего вызванные неправильным проведением акушерских вмешательств.

За минувшие годы стало меньше случаев разрыва оперированной матки. Произошедший в конце 90-х годов всплеск таких разрывов отчасти был связан с «прижиганием», а не с ушиванием ложа узла во время лапароскопической консервативной миомэктомии. Коррективы в технике операции позволили снизить частоту последующих осложнений в родах. Миомэктомии женщинам, планирующим беременность, во избежание «расползания» рубца стали делать лапаротомическим доступом.

Принято считать, что разрыв матки происходит только при патологическом течении родов, однако это не всегда так. Есть особый фактор — **несвоевременное и неправильное оказание акушерской помощи**.

Разрыв матки, случившийся в стенах акушерского стационара, считался, и считается и будет считаться позором для медиков. Врачи стали грамотнее, и, если так можно выразиться, реже «напирают», однако насильственные разрывы матки всё равно пусть и редко, но случаются. 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 родить¹ 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

¹ Оригинал искового заявления сохранён.

очень сильные схватки. А через 1 ч 40 мин наступило полное открытие, но потуг не было. Врач лёг на меня и выдавил ребёнка, но уже мёртвого». Если к этому заявлению добавить произошедший разрыв матки и селезёнки, то картина станет полной. Теперь скажите, что в исковом заявлении неправда? Увы, подтвердилось всё. Женщину спасли в другом лечебном учреждении, удалив матку и селезёнку.

При оценке партограммы, составленной по истории родов, становится понятно, насколько нелегко экспертам, вынужденным разбирать подобные случаи.

Вот партограмма других родов, также завершившихся разрывом матки.

В обоих случаях роды, что называется, «загнаны». Вместо того чтобы плавно родить к 23:00, что соответствовало бы номограмме для первых родов, женщина в 23:00 переносит наложение полостных щипцов и разрыв матки — прямое следствие акушерской агрессии.

А ведь диагностика вторичной слабости родовой деятельности (что и было в описанном случае), как правило, не вызывает сложностей. Характерны замедление или остановка раскрытия маточного зева в активной фазе I периода родов. Если слабость родовой деятельности развивается во II периоде родов, основным клиническим признаком служит длительное стояние головки плода в одной плоскости (более 30 мин). Вторичная слабость родовой деятельности в подавляющем большинстве случаев связана с нарушением энергетических ресурсов утеромиоцитов. Для лечения этого осложнения используют утеротоническую терапию, а при нарастании риска показано кесарево сечение (см. главу «Стратегия перинатального риска»).

Дистоция плечиков

Дистоция плечиков — задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода. Есть и уточнения. Дистоция — это клиническое несоответствие плечевого пояса и таза матери («Руководство по охране репродуктивного здоровья», 2001). Именно термин «дистоция» применяют для обозначения невозможности рождения плечиков плода после рождения головки без применения специальных пособий (Bruner, 1998).

Распространённость этой акушерской ситуации при средней массе плода — 1%. 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 (рис. 7-6);

- низкая дистосия плечиков (глубокое поперечное стояние плечиков), когда поперечный размер плечиков установился на тазовом дне в поперечном размере (рис. 7-7).

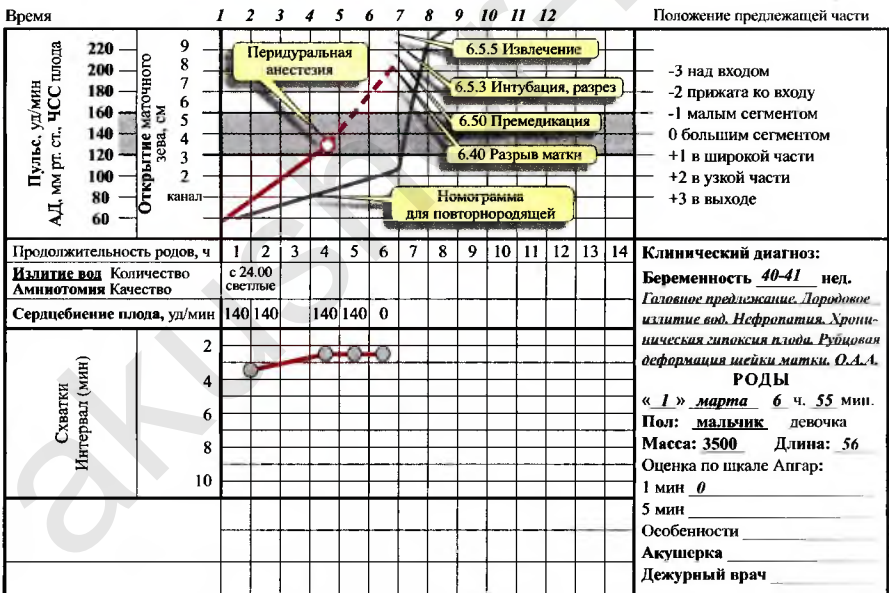
Следует отметить, что своевременное и правильное использование стандартных приёмов не всегда позволяет избежать этих осложнений. Однако нередко меры, предпринимаемые акушерами для борьбы с дистосией плечиков, оставляют желать лучшего.

Среди факторов риска не вызывает сомнений интегральный — крупный плод (40–50%). Тактика ведения беременных с крупным плодом до сих пор окончательно не определена. Программированные роды при этом не улучша-

ПАРТОГРАММА 3

Ф.И.О. _____ Возраст 31 № истории родов 83
 Поступила «1» марта 2001 г. 1 ч. 00 мин. Беременность: 4 Роды: 2 Рост: 164 Вес: 91
 Окружность живота: 100 Высота дна матки: 35 ПМП 3300-3500 Балльная оценка пренатального риска:

Дата: 1 марта 2001 года



Партограмма №3. Случай разрыва матки в родах на фоне деформации шейки матки
 Ребёнок погиб интранатально в 6:40 (во время разрыва матки),
 после чего женщине сделали кесарево сечение.

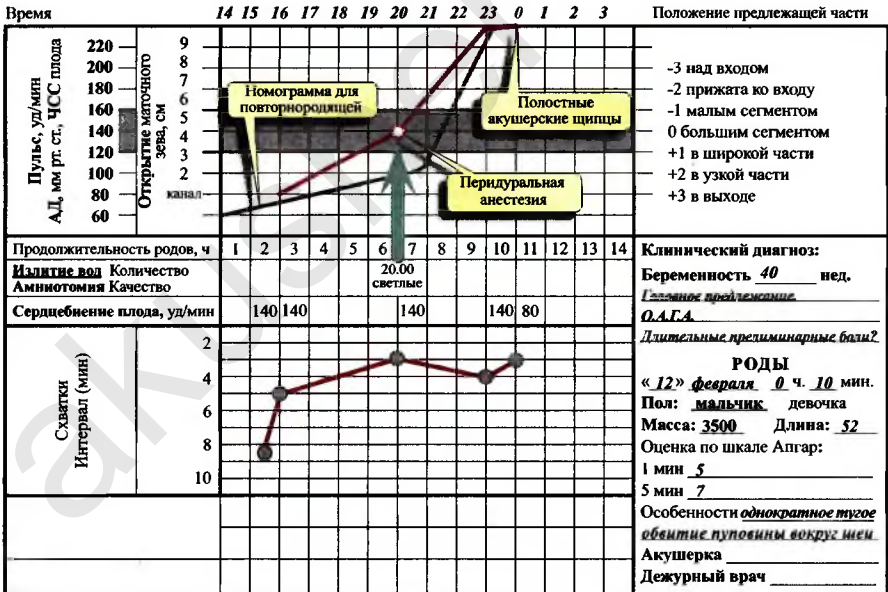
ют исхода родов ни для матери, ни для плода. Часть из них оканчивается кесаревым сечением без улучшения исходов. Широкое использование планового кесарева сечения в этой ситуации тоже нецелесообразно, поскольку повышает уровень опасности. К тому же 3% повреждений плечевого сплетения происходит именно во время кесарева сечения.

Дистоцию как достаточно редкое осложнение (распространённость повышается до 3% при массе плода более 4000 г и 40% при необычно большой массе тела, превышающей 5000 г) **слишком рьяные усилия акушеров превращают в актуальную проблему современного акушерства** (рис. 7-8). Грустно комментировать, что борьба с этим во многом ятрогенным

ПАРТОГРАММА 4

Ф.И.О. _____ Возраст 24 № истории родов 681
 Поступила «11» февраля 200 г. 7 ч. 30 мин. Беременность: 1 Роды: 1 Рост: 161 Вес: 66
 Окружность живота: 96 Высота дна матки: 36 ПМП 3400 Балльная оценка пренатального риска: _____

Дата: 11-12 февраля 2001 года



Партограмма №4. Случай нераспознанного разрыва матки при наложении полостных акушерских щипцов. Разрыв матки был обнаружен и ушит только через сутки после родов.

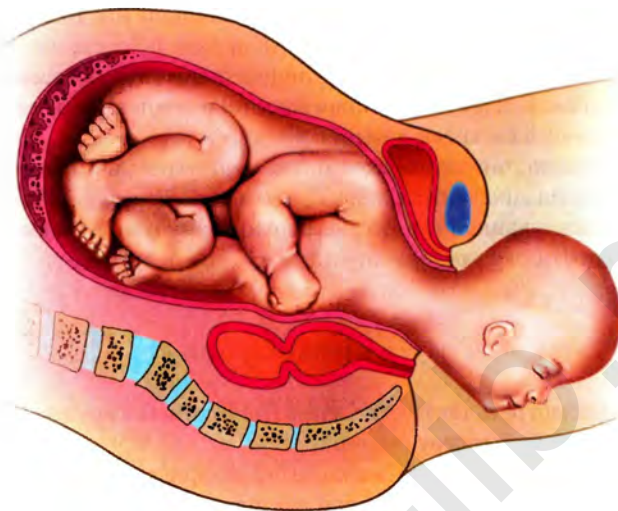


Рис. 7-6. Высокая дистоция плечиков.

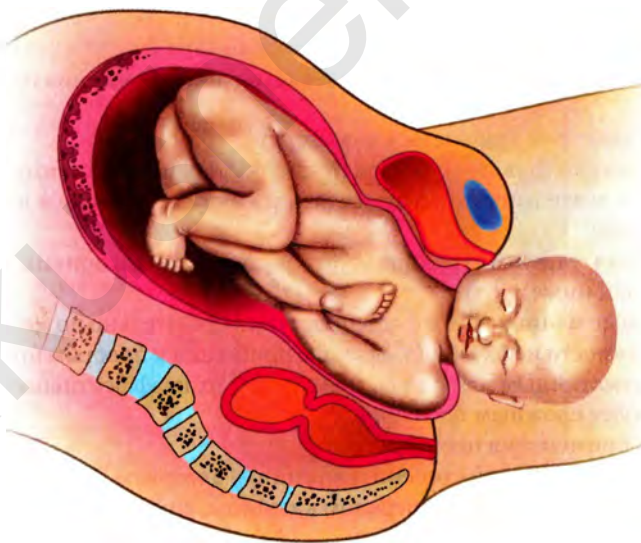


Рис. 7-7. Низкая дистоция плечиков.

осложнением происходит не только в переносном, но и в буквальном смысле «не на жизнь, а на смерть».

Результатом необоснованной стимуляции родовой деятельности, тракций за головку, давления на дно матки становятся высокий травматизм матери (тяжёлые разрывы мягких тканей родовых путей и малого таза, разрыв матки), плода (парез нервов плечевого сплетения, 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% (рис. 7-9; 7-10).

Пути преодоления

Следует пересмотреть тактику ведения беременных с крупным плодом. Показания к плановому кесареву сечению:

- 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.

Необходима своевременная диагностика дистоции 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 плечиков¹:

- 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 приёмам, менее травматичным для плода, и лишь при их неэффективности переходят к более сложным пособиям.

Этапность применения пособий:

- при лёгкой и средней степени дистоции — алгоритм HELPERR;
- при тяжёлой дистоции — перелом ключицы, симфизиотомия.

¹ Дистлер В., Рин А. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / Пер. с нем.; под ред. В.Е. Радзинского. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 409 с.

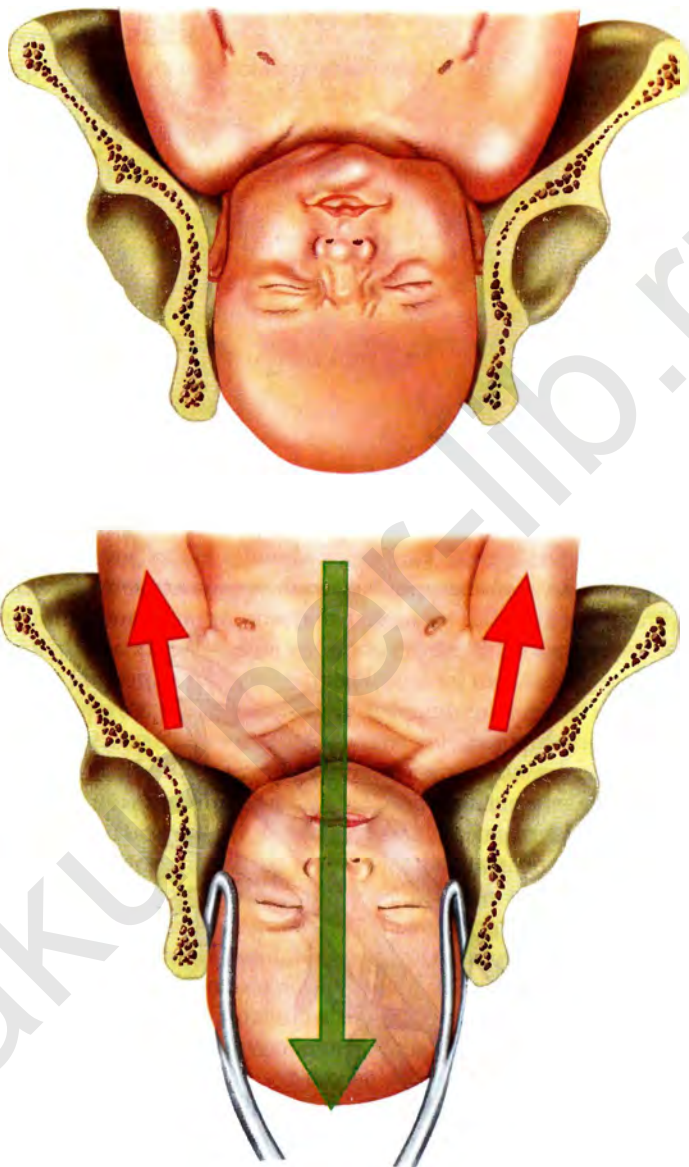


Рис. 7-8. Механизм формирования ятрогенной дистонии плечиков.

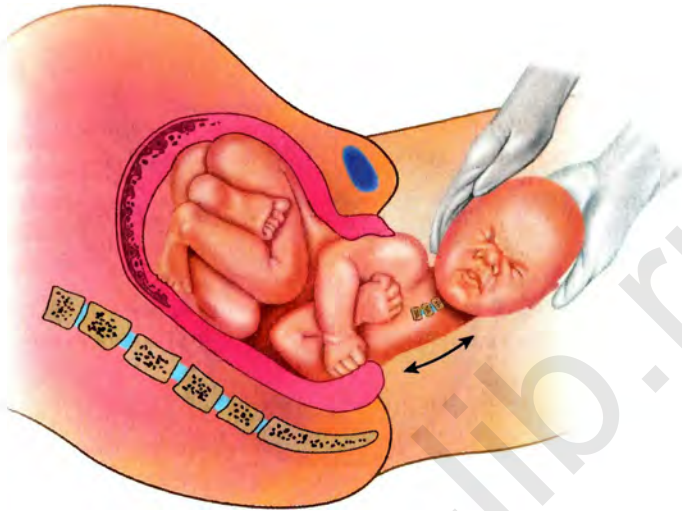


Рис. 7-9. Механизм повреждения нервов плечевого сплетения плода.

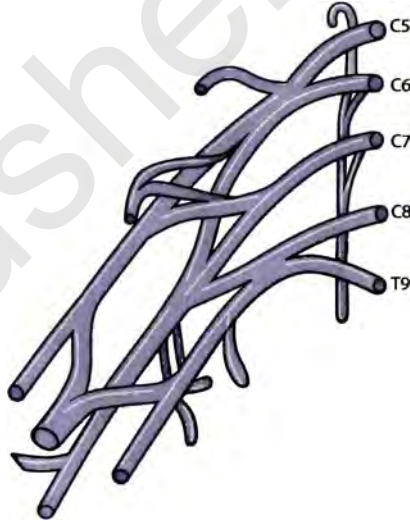


Рис. 7-10. Схема уязвимого участка плечевого сплетения.

Алгоритм HELPERR

H — Help (позвать на помощь): первый этап алгоритма — позвать ассистента 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; 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): 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. Женщина лежит на спине, таз приподнят.

- Приём Рубина: вначале врач пытается повернуть плечики плода, надавливая снаружи, над симфизом женщины. Воздействие нужно проводить осторожно, есть риск перелома ключицы плода. Дальше врач пытается выполнить внутренний поворот переднего плечика в прямой или поперечный размер. Положение женщины то же. Врач вводит два пальца правой (при I позиции головного предлежания) или левой руки (при II позиции головного предлежания) во влагалище со стороны спинки 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. Рукой, введённой во влагалище, врач пытается перевести заднее плечико в переднее (при этом, переднее плечико, вращаясь по спирали на 180°, соскальзывает из-под лона). 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. Освобождение задних ручки и плечика производят через крестцовую ямку, благодаря чему поперечный размер плечиков уменьшается и становится возможным выведение переднего плечика.

R — Roll (катиться, перекатиться): коленно-локтевое положение на 1–2 см увеличивает прямой размер выхода из малого таза. Невозможно использовать у рожениц в состоянии анестезии.

R - Remove (удалять): оказывается 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 — сломать ключицу.

Приём Заванелли. Это крайняя мера, «роды наоборот». Приём Заванелли представляет собой комплекс ручных манипуляций для воспроизведения родов в обратном порядке на фоне введения токолитиков с последующим супер-экстренным кесаревым сечением. Используется при двусторонней дистонии плечиков.

Исходы и осложнения приёма Заванелли: возможны черепно-мозговая травма плода (11%), неонатальная смертность (9%), мертворождение (7%). У матери могут произойти разрывы влагалища или матки, тяжёлые инфекционные осложнения.

В редких случаях при неэффективности всех вышеперечисленных методов рекомендуется гистеротомия.

Важно подробное протоколирование родов, особенно при высокой дистонии плечиков.

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;
- неквалифицированная акушерская помощь на всех этапах и уровнях;
- отсутствие реабилитации женщин, перенёвших акушерскую травму промежности.

Актуальность изучения перинеального травматизма в родах напрямую связана с последствиями для тазового дна. Нарушая целостность тазовой диафрагмы, травма промежности лишает мышцы медиальной точки опоры, создавая предпосылки для развития тазовой грыжи.

Рассечение промежности при родах в России было внедрено в XIX веке Д.О. Оттом. Мировые данные позволяют сделать вывод о значительной вариабельности частоты перинеотомии не только в различных странах, но и в разных акушерских

стационарах. В США проводится 20–73% эпизиотомий (Webb D.A., Cullhane J., 2002), в Буркина-Фасо — 46% (Lorenz N. et al., 1998), в Аргентине — 38–40% (Lede R.L., 1996), в Болгарии — 45,6% (Dimitrov A. et al., 1997), в России — 27,1–30,9% (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, тем больше вероятность эпизиотомии в родах (Albers L.L., 1996) (рис. 7–11).

Роды в частных клиниках и в программах по добровольному медицинскому страхованию чаще осложняются эпизиотомиями, чем роды в бюджетных клиниках (Shorten A., Shorten B., 1999; Weeks J.D., Kozak L.J., 2001). Многие авторы отмечают, что эпизиотомии чаще происходят в родах, принимаемых врачами (Ola E.R. et al., 2002; Shorten A. et al., 2002). Акушерки значительно реже прибегают к этой мере самостоятельно. 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 частота самопроизвольных разрывов промежности равна 5%. Для сравнения: в РФ рассечение промежности проводится в 36% случаев всех влагалищных родов. Становится очевидно, что пора пересмотреть вопрос о целесообразности эпизиотомии в таких масштабах.

Ключевой вопрос дискуссии: какова взаимосвязь между рассечением промежности в родах и слабостью тазового дна, пролапсом половых органов и сопутствующими нарушениями в дальнейшем? Предупреждает ли перинеотомия эти расстройства или предрасполагает к ним (Visco P. et al., 1996; Lavin J., Smith A.R., 1996)?

Взгляды специалистов на эту проблему различны. H. Gurel, S.A. Gurel (1999), J.W. De-Leeuw (2001) считают, что рассечение промежности в родах предотвращает слабость тазового дна и прочие отдалённые осложнения. Им противоречат M.G. Myers-Helfgott, A.W. Helfgott (1999), утверждающие, что эпизио- или перинеотомия — основная причина опущения и выпадения женских половых органов, даже если повреждения анального сфинктера не было (Signorello L.B. et al., 2000; Myers-Helfgott M.G., Helfgott A.W., 1999). Несостоятельность тазо-

вого дна различной степени выраженности, прогрессирующая по мере увеличения числа родов в анамнезе и срока давности родов, наблюдалась у 93,9% пациенток спустя 1–27 лет после перенесённой травмы.

Таким образом, современные данные заставляют усомниться в пользе эпизиотомии (Weeks J.D., Kozak L.J., 2001), но распространённость этой методики в современном акушерстве стабильна и составляет 20–30% всех родов (Lorenz N. et al., 1998; Webb D.A., Culhane J., 2002). Становится ясно, что в ближайшие десятилетия пластическая хирургия промежности не останется невостребованной.

Основанием для перинеотомии в родах считают и высокую (Albers L.L., 1996), и короткую (низкую) промежность, низкий (менее 0,42) позиционный индекс — отношение длины передней промежности к длине задней (Rizk D.E. et al., 2000). Однако низкая промежность — скорее противопоказание к перинеотомии, поскольку разрез в этом случае легко переходит в разрыв с повреждением прямой кишки.

Наиболее часто хирургическое рассечение промежности в родах проводят при угрожающем разрыве промежности (резаная рана предпочтительнее рваной). На втором месте — необходимость укорочения потужного периода в связи с состоянием 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).

Согласно нашим данным (Марилова Н.А., 2007), показаниями 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 в 3 раза чаще, чем другие показания) свидетельствует о несвоевременной диагностике или необоснованности рассечения промежности.

Либеральное отношение медперсонала к этому (весьма травматичному) пособию объясняется отсутствием чётко сформулированных и обоснованных противопоказаний.

Есть и обратная сторона проблемы: если на рассечение промежности в родах наложить административные ограничения, возрастает частота разрывов промежности I–II степени. Большинство исследований вопроса весьма скромны по срокам отдалённых наблюдений (Dimitrov A. et al., 1997; Weeks J.D., Kozak L.J., 2001).

Среди второстепенных факторов риска применения эпизиотомии обсуждаются акушерские щипцы (DeLeeuw J.W. et al., 2001; Peleg D. et al., 1999; Seman E.I. et al., 2003; Troiano L. et al., 2000) и вакуум-экстракция плода



(Chou Y.C., Yu K.J., 2003; Peleg D. et al., 1999). При этом высок риск продления разреза на наружный жом анального отверстия и стенку прямой кишки. В нашем исследовании применение акушерских щипцов неизменно сочеталось с травмой промежности, причём у первородящих отказ от перинеотомии сопровождался разрывами промежности II и III степени.

Рост частоты разрывов III–IV степени, происходящих после перинеотомии, заставляет поинтересоваться причинами возникновения такой ситуации. До 67% так называемых малых эпизиотомий с длиной 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 приводит к несостоятельности мышц тазового дна у женщин молодого возраста. Столь же парадоксальные разрывы происходят при дисбиозе половых органов (см. главу «Биоценозы»), а также при воспалительных заболеваниях влагалища (III и IV степени чистоты): уже 80% малых разрезов продолжают в разрывы. И приходится зашивать вместо резаной раны рваную.

Вот почему необходимы строгие ограничения в использовании эпизиотомии. О неоправданности нынешнего объёма рассечений свидетельствует множество случаев несостоятельности мышц тазового дна не только после плохого восстановления промежности, но и вследствие использования 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 (Bodner K. et al., 2001; Samuelsson E. et al., 2002; Scherf C. et al., 2002; Sze E.H. et al., 2002). По нашим данным (Марилова Н.А., 2007), масса тела и рост плода не влияют на риск травмы промежности у повторнородящих. Что касается первородящих, для прогнозирования травмы промежности антропометрическая характеристика плода (масса плода, окружность груди) достоверно значима. Однако перинеотомии не повышают оценку новорождённых по шкале Апгар и не снижают перинатальную заболеваемость.

На состояние промежности влияют возраст роженицы и паритет. Большинство исследователей считают первые роды основным фактором риска рассечений промежности. Так, число подобных вмешательств у первородящих через естественные родовые пути в Швеции составляет 24,5–33,7% (Rockner G., Fianu-Jonasson A., 1999), в Великобритании — 40% (Williams F.L. et al., 1998), а в Нигерии это число достигает 90,4% (Ola E.R. et al., 2002). При повторных родах

показатель составляет 1–5,6% (Samuelsson E. et al., 2002; Rockner G., Fianu-Jonasson A., 1999). С другой стороны, K. Bodner et al. (2001) считают, что отказ от эпизиотомии в первых родах — основной фактор риска разрыва промежности. В повторных же родах, напротив, применение эпизиотомии приводит к продолжению разреза 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%).

Установлено, что медикаментозное обезболивание родов негативно влияет на риск травмы промежности, причём количество таких повреждений геометрически возрастает, если обезболивание эффективно, особенно у первородящих (Радзинский В.Е. и др., 2003; Rockner G., Fianu-Jonasson A., 1999). Для повторнородящих это нехарактерно, за исключением случаев применения эпидуральной анестезии. E. Eason и P. Feldman в 2001 году сформулировали эту зависимость в виде тезиса о том, что **управление роженицей своими потугами значительно снижает вероятность получения травмы промежности.**

C. Jander и S. Lygenas (2001) утверждают, что вероятность самопроизвольного разрыва промежности повышают длительный период изгнания (более 30 мин) и применение окситоцина.

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 происходили на фоне таких осложнений беременности, как длительно текущая анемия и угроза прерывания беременности, гестоз (Марилова Н.А., 2007). Ранее указана роль нарушений вагинального биотопа в качестве предпосылок к травматизации мягких тканей родовых путей (см. главу «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 соблюдении таких условий: аномалии родовой деятельности были корректно диагностированы, утеротоники применяли адекватно, был риск возникновения маточных кровотечений.

Травмы мягких родовых путей не связаны с абсолютной продолжительностью родов, зато быстрые и стремительные роды в этом отношении очень неблагоприятны. Применение утеротонической терапии повышает вероятность повреждений промежности лишь у первородящих, причём частота травматизации на фоне окситоцина возрастает сразу вдвое.

Проведённые нами исследования позволяют присоединиться к мнению специалистов, 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, респираторный дистресс-синдром), 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! Как и любой отказ от обезболивания родов, это агрессивное деяние квалифицируется как «неоказание положенной медицинской помощи». Для обезболивания эпизио- или перинеотомии рекомендуется инфильтрационная или пудендальная анестезия.

Нельзя обойти вниманием такой важный аспект акушерской перинеологии, как качество восстановления промежности. Грамотное выполнение самой перинеотомии должно быть завершено не менее грамотным ушиванием раны. Если швы на промежность только что родившей женщины самостоятельно накладывают молодые акушеры и практиканты, всерьёз не контролируемые наставниками, это часто оборачивается для пациентки несостоятельностью тазового дна. При ушивании раны промежности кетгут должен уступить место более современным шовным материалам, они безопаснее.

К сожалению, при всей серьёзности и сложности проблемы диспансеризация женщин, перенёсших акушерскую перинеальную травму, практически не проводится.

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 рожавшей женщины неоднократно становилась предметом обсуждения не только врачебным сообществом, но 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 рожавшей женщины. При этом чрезвычайно популярное в 1970-е годы представление об «атравматичности» так называемых вертикальных родов уступило место разумному пониманию того факта, что тяжесть и число травм промежности, якобы снизившиеся, при самостоятельном регулировании потуг и приёма головки руками самой роженицы могут усугубляться. Дискуссии продолжаются, но авторитетными акушерами-гинекологами различных стран мира наиболее рациональной признана доктрина о том, что **положение в I период родов и позу во II период вы-**

бирать должна сама женщина. (Перечисленные в разделе «Акушерская агрессия в родблоке» приёмы могут выполняться или не выполняться в зависимости от традиций страны, региона и непосредственно родовспомогательного учреждения.)

После распада СССР многие страны избавились от кроватей Рахманова и, чтобы обеспечить женщине необходимый выбор, заменили их своеобразными «кроватями-трансформерами», позволяющими на технологически приспособленной конструкции (снабжённой электроприводами и легко трансформирующейся) 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». Для информирования организаторов здравоохранения в приложении представлена одна из моделей таких «трансформеров»¹.

Дисфункция мышц тазового дна

Российские и зарубежные исследователи неоднократно анализировали соматические заболевания и особенности течения беременности и родов у женщин, перенёсших родовую травму промежности. J. Wood, L. Amos и N. Rieger (1999) считают, что роды через естественные родовые пути, значительная масса плода, критический возраст матери, большая длительность потужного периода могут считаться факторами риска ослабления мышц тазового дна.

В то же время А.Н. MacLennan et al. (2000) в исследованиях обнаружили пролапс половых органов у женщин, не рожавших через естественные родовые пути, а родоразрешившихся при операции кесарева сечения.

Согласно проанализированным нами данным перинеотомия как акушерская травма промежности ведёт к формированию несостоятельности тазового дна, пролапсу тазовых органов и соответствующим осложнениям (сексуальная дисфункция, нарушение биоценоза влагалища, заболевания шейки матки, расстройства мочеиспускания и дефекации). В большинстве случаев пролапс начинает формироваться сразу после родов. Исследования генетики и ультраструктуры пролапсов продолжают.

Пути преодоления

Факторы риска травм промежности у первородящих таковы:

- собственно первые роды;
- возраст роженицы старше 30 лет;
- наличие хронических экстрагенитальных воспалительных заболеваний;

¹ Приложение «Современное технологическое обеспечение альтернативных родов».

- осложнения гестации (токсикоз, анемия, длительная угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, гестоз);
- нарушение биоценоза и воспалительные заболевания влагалища накануне родоразрешения (III и IV степени чистоты влагалища);
- запоздалые роды;
- быстрое и стремительное течение родов;
- слабость или дискоординация родовой деятельности;
- дородовое излитие околоплодных вод и дородовая амниотомия;
- обезболивание родов наркотическими препаратами и регионарной анестезией;
- применение окситоцина;
- операции наложения акушерских щипцов.

Факторы риска травм промежности у повторнородящих:

- дисбиозы половых органов;
- травмы промежности в первых родах, в особенности перинеотомия;
- осложнения беременности (длительно текущая анемия, длительно текущая угроза прерывания беременности, гестоз);
- нарушение биоценоза и воспалительные заболевания влагалища;
- регионарная анестезия в родах.

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.

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. 7-11) и латеральную эпизиотомию. В России операция рассечения промежности по вертикали называется перинеотомией.

Разрез при перинеотомии проводят по средней линии промежности — здесь меньше всего сосудов и нервных окончаний. При этом рассекаются задняя спайка и прилежащая к ней слизистая оболочка влагалища, кожа, подкожная клетчатка, фасции, луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности и лобково-копчиковая часть мышцы, поднимающей задний проход. При этом нарушается медиальная точка опоры этих мышц. Разрез легко восстанавливается. Если протяжённость разреза увеличивается более чем на 3,5 см от задней спайки, то он может перейти на прямую кишку и привести

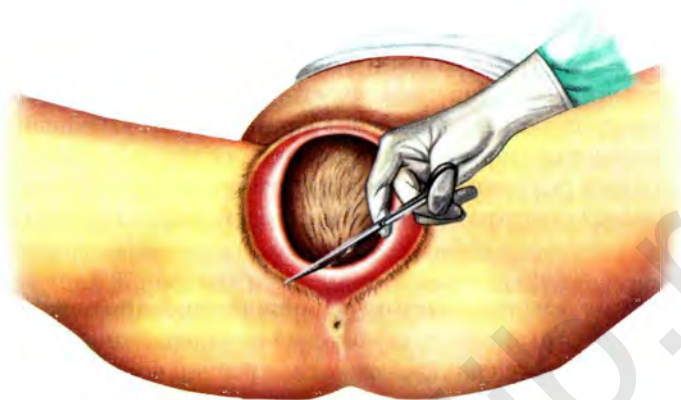


Рис. 7-11. Место проведения срединно-латеральной эпизиотомии.

к разрыву промежности IV степени. Кроме того, при перинеотомии можно повредить центральный фасциальный узел промежности.

При эпизиотомии рассекаются: кожа и подкожная клетчатка больших половых губ, стенка влагалища, фасции, луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности и частично подвздошно-копчиковая и лобково-копчиковая части мышцы, поднимающей задний проход. При этом пересекаются периферические ветви полового сосудисто-нервного пучка, что часто приводит к кровотечению, гематомам, нарушению 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 — стволовой характер (Ананьев В.А., 1987).

Особенности топографической и акушерской ситуации допускают выбор вида рассечения промежности врачом. В настоящее время предпочтение отдают срединно-латеральной эпизиотомии и перинеотомии; при этом сосудисто-нервные образования травмируются меньше и не повреждается большая железа преддверия и её протоки.

Техника операции. После обработки наружных половых органов и кожи промежности антисептическим раствором проводят инфильтрационную или (если на это есть время) пудендальную анестезию. Вне потуги браншу ножниц

с тупым концом под контролем пальца вводят по направлению предполагаемого разреза между предлежащей 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» приводит к разрыву промежности у 67% женщин с нормальным биоценозом влагалища и у 80% рожениц с дисбиозом (вагинит, вагиноз). Следовательно, теряется сам смысл такого разреза: вместо резаной раны всё равно получается рваная.

Качественное восстановление повреждённой промежности

Чрезвычайно важный аспект акушерской перинеологии — качественное восстановление повреждённой промежности в ранний послеродовый 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, довольно простая технически и наименее рискованная, несущественна в сравнении с другими возможными сложностями родов. Именно поэтому медицинский персонал **недостаточно ответственно относится к операции перинеоррафии**. И это тоже проявление акушерской агрессии.

Ранее уже было сказано о важности качественного сопоставления краёв и ушивания раны промежности. Теперь о том, как именно это нужно делать.

Перинеоррафию производят 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, инфильтрационная, пудендальная или наркоз. Это позволяет обеспечить наилучший доступ к повреждённым мышцам, поскольку женщина может их максимально расслабить только вне болевых ощущений. Сокращение мышц тазового дна при нарушенной медиальной точке опоры формирует значительную дистопию, кроме того, снижается эластичность самих мышц. Эти особенности значительно усложняют задачу хирурга, поскольку

ку тщательно сопоставить повреждённые мышцы без их расслабления невозможно.

Основное требование к восстановлению травмированной промежности — **рану следует восстанавливать послойно!** Не менее важен шовный материал: **только синтетические рассасывающиеся нити**, такие как полигликолид и викрил. Широко применяемый кетгут (даже хромированный) вызывает в ушитых тканях аллергическую и воспалительную реакцию.

Перспективным считается применение препарата для тканевой адгезии, тканевого клея гистоакрила. Однако 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 сократившихся после повреждения мышц.

Разрывы I степени. При разрыве промежности 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 шёлковых швов. Однако непрерывный подкожный шов при сопоставлении кожи промежности реже вызывает осложнения, чем узловыы кожные швы. При наложении непрерывного шва на кожу промежности болевой синдром менее выражен, 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. При разрыве промежности 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 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. Наиболее сложна технически перинеоррафия при разрыве промежности III–IV степени. Перед тем как приступить к ушиванию, необходимо уточнить распространённость разрыва стенки кишки и определить края разорванного сфинктера прямой кишки. Операция включает три этапа.

1. Ушивание стенки прямой кишки отдельными синтетическими длительно рассасывающимися нитями с захватом слизистого и мышечного слоёв начиная с угла раны. Узлы завязывают в просвет кишки.

2. Сопоставление концов разорвавшегося сфинктера прямой кишки и их сшивание рассасывающимися нитями.

3. 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). С первых суток после родов возможно применение вагинальных суппозиторий «Депантол» (по 1 свече 2 раза в день 5–10 дней). В состав «Депантола» входят местный антисептик широкого спектра действия хлоргексидин и стимулятор регенерации тканей декспантенол. Включение «Депантола» в комплекс лечебно-профилактических мероприятий при родовых травмах способствует сокращению числа инфекционных осложнений и ускоряет заживление (Селихова М.С., 2011). Возможность самостоятельного применения «Депантола» родильницей не препятствует ранней выписке даже при травмах мягких тканей родовых путей (важный аспект профилактики внутрибольничной инфекции в рамках внедрения современных перинатальных технологий).
- Тщательный туалет промежности после каждого акта мочеиспускания или дефекации.
- При разрывах промежности I–II степени на 3-и сутки родильнице назначают слабительное.
- При отёке тканей промежности на область швов прикладывают пузырь со льдом или назначают физиолечение (ультразвуковое, лазерное лечение, терапию дециметровыми волнами, магнитное или инфракрасное облучение). Отёк шва неблагоприятен не только риском формирования пупырчатой язвы. Даже при заживлении раны первичным натяжением на фоне отёка рубец получается более грубый, снижающий тонус промежности.
- При разрывах промежности 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, после чего снимают швы.

Для скорейшего восстановления тонуса промежности после родов эффективны физические упражнения по Кегелю, Юнусову, Духанову.

В изложенном здесь алгоритме нет ничего экстраординарного, всё ясно и просто. Но кто из практикующих акушеров-гинекологов согласится поставить на кон палец, поспорив, что в его учреждении всё делают именно так, как рекомендуется?

Реабилитация женщин после акушерской травмы промежности

Диспансеризация женщин, перенёсших акушерскую травму промежности, должна стать рутинной в лучшем смысле этого слова. Всем пациенткам из этой группы показаны диспансерные осмотры через 6 и 12 мес. На основании результатов следует решить вопрос о необходимости хирургической коррекции состояния тазового дна во избежание пролапса половых органов. Только такое целенаправленное наблюдение позволит своевременно и рационально восстановить нормальные анатомические структуры тазового дна молодых женщин, предотвращающее отдалённые осложнения перинеальной травмы и немедленно улучшающее качество жизни этих пациенток.

Диспансеризация женщин с акушерской травмой промежности в анамнезе позволит выделить группы риска повторных перинеальных травм, а в некоторых случаях (высокий риск тяжёлых травм промежности) — даже рекомендовать отказ от повторных родов *per vias naturales*.

Резервом снижения перинеального родового 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 позволят сохранить промежность во вторых родах и предотвратить морфологические изменения, ведущие к склерозу мышечных волокон.

Резюмируя вышесказанное, мы предлагаем придерживаться следующей тактики.

- Для профилактики перинеальных травм в повторных родах следует **ограничить показания для рассечения промежности только реальной угрозой разрыва**. Нужно своевременно лечить осложнённое течение беременности, нарушения биоценоза влагалища (восстанавливая нормальную микроэкологию).
- Восстановление повреждённых тканей промежности в ранний послеродовой период важно проводить только синтетическими **рассасывающимися шовными материалами, послойно, тщательно сопоставляя повреждённые ткани**.
- Сразу после родов необходимо уделить особое внимание состоянию тазового дна независимо от травм промежности. Требуется выделить груп-

пы риска для диспансерного наблюдения и лечения, в них должны войти все пациентки с повторными травмами промежности в родах. Контрольные обследования женщин необходимы в 6 и 12 мес после родов.

- Хирургическая коррекция — наиболее эффективный метод лечения пролапса половых органов. Выполнить это вмешательство необходимо **в течение 8 лет после травмы тазового дна**. При этом нужно учесть все факторы риска пролапса половых органов, включая генотип пациентки и давность травматичных родов.

Спрогнозировать развитие пролапсов и успешность заживления травм промежности можно по результатам генетического обследования (Марилова Н.А., 2007). Повышенную склонность к травмам в родах провоцирует носительство аллеля A1A1 гена *GP1IIa*, обуславливающее неустойчивость межклеточных контактов. Подтверждена взаимосвязь между данной генетической особенностью и слабостью адгезивных свойств мембран клеток. Форма PLA2 исследуемого гена — защитный фактор промежности в родах.

При повреждении промежности в родах пролапс половых органов происходит в две морфологические стадии, субкомпенсации и декомпенсации. Манифестация случается в среднем через 6–8 лет после травмы промежности. Сопоставляя данные генетического анализа с результатами исследования тканей промежности, мы обнаружили, что у носительниц аллеля A2 в гомо- и гетерозиготном варианте субкомпенсаторный интервал увеличивается до 8–10 лет. При несостоятельности мышц тазового дна основанием для принятия решения о хирургической коррекции должно стать не отсутствие репродуктивных планов у пациентки, а суммарное количество факторов риска развития пролапса половых органов, гомозиготный генотип A1A1 и срок давности перинеальной травмы в родах. В этом случае пролапс половых органов будет остановлен на доклиническом этапе, удастся ограничиться малоинвазивной методикой, избежать запущенных форм заболевания и послеоперационных рецидивов.

Пособия по защите промежности

Претензии к качеству акушерского пособия по защите промежности обоснованны. Проблема напрямую связана с трудностями в подготовке акушерских кадров в России. Среди преподавателей медицинских колледжей практикующих в роддомах врачей практически нет. Сами роддома коммерциализированы и в обучении студентов ничуть не заинтересованы. Такая система исключает возможность приобретения студенткой соответствующих акушерских навыков в достаточном объёме.

Согласно данным анонимного анкетирования, за время обучения в медицинском училище акушерка принимает 0,3 родов (2006). Соответственно, остальной она учится, уже придя на работу в стационар. Мало того, только 20% выпускниц акушерских отделений остаются в профессии. А ведь акушерки — элита среднего медицинского образования, они востребованы в хорошо оплачиваемых парамедицинских отраслях. А стать акушеркой родильного блока можно не раньше чем через 3 года работы в специальности. Все эти обстоятельства складываются в главную причину **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. L.L. Albersi et al. (1996), M.J. Renfrewi et al. (1998) считают акушерское пособие чрезвычайно эффективным для сохранения тканей промежности, британский исследователь L. Grundy (1997) даже предлагает внедрить его на национальном уровне. Одновременно R. McCandlish (1998), F. Vedittelli, J.L. Tabaste, E. Janky (2001) утверждают, что на фоне мероприятий по защите промежности значительно растёт риск разрывов и рассечений.

Акушерским пособием в родах при головном предлежании называется 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 в лишь зарождающемся научном акушерстве. 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 моментов: 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, и у женщин, у которых разрыв промежности был уже раньше или у которых была произведена пластика промежности; утверждение, что у слишком молодых роженец (до 16 лет) имеется повышенное

предрасположение к разрывам промежности, я на основании своего опыта подтвердить не могу.

*Далее, разрывы промежности или её сокращения зависят: 2) от величины ребёнка, особенно его головки, а также 3) от формы выхода таза: чем лонная дуга шире, тем больше места для головки отклониться от промежности. К числу моментов, от которых зависят разрывы промежности, принадлежит, далее, 4) наклонение таза: чем оно меньше, тем больше впереди лежит вход во влагалище, тем сильнее и дольше промежность испытывает давление со стороны головки. Большое значение имеет тут 5) и способ прохождения головки: чем меньше тот размер, которым последняя 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 (подзатылочнo-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 положения — 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, так как тазовый конец и туловище растягивают промежность не настолько сильно, чтобы последующая головка могла легко пройти вход во влагалище. Наконец, целостность промежности при родах или её разрыв зависят 6) от темпа растяжения промежности: **чем медленнее это происходит, тем лучше.** Стремительные роды, внезапное выхождение головки во время сильной потуги, быстрая экстракция щипцами (при которой растяжение половой щели ещё усиливается от ложек щипцов) или экстракция за тазовый конец не дают промежности времени для достаточного растяжения, и потому 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 о происхождении разрывов промежности и о целесообразности её защиты...»



Рис. 7-12. Сравнительный анализ акушерского травматизма промежности в родильных домах с тотальным и ограниченным использованием пособий по защите промежности.

Теперь будет особенно интересно проанализировать возможность сохранения промежности в родах. За 3 года в двух родильных домах были собраны интересные данные по акушерскому травматизму промежности (рис. 7-12). В одном из акушерских стационаров все роды через естественные родовые пути при головном предлежании плода проходили с пособием по защите промежности, в другом пособие применялось почти в 2 раза реже, так как практиковались так называемые вертикальные роды. По остальным показателям группы рожениц были сопоставимы.

На фоне всеобщего применения акушерского пособия больше родов осложнилось разрывами 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 выключить все неблагоприятные для сохранения промежности моменты, то мы, даже при хорошей её защите, во всех случаях сохранить её не можем. Частота разрывов промежности по большим статистикам 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 по-

верхностью или продевают слишком быстро, то петля рвётся; если же, напротив, пуповицу ставят ребром и сперва продвигают малый её сегмент, а затем постепенно всю пуповицу, то петля расширяется, не разрываясь. Так и головка должна пройти срамную щель, «как пуповица».

Задача защиты промежности при затылочном положении состоит, таким образом, в том, чтобы в половую щель сначала вошел малый сегмент матылька 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.

Современные представления таковы, что 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, так как 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 шейного отдела позвоночника плода.

Пути преодоления

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» 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 прорезывание головки, совпадающее с началом её 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 оказывать 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, есть вероятность нарушения кровообращения головного мозга ребёнка. Оказание ручного пособия при головном предлежании снижает риск возникновения этих осложнений.

Нет необходимости проводить защиту промежности любой ценой (можно применить этот приём, если женщина находится в удобном для этого положении, но не рекомендуется 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 момент: 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. Акушерка, 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. 7-13).

Второй момент: уменьшение напряжения промежности в период прорезывания головки и рождения теменных бугров (рис. 7-14).

Акушерка 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 пальцами



Рис. 7-13. Воспрепятствование преждевременному разгибанию головки.



Рис. 7-14. Второй момент родов: уменьшение напряжения промежности при прорезывании головки.

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. Считается, что это снижает возможность разрыва.

Третий момент: 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 момент: 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 врезывании головки ткани промежности испытывают максимальное напряжение, поэтому постепенное и плавное течение этого процесса обеспечивает наилучшее приспособление тканей промежности к возрастающей нагрузке, что 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 акушерка правой рукой осторожно сдвигает ткани промежности над личиком плода кзади, а левой рукой помогает разгибаться головке

и приподнимает её кверху. При необходимости акушерка просит роженицу потужиться с достаточной для выведения головки силой.

Пятый момент: освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода (рис. 7-15). 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).

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 выражена тенденция к снижению частоты наложения акушерских щипцов (с 2,65 в 2001 году до 1,23 в 2008 году на 1000 родов). При этом в экономически развитых странах Европы, в Северной Америке, где взят курс на перинатальное акушерство, родоразрешение с помощью акушерских щипцов **происходит значительно чаще**, составляя до 15% родов (рис. 7-16).

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 чаще извлекали щипцами или вакуум-экстрактором. Сейчас считается, 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



Рис. 7-15. Освобождение плечевого пояса плода.



Рис. 7-16. Акушерские щипцы.

исход у такой отчаянной попытки неблагоприятный, это усугубляет негативное отношение к щипцам и вакуум-экстрактору.

Пока акушерские щипцы «сдают позиции», частота кесарева сечения возрастает с угрожающей настойчивостью. Даже при относительно низко стоящей головке плода и возможности наложения акушерских щипцов врач зачастую делает выбор в пользу абдоминального родоразрешения. **В России акушерские щипцы фигурируют в 0,12% всех родов, а вакуум-экстракция — в 0,35%.** Такие скромные цифры связаны с боязнью травматизма матери и плода, но вовсе не означают, что к этим методикам не бывает показаний.

Довольно интересно, что большинство акушеров Северной Америки отказываются от щипцов в пользу абдоминального родоразрешения, а в Австралии — в пользу вакуум-экстракции.

Акушерские щипцы успешно применялись за 250 лет до «безопасного» кесарева сечения и за 300 лет до «безопасной анестезии», поэтому 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 применения 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 при помощи атипичных щипцов. Исследователи сделали вполне логичные выводы о том, что кровопотеря и число койко-дней после кесарева сечения больше. С другой стороны, при наложении акушерских щипцов оценка новорождённых по шкале Апгар и частота послеродовых осложнений у матери и новорождённого достоверно не различаются, а травмы промежности происходят редко (9,4%). Это заставляет задуматься, **правы ли мы, делая выбор не в пользу акушерских щипцов?**

И ещё о преимуществах акушерских щипцов и вакуум-экстрактора. Т. Needhirajan (2007) из Шотландии обратил внимание на исходы влагалищ-

ных родоразрешающих операций. В тех местах распространена модель щипцов Killand (прямые щипцы, в России такие не применяют). Различий в частоте материнского травматизма и нарушениях неонатального периода он не обнаружил, а вот успешных вмешательств при наложении акушерских щипцов оказалось больше (87% против 72%).

Хотя техника наложения акушерских щипцов хорошо разработана, классики отечественного акушерства (Лазаревич И.П., 1877; Красовский А.Я., 1885; Феноменов Н.Н., 1893; Груздев В.С., 1922) признавали, что применение данного метода чревато значительными травмами для матери и плода. На этом фоне развернулась дискуссия вокруг применения метода вакуум-экстракции плода. Сейчас о ней высказываются разнообразно. Кто-то провозглашает вакуум-экстракцию полной альтернативой акушерским щипцам, другие относятся к методике резко отрицательно. Многие отечественные акушеры выступают против наложения акушерских щипцов, поскольку они негативно влияют на здоровье новорождённого. Вообще взгляды врачей различаются по поколениям: у специалистов «старой гвардии» отношение к наложению акушерских щипцов более благожелательное, чем у скептически настроенных молодых коллег.

Анализ механических основ выполнения 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 приводить к различным повреждениям мягких тканей головки, от мелких ссадин до глубоких ранений. Сильное сжатие головки приводит к поднадкостничным гематомам при разрыве сосудов надкостницы. Обычно черепная гематома не сочетается с внутричерепным кровоизлиянием и формируется через 2–3 дня после родов. Выздоровление протекает медленно, недели и месяцы. Иногда гематома приводит к осложнениям (эрозии костей черепа и др.).

Варианты повреждения костей различны, от лёгких вдавливаний и мелких трещин до переломов. Наиболее опасно наложение высоких щипцов: значительные ложкообразные вдавливания на затылочной кости могут спровоцировать отрыв затылочной кости от основания черепа, давление или повреждение продолговатого мозга.

Наложение акушерских щипцов может привести к кровоизлиянию в конъюнктиву, поражению роговицы, вывиху глазного яблока, ретробульбарной гематоме, частичному или полному разрыву 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 тя-

жёлтые нарушения мозгового кровообращения возможны при кровоизлияниях в полость черепа (субдуральные, субарахноидальные, внутримозговые), вызванных переломами костей и разрывом венозных пазух.

Возникает вопрос: как отличить влияние оперативных вмешательств от непосредственного воздействия повреждающих факторов (гипоксия, ишемия, травма)?

Без сомнения, при наложении щипцов в родах частота асфиксии в несколько раз выше, чем в родах без инструментальных пособий. Однако столь же ясно, что врач не будет накладывать щипцы без серьёзных показаний; нередко к этому пособию прибегают, когда у плода уже определяются признаки гипоксии. Бывает, правда, что при операции наложения акушерских щипцов, предпринятой исключительно для блага матери, извлекают плод в состоянии асфиксии, обусловленной самим вмешательством.

Таким образом, единого мнения о целесообразности вакуум-экстракции и наложения атипических акушерских щипцов у специалистов нет. В различных источниках много сведений о том, что дети, родившиеся с использованием этих пособий, развиваются удовлетворительно. Значительная выборка для таких наблюдений сформировалась в 60-х годах прошлого века; на этот период пришёлся пик популярности вакуум-экстракции, такие пособия считались совершенно безвредными. Некоторые современные 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 2,6–99,9% младенцев наблюдаются такие повреждения головки плода, как экскориация, 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 неоднозначные. Некоторые констатируют различные отклонения в физическом и нервно-психическом развитии детей, другие их отрицают (Толочко Е.С., 2005; Caird M.S. et al., 2005; Ndiaye O. et al., 2001). Прокомментировать эти результаты сложно, поскольку авторы использовали различные критерии оценки. Одни учитывали только тяжёлые повреждения (гематома, кефалогематома), другие — вообще все (включая ссадины, экскориации и др.). Невозможно также сопоставить отдалённые результаты наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора. Ведь в большинстве случаев щипцы накладывают на головку, находящуюся в выходе из малого таза, а вакуум-экстракцию почти в 60% начинают, когда головка лишь большим сегментом прошла вход в малый таз.

В 1975–1983 годах мы провели собственный сравнительный анализ по вакуум-экстракциям при головном предлежании плода (988 случаев) и наложению 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%). В случаях, когда операция затянулась, такая опухоль исчезала лишь на 3–4-е сутки после родов.
- Конфигурация головки 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%), кефалгематома — у 95 (15,6%), отслойка кожи — у 9 (1,4%).

При использовании акушерских щипцов сила сдавления в 17 раз больше, чем при вакуум-экстракции, но в силу кратковременного воздействия травмирующий эффект меньше (Голота В.Я., Радзинский В.Е., Сонник Г.Т., 1985). 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 меньше, чем у традиционной системы Мальстрёма. 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 привести к «срыву» чашечки.

Пути преодоления

Строгое соблюдение акушерами условий проведения манипуляций и определение показаний к ним снижает травматичность родоразрешения с помощью акушерских щипцов или вакуум-экстрактора. Эти 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.

Все показания к операциям для извлечения плода делятся на две группы: в интересах матери и в интересах плода. Первая группа включает экстрагенитальные заболевания и вызванные осложнения настоящей беременности и родов.

В родовспомогательных учреждениях, где работа опирается на стратегию акушерского, экстрагенитального и перинатального риска, меньше показатель перинатальной смертности (особенно в группах высокого риска), реже происходит операции наложения акушерских щипцов и почти не случается вакуум-экстракция плода. Отказ от применения указанных операций при высокой степени риска, по возможности плановое, а не экстренное кесарево сечение действительно снижают перинатальную заболеваемость и смертность. При средней степени перинатального риска тактика должна быть в целом такой же, как и при высокой, поскольку признаки гипоксии плода (ухудшение сердцебиения, меконий в околоплодных водах, изменения биофизического профиля плода) усугубляют степень риска. В этом случае степень риска к моменту окончания родов из средней переходит в высокую (см. главу «Стратегия перинатального риска»). В этой ситуации плод страдает от нарушения метаболизма фетоплацентарного комплекса, и применение акушерских щипцов или вакуум-экстракции лишь ухудшит его состояние.

Операцию вакуум-экстракции или акушерских щипцов следует проводить, не допуская длительного страдания плода, при первых признаках нарушения его жизнедеятельности или затяжном (свыше 60–70 мин) II периоде родов. Родоразрешение путём наложения акушерских щипцов или вакуум-экстракции возможно лишь у женщин с низкой степенью перинатального (со стороны плода) или акушерского риска, строго при наличии показаний. Далее перечислены показания к наложению акушерских щипцов со стороны матери.

- Акушерские:
 - тяжёлые формы гестоза (преэклампсия, эклампсия, выраженная артериальная гипертензия, не поддающаяся консервативной терапии), требующие исключения потуг;
 - упорная слабость родовой деятельности и/или слабость потуг;
 - кровотечение во II периоде родов, обусловленное преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении;
 - эндометрит в родах.
- Соматические:
 - болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;
 - расстройства дыхания вследствие заболеваний лёгких;

- миопия высокой степени;
- острые инфекционные заболевания;
- тяжёлые формы нервно-психических расстройств;
- интоксикация или отравление.

Показанием со стороны плода может быть только острая гипоксия.

Условия для наложения вакуум-экстрактора:

- живой плод;
- расположение головки в малом тазу;
- полное раскрытие маточного зева;
- вскрывшийся плодный пузырь;
- соответствие между размерами таза и головки плода;
- затылочное предлежание плода.

Противопоказания к наложению вакуум-экстрактора:

- несоответствие между размерами таза и головки плода;
- гестозы (нефропатия, преэклампсия, эклампсия);
- заболевания роженицы, требующие выключения потуг (декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь, заболевания лёгких, высокая степень миопии и др.);
- разгибательные предлежания головки;
- выраженная недоношенность плода (менее 36 нед).

Техника вакуум-экстракции плода. Левой рукой раздвигают малые половые губы, чашечку боковой поверхностью (плотная) или в сложенном виде (мягкая) правой рукой вводят во влагалище и размещают на головке, в области ведущей точки (при затылочном предлежании — **рядом** с малым родничком).

Включают электронасос или механическим путём создают разрежение (500–550 мм рт.ст.), после чего приступают к тракциям, соответственно биомеханизму родов по оси таза роженицы. Во время паузы между потугами тракции не осуществляют.

Если головка расположена в широкой части полости малого таза, то сначала тракции проводят косо кзади, затем вниз (на себя) и после того, как затылочная ямка подойдет под лоно, — кпереди. После прорезывания головки отрицательное давление ликвидируют, чашечки снимают, а головку выводят из половой щели.

Осложнения при вакуум-экстракции плода. Возможно соскальзывание чашечки, особенно металлической. При этом есть риск повреждения кожных покровов. Считают возможным накладывать чашечку дважды. Если головка не поддаётся тракциям, то лучше выполнить кесарево сечение. Если головка расположена в узкой части полости малого таза и не продвигается с помощью вакуум-экстрактора, то следует перейти к наложению акушерских щипцов.

Вакуум-экстрактор расширяет возможности оперативного родоразрешения через естественные родовые пути и (при соблюдении условий, показаний и техники наложения) не нарушает течение раннего неонатального периода у новорождённых. Вмешательство безопасно для матери.

III период родов

Что лучше — выжидательная тактика или активное ведение III периода родов? 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 считалось незыблемым. Сейчас, во избежание последового и послеродового кровотечения, обсуждаются 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 8 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 является 18-я минута после рождения ребёнка.

Однако активное ведение родов часто сопровождается неблагоприятными побочными эффектами: тошнотой, рвотой, артериальной гипертензией у матери.

Достаточно давно неотъемлемой частью активного ведения III периода родов стало профилактическое введение окситоцина. Эта мера обосновывается минимальностью 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 послеродовом периоде стало «золотым стандартом» профилактики послеродовых кровотечений, но побочных эффектов препарата это полностью не отменяет. **Тактика повторных инъекций окситоцина может привести к задержке частей плаценты и акушерскому кровотечению в послеродовом периоде.** Некоторые исследователи полагают, что по суммарному соотношению «польза — риск» включать окситоцин в протокол ведения III периода родов преждевременно.

В ряде исследований подчёркивается, что не доказаны преимущества эффективности алкалоидов спорыньи (эргометрин, метилэргометрин) или их комбинации с окситоцином в сравнении с изолированным использованием окситоцина. Сторонники использования комбинации эргометрина и окситоцина указывают, что 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. Целесообразность такого сочетания препаратов ограничена выраженностью побочных эффектов (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 мизопростол 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. Мета-анализ, проведённый С. Langenbach, показал, что риск послеродового кровотечения при назначении мизопростола составляет лишь 4%. Преимущество перед традиционными утеротоническими средствами 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 велик. 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 контролируруемую тракцию за пуповину. На конгрессе «Контракция в акушерстве и гинекологии» (Барселона, 2007) сторонников и про-

тивников этой методики оказалось строго поровну. В комментариях к технике тракций указано, что потягивание за пуповину осуществляется во время сильной длительной схватки (2–3 мин), а вторая рука врача в это время придерживает матку в направлении, противоположном оси тракции. В случае неэффективности тракции в течение 30–40 с процедуру повторяют при следующей схватке. Массаж матки начинают сразу после рождения последа и повторяют до тех пор, пока матка не сократится, каждые 15 мин (?!).

Противоречивы мнения специалистов и о необходимости раннего пересечения пуповины. Обсуждаются 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). В то же время в более ранних «Стандартах...» (1998) отмечалось, 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, объяснялась широким использованием утеротоников. Разобшение кровотока препятствовало поступлению лекарственных препаратов в организм новорождённого.

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 табл. 7-5.

Хотя давно доказано, что пересечение пуповины предпочтительно отсрочить (ну хоть на одну минуточку!) и что **немедленная перевязка может угрожать состоянию новорождённого**, до сих пор многие акушеры упорно спешат выполнить эту процедуру не откладывая.

Пути преодоления

Тактика ведения III периода родов должна быть **выжидательной**. Наиболее физиологично, чтобы спазм и тромбирование пупочной артерии, трансфузия венозной крови из плаценты к ребёнку происходили после помещения новорождённого на грудь или живот матери. Это обеспечивает поступление из плаценты к ребёнку дополнительного объёма крови — до 70–90 мл (а это

Сравнительный анализ влияния на ребёнка сроков пережатия пуповины, по данным Т. Пелтонен (1981)

Клиническая ситуация		Раннее наложение зажима на пуповину	Позднее наложение зажима на пуповину
Наложение зажима до начала самостоятельного дыхания		Необходимо избегать; при наличии других неблагоприятных факторов может привести к смерти 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	В 87 случаях, когда плаценту располагали выше новорождённого, ни один из детей не пострадал от асфиксии
Изменение размеров сердца		Сердце увеличено	Сердце нормальных размеров
Влияние на кровь	Гемоглобин, количество эритроцитов	$5,14 \times 10^{12}/л$	Содержание эритроцитов увеличивается до $5,68 \times 10^{12}/л$, гемоглобин растёт
	Гематокрит	48% через 4 ч и 44% через 24 и 72 ч	64% через 4 ч, 61,5% 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)	
Адаптация системы кровообращения	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 младенцев с поздним перерезанием пуповины	80 мм рт.ст., в течение 6 ч снижается до 65 мм рт.ст.

Окончание табл. 7-5

Клиническая ситуация	Раннее наложение зажима на пуповину	Позднее наложение зажима на пуповину
Давление в лёгочной артерии	Давление сразу падает до 70% от нормального уровня, а в течение следующего часа составляет до 50% от нормального уровня	90% от нормального уровня в течение 6 ч
Данные аускультации сердца и ЭКГ	Больше шумов в сердце в сравнении с поздним наложением зажима на пуповину	Выше амплитуда зубца P, ниже соотношение амплитуд S/R в отведениях V ₁ и V ₆ , поздняя инверсия зубца T 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

приблизительно четверть всего объёма крови новорождённого), насыщенной кислородом и питательными веществами. Это самая надёжная профилактика ранней анемии.

С позиции так называемых естественных родов пуповина должна быть пересечена как минимум после окончания пульсации в ней, а ещё лучше — после рождения плаценты.

Кесарево сечение

Абдоминальное родоразрешение и его роль в снижении материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов — одна из наиболее важных проблем современного родовспоможения во всём мире.

По данным авторов из разных стран, кесарево сечение стало самой распространённой операцией современного акушерства. Каждую минуту в мире

выполняется 50 операций кесарева сечения. За тот же отрезок времени гибнут семь новорождённых. Сопоставление этих цифр заставляет усомниться в обоснованности такого количества оперативных родоразрешений (рис. 7-17). А ведь кесарево сечение позиционируют как наиболее щадящий метод завершения беременности!

Частота кесарева сечения в мире довольно вариабельна. 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 операции составляла 10,1% всех завершений беременности, а в 2009 году — уже 21% (рис. 7-18).

Распространённость родоразрешения путём операции кесарева сечения объясняется 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 этим путём? Вопросы не праздные.

В России за сутки происходит 1000 операций кесарева сечения, при этом перинатальная смертность составляет 37 новорождённых в сутки. Территориальное распределение показателей заставляет задуматься: только ли репродуктивное здоровье жителей, культурные и национальные традиции объясняют различия? В некоторых регионах оперативных родов менее 10% (республики Алтай, Дагестан, Тыва), в других — более 20% (Алтайский край, Ивановская, Калининградская, Смоленская области, Ставропольский край). Аналогичный



Рис. 7-17. Частота кесарева сечения в России и в мире.

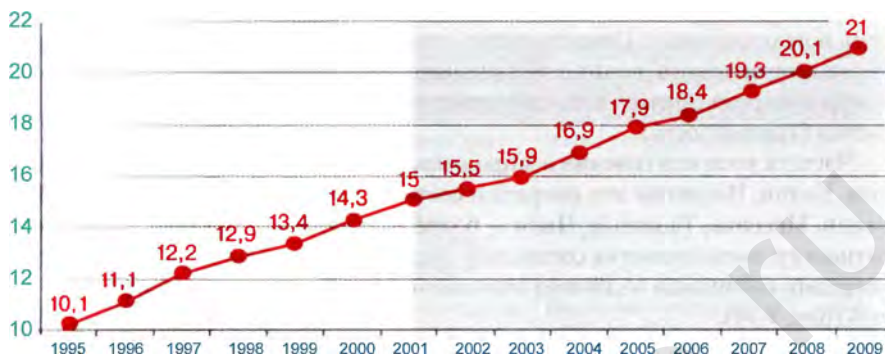


Рис. 7-18. Неуклонный прирост частоты кесарева сечения в России, %.

вопрос возникает при взгляде на различия в перинатальной смертности: менее 10‰ в Самарской, Свердловской областях, Ханты-Мансийском АО, Чувашии; более 20‰ на Алтае, в Ингушетии (рис. 7-19).

Не менее интересна ситуация в родовспомогательных учреждениях города Москвы (частота оперативных родоразрешений — от 9 до 29%, перинатальная смертность — от 1,5 до 7,1‰)[†].

Кесарево сечение и перинатальные заболеваемость и смертность

Если выбор тактики в пользу оперативного родоразрешения не имеет доказательной основы, то он не соответствует исходному назначению — сохранить здоровье матери и ребёнка. Следствием неверной акушерской стратегии у женщин с высоким перинатальным риском оказываются парадоксальные цифры. **В 25% случаев вместо кесарева сечения предпочтительны роды через естественные родовые пути. 15% самопроизвольных родов у женщин с очень высоким перинатальным риском следовало бы предотвратить, осуществив абдоминальное родоразрешение.** В итоге число экстренных операций заметно преобладает над плановыми и запланированными.

Мы не разделяем оптимизма специалистов, идеализирующих кесарево сечение как способ решения проблемы перинатальной смертности. **Частота кесарева сечения за последние 20 лет возросла практически втрое,**

[†] Данные по неспециализированным родовспомогательным учреждениям за 2008 год.

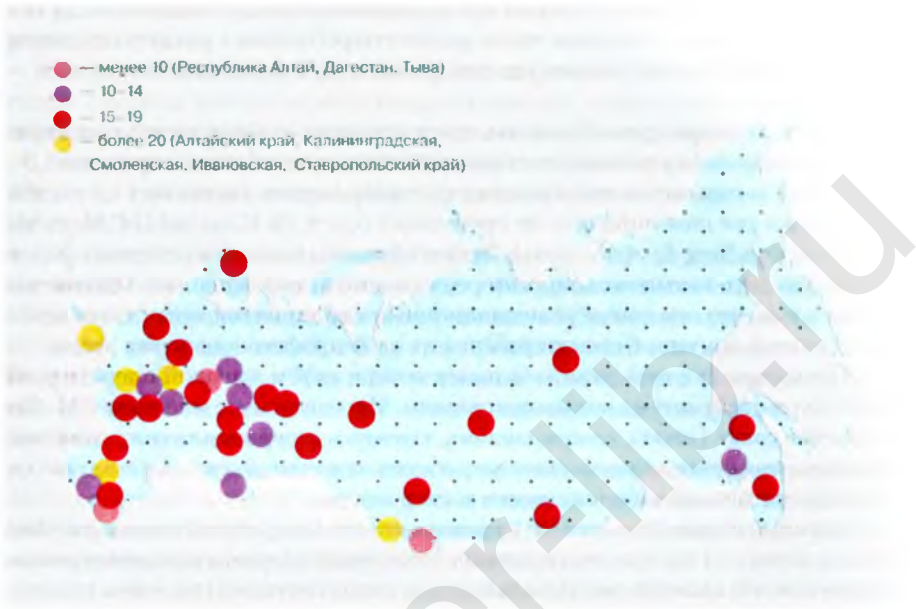


Рис. 7-19. Частота оперативных родоразрешений в регионах России, %.

а перинатальные потери не снизились даже в 2 раза. В 2000 году перинатальная смертность составила 13,2%, в 2004-м — 10,8%, в 2006-м — 7,6%, в 2008-м — 8,8%, в 2009-м — 7,8%.

Более того, хотя показатели материнской и перинатальной смертности в России и снижаются, сейчас они всё равно в 3–3,5 раза выше, чем в экономически развитых странах. На фоне демографического кризиса, когда так высока ценность каждой беременности, эта ситуация недопустима и требует аналитического разбора. Действительно ли расширение показаний к кесареву сечению — единственная мера, уменьшающая перинатальный риск?

Итак, принято считать, что кесарево сечение — щадящий метод родоразрешения, позволяющий избежать длительной стимуляции родовой деятельности, перинатальной смертности и 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 перинатальную заболеваемость.

мость. В отношении пострадавших мы применяем термин «аппаратные дети» (те новорождённые, которым после родов потребовались реанимационные мероприятия). Причин много, все они разные, но в большинстве случаев — ятрогенные.

Согласно литературным данным, после кесарева сечения частота респираторных расстройств у доношенных новорождённых колеблется в пределах 1,8–30%, после экстренного оперативного родоразрешения составляет 1,2–11,2%, а при родах *per vias naturales* не превышает 0,5–3,7% (Graziosi G.C.M. et al., 1998; Van den Berg A. et al., 2001). Таким образом, после оперативных родов следует уделить внимание вопросам реанимации новорождённых. Однако парадокс в том, что эти самые реанимационные мероприятия могут стать непосредственной причиной смерти ребёнка из-за непрофессионализма врача.

Стремление снизить перинатальные потери путём высокой оперативной активности одобряют не все исследователи. Мы согласны с мнением Г.М. Савельевой и соавт. (2006), утверждающих, что поиск резервов для снижения частоты кесарева сечения не должен затрагивать показания, где особенно высок риск перинатальной заболеваемости и смертности.

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 придаётся уровню родовспомогательного учреждения, наличию в нём современных реанимационных технологий и способов выхаживания.

Кроме того, именно от метода родоразрешения зависит риск родовой травмы как при осложнённых родах, так и при вступлении в роды антенатально ослабленного плода. Оценивая влияние операции на плод и новорождённого, следует учитывать преморбидный фон, исходное состояние плода и наличие сопутствующих заболеваний, ставших показанием для абдоминального родоразрешения.

Влияние распространённости кесарева сечения на количество неблагоприятных перинатальных исходов прослеживается и в результатах сравнительного анализа показателей в учреждениях с различной оперативной активностью (Gould J.B. et al., 2004). Но и это не догма! В каждом учреждении, территории, особенно при оказании медицинской помощи разных уровней, эти показатели и должны различаться, коррелируя с состоянием рожениц. Ориентиром может быть предложенный в 2008 году И.Н. Костиным «коэффициент эффективности кесарева сечения» — КЭКС (см. далее).

Оказывается, слишком низкая и очень высокая увлечённость оперативными родами одинаково плохи — возрастает частота внутричерепных кровоизлияний, асфиксии, синдрома мекониальной аспирации у новорождённых. Однако

эти наблюдения были сделаны лишь в отношении рожениц с низкой степенью риска.

Снижение показателей перинатальной смертности, незначительное в сравнении с бурным ростом частоты кесарева сечения, лучше всего доказывает, насколько неоправданна колоссальная частота подобных операций.

Более чем наглядна ситуация в Ирландии: перинатальная смертность снижается до 4,4‰ при одновременном снижении частоты кесаревых сечений до 12% (рис. 7-20).

Рост оперативной активности в России (с 12 до 21%) сопровождался снижением перинатальной смертности с 16 до 7,8‰, однако негативные тенденции в общую картину внесла ситуация по регионам. В Дагестане прирост доли оперативных родоразрешений с 8 до 11% привёл к увеличению перинатальной смертности с 12 до 15‰. Хорошие тенденции отмечались в Смоленской области: снижение частоты абдоминальных родоразрешений коррелирует со снижением перинатальной смертности.

Вопиющая картина сложилась к 2009 году в Новосибирске: распространённость кесаревых сечений оказалась сопоставимой с показателем перинатальной смертности (20% и 20‰ соответственно). Вот уж действительно, «резали» не тех, кого следовало родоразрешать абдоминально.

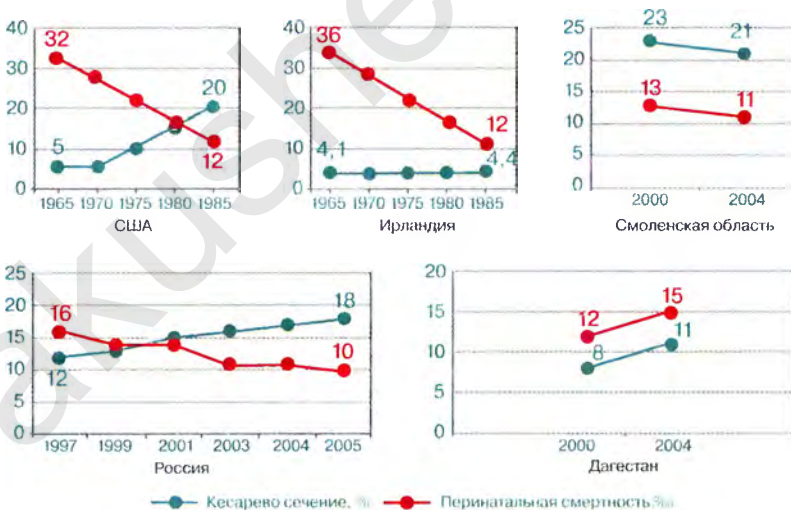


Рис. 7-20. Кесарево сечение и перинатальная смертность. Страны с развитым здравоохранением и регионы России.

Небольшое отступление: было бы неверно связывать недавние успехи в профилактике перинатальной смертности только с кесаревым сечением, столь же несправедливо было бы отрицать влияние оперативных родов полностью. Определённую роль в снижении перинатальных потерь сыграл современный технический прогресс, внедрение новых высокоэффективных организационных и лечебно-диагностических технологий.

Что касается использования новых стратегий, то впечатляют достижения зарубежных коллег. 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 1979 году обоим этим городам удалось снизить перинатальную смертность с 15 до 9%. Однако частота абдоминального родоразрешения в Филадельфии оказалась вдвое выше. Это явная инструментальная акушерская агрессия (рис. 7-21).

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, тогда как прооперированные женщины смогли бы и сами родить живых детей. Агрессивность врачебных действий в том, что каждая четвёртая пациентка подвергается оперативному вмешательству неоправданно: 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 хирургической тактики (рис. 7-22).

Объяснить сложившуюся ситуацию с чрезмерной либерализацией показаний к операции кесарева сечения, важной как в медицинском, так и в социальном плане, можно лишь отсутствием единых стандартов¹.

Какова оптимальная частота кесаревых сечений?

Дискуссии относительно оптимальной частоты абдоминальных родоразрешений — неперенная составляющая акушерских секций региональных и международных форумов. На XVIII Всемирном конгрессе Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) обсуждалась **потребность в максимальном отказе от кесарева сечения при первых родах**. Для этой цели предлагается строго соблюдать показания к операции и обязательно обсуждать варианты ведения родов с пациенткой. Последнее для нас всё ещё непривычно!

¹ В Приложениях приведено информационное письмо на эту тему, одобренное Форумом «Мать и дитя» (2007).

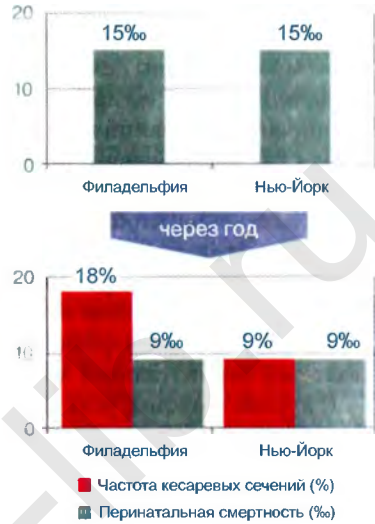


Рис. 7-21. Сравнение эффективности стратегии перинатального риска (Нью-Йорк) и мониторинга кислотности крови из головки плода (Филадельфия) для снижения перинатальной смертности.

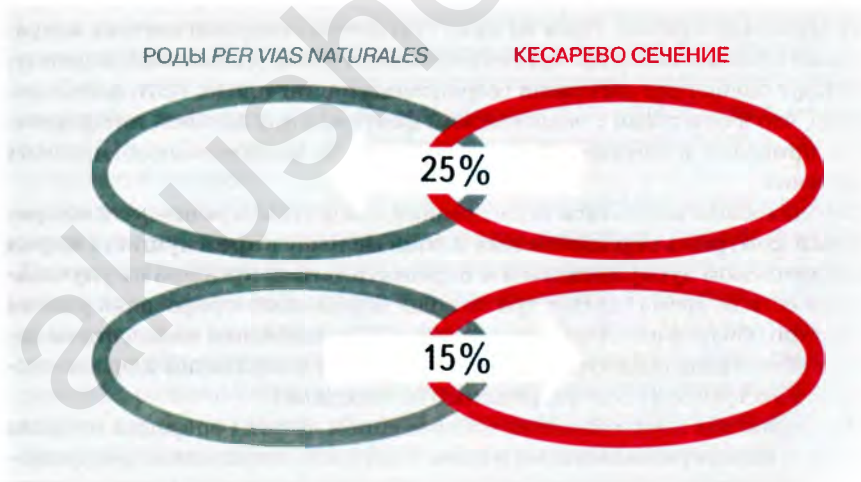


Рис. 7-22. Схематическое изображение возможных резервов для оптимизации количества кесаревых сечений.

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 оправданно, если ведёт к снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

До настоящего времени нет однозначных данных об оптимальной частоте кесарева сечения, чтобы не только улучшались перинатальные показатели, но и не рос операционный риск. По мнению Г.М. Савельевой (2003), **снижение перинатальной смертности происходит при частоте кесарева сечения 13–14% всех родов в популяции.** Дальнейшее повышение частоты абдоминального родоразрешения не приводит к значительным изменениям показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

С другой стороны, **рост частоты абдоминальных родоразрешений свыше 15–17% повышает вероятность послеоперационных осложнений при неизменной перинатальной смертности** (Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 1997). По мнению Г.М. Савельевой с соавт. (2007), оптимальная частота кесарева сечения в неспециализированных акушерских стационарах составляет **16–18%.**

Причины чрезмерного увлечения кесаревыми сечениями

К столь частому исходу беременности в оперативное родоразрешение приводят несколько причин. Одна из них — проблема гипердиагностики интранатального страдания плода. Врачи без соответствующих показаний используют методы оценки его состояния (кардиомониторинг плода, УЗИ, доплерография), что в сочетании с человеческим фактором при вольной интерпретации и приводит к появлению в истории родов необоснованно мрачных заключений.

Опубликованы результаты исследований, свидетельствующие, что **непрерывный контроль сердцебиения плода не имеет преимуществ перед периодической аускультацией и перинатальный прогноз не улучшается.** Даже если во время схваток при помощи кардиомониторирования удастся однократно обнаружить признаки нарушения сердцебиения плода, это не позволяет объективно оценить клиническую картину и показаний и противопоказаний к экстренному родоразрешению не определит.

Малопривлекательная тема, связанная с повышением частоты операций кесарева сечения, — **коммерциализация родов.** Стоимость оперативного родоразрешения превышает стоимость родов через естественные родовые пути на \$300–700 в зависимости от оснащённости акушерского стационара. А уж если запланированы роды в частной клинике, то в таком случае предпочтитель-

ность оперативного родоразрешения проистекает из платёжеспособности пациенток и практически не зависит от акушерской ситуации. Согласно данным по США, возрастание частоты кесаревых сечений на 1% повышает стоимость оказания акушерской помощи на \$63 000 000 в год, причём осложнённые роды увеличивают эту сумму ещё в 2–3 раза.

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 самой 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 соблюдении условий их выполнения (расположение головки в узкой части полости малого таза и ниже) гораздо бережнее, чем заменяющий их ныне «метод» по Кристеллеру.

Полагают, что увеличению доли кесарева сечения способствуют и так называемые отличия чревосечения от самопроизвольных родов: относительная безопасность операции, снижение риска для плода, отсутствие травм мышц тазового дна, удобство для акушера, будто бы низкая частота внутричерепных кровоизлияний и, конечно, желание пациентки. Именно эта точка зрения привела к распространению чревосечений по желанию женщины. Однако как аргументировать оперативное родоразрешение у здоровой беременной?

Согласно данным литературы, желание завершить беременность оперативным путём высказали от 1,5 до 98% женщин (Churchill H., 1997; Belgrave S., 2003; Чернуха Е.А., 2005). Это желание часто поддерживают врачи, у них в этом случае свой интерес.

По данным R. Al-Mufti et al. (1996), среди опрошенных акушеров-гинекологов 31% женщин и 8% мужчин высказались за кесарево сечение по желанию. По данным J. Wright et al. (2001), эти показатели составили 14,6 и 16,4% соответственно. Однако 95% акушерок Великобритании высказались против кесарева сечения по желанию пациентки (Dickson M., 1999). Национальный институт качества медицинской помощи Великобритании в 2002 году принял решение, разрешающее **врачам отказывать пациентке в кесаревом сечении по её желанию, если для этого нет медицинских показаний**. Международная организация акушеров-гинекологов также не одобряет оперативных родоразрешений без соответствующих медицинских показаний. В России нормативные документы, запрещающие или разрешающие кесарево сечение по просьбе беременной (родственников), отсутствуют.

Безусловно, на фоне коммерциализации акушерства эта высокооплачиваемая операция в некоторых частных клиниках становится довольно рутинной, и показания к ней отыскиваются довольно легко, как правило, из списка относительных. Этим пользуются недобросовестные акушеры. Здесь интересны два момента. Во-первых, операция лишь по настоянию женщины не находит оправданий, поскольку дискредитирует своё предназначение — сохранение здоровья матери и ребёнка. Во-вторых, бесчисленные операции «набивают руку», но не развивают клиническое мышление врача.

Опасности кесарева сечения

Говоря о проблеме неадекватного чревосечения, нужно вспомнить о преимуществах влагалищных родов. Это низкая материнская заболеваемость, меньшее количество послеродовых осложнений, невысокая стоимость родов, 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.

Как любое полостное вмешательство, кесарево сечение сопряжено с риском анестезии, неудачного течения самой операции и послеоперационного периода. Риск оперативного вмешательства для матери связан с кровотечением, инфицированием, тромбозом лёгочных артерий, эмболией околоплодными водами, перитонитом. При последующей беременности могут обнаружиться рубцовые изменения в области рассечения матки, предлежание плаценты, истинное вращение плаценты.

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 в 3 раза чаще, чем при обычных вагинальных родах!**

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.

В плане снижения частоты инфекционных осложнений при операции кесарева сечения чрезвычайно интересным представляется Кокрановский метаанализ, 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 абдоминального родоразрешения на 45%. В подгруппе женщин, прооперированных после излития околоплодных вод (с нарушением целостности плодовых оболочек и возможностью восходящего инфицирования матки), этот показатель достигал 91%.

Наконец, самая главная проблема: всё больше становится женщин с оперированной маткой; в дальнейшем это самое частое показание для повторной операции кесарева сечения.

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 необходимо провести переоценку большей части современных показаний к этому вмешательству. Среди них наиболее распространены рубец на матке и аномалии родовой деятельности. В 1990-х годах был сравнительно высок удельный вес клинически узкого таза, тяжёлых форм гестоза, тазового предлежания плода и первых предстоящих родов у беременных старше 30 лет. В настоящее время превалируют относительные показания, связанные с осложнениями беременности и родов: рубец на матке, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода, отягощённый акушерский анамнез, миопия высокой степени, преждевременные роды, тяжёлый гестоз, тазовое предлежание плода, беременность после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), многоплодная беременность (Савельева Г.М. и соавт., 2007). Следовательно, часть общепринятых и требующих экстренного вмешательства показаний, соответствующих классическому акушерству, никуда не делись, а появлением новых показаний мы обязаны внедрению в акушерскую практику современных технологий.

Казалось бы, раз всё больше становится акушерских и экстрагенитальных заболеваний, то объяснима и большая частота оперативных родоразрешений. Однако большая часть вмешательств проводится именно по сумме относительных показаний, а всегда ли это оправданно? Спорными выглядят показания к кесареву сечению при тазовых предлежаниях плода, многоплодии, отягощённом акушерско-гинекологическом анамнезе, возрасте первородящих старше

В целом этот чудовищный абсурд мы сами и создаём. Бесконечное расширение показаний к абдоминальному родоразрешению — второй по значимости фактор (после искусственного аборта), снижающий качество репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста.

30 лет, рубце на матке после кесарева сечения, после лапароскопической миомэктомии с коагуляцией ложа узла.

В само понятие «относительные показания» заложено, что оперативное родоразрешение нужно лишь в половине случаев. Однако врачи женских консультаций чаще предпочитают перестраховываться, внушая будущим роженицам мысль о чудовищных опасностях самопроизвольных родов.

Беременность в результате успеха ВРТ. Рост доли кесаревых сечений происходит за счёт тех женщин, у которых беременность наступила при использовании особых репродуктивных технологий (ЭКО, инсеминация, стимуляция овуляции и др.). Больше становится и беременных высокого риска (первородящие старше 35 лет, пациентки, страдающие эндокринными заболеваниями, женщины с трансплантированной почкой, печенью и др.).

Как правило, после использования репродуктивных технологий, особенно неоднократного, формируется контингент, весьма однозначный по типу родоразрешения. Учитывая роды после 30–35 лет на фоне длительного бесплодия, эндокринных заболеваний матери, возможность многоплодия после ЭКО, большинство врачей предпочтут не рисковать. Очевидно, что кесарево сечение часто предлагают, даже если бесплодие было обусловлено мужским фактором. Вместе с тем некоторые специалисты считают, что лишь 70–80% женщин после ЭКО показано абдоминальное родоразрешение (Сухих Г.Т., Адамян Л.В., 2007).

Аномалии родовой деятельности. Что касается аномалий родовой деятельности, особенно при неумении или нежелании их лечить, они никак не должны быть основным, доминирующим показанием к операции кесарева сечения.

«Возрастные» первородящие. Аналогична ситуация с так называемыми возрастными первородящими. Сложилась представления о том, что в этой группе течение беременности и родов часто осложнённое, особенно при длительном бесплодии в анамнезе и индуцированной беременности, а потому иной путь родоразрешения, за исключением абдоминального, невозможен. Если изредка выбор и делают в пользу родов через естественные родовые пути, то при развитии аномалий родовой деятельности принято расширять показания к кесареву сечению, а не пытаться коригировать нарушения. 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 обусловлено не только изменившимся социальным статусом женщины в современном обществе, но и уровнем репродуктивных технологий. Несмотря на сообщения I.F. Gareen et al. (2003), L.J. Heffner et al. (2003) о том, что возраст первородящей старше 30 лет следует расценивать как высокую степень перинатального риска, чёткой границы возраста женщины, после которой увеличиваются перинатальная заболеваемость и смертность, не определено. Данные весьма ва-

риабельны. В.В. Абрамченко (2004) пишет о возрастании риска неблагоприятного исхода для плода у первородящих от 30 лет, М.А. Курцер (2001) — от 35 лет, А.Ж. 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 беременных. А пока **достоверной корреляции между возрастом первородящей, степенью перинатального риска и частотой перинатальной заболеваемости не обнаружено**; специального возраста, после которого беременную достоверно можно отнести к группе высокого риска, тоже нет.

В большинстве женских консультаций и стационаров сложилась практика перестраховки. К так называемым возрастным пациенткам следует подходить дифференцированно, что в плане стратегии родоразрешения пока не принято; единственно возможным вариантом считается кесарево сечение.

ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты. Вопрос об оптимальном методе родоразрешения при вирусных гепатитах В и С, при ВИЧ-инфекции до сих пор окончательно не решён, однако указания о преимуществах родоразрешения в этих случаях только путём кесарева сечения для профилактики инфицирования новорождённых необоснованны.

Крупный плод. Требуется отдельного обсуждения ситуация с крупными детьми. 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 соавт., 2005).

Однако, несмотря на вероятность интранатальной травматизации, при крупном плоде вряд ли стоит считать оправданным исключительно абдоминальное родоразрешение. Нередко крупный плод — ятрогенное явление: иногда в борьбе с фетоплацентарной недостаточностью (зачастую мнимой) акушеры используют прекрасные, но непоказанные препараты. К ятрогенной макросомии плода могут привести неадекватные назначения «Актовегина» (в отсутствие фетоплацентарной недостаточности), «Эссенциале форте Н» и (о, ужас!) 40% раствора глюкозы. Что касается профилактики макросомии, то работа женской консультации в этом направлении стала совершенно неэффективной.

Неблагоприятный перинатальный исход в анамнезе. При отягощённом акушерском анамнезе авторы специальной литературы рекомендуют абдоминальное родоразрешение для недопущения повторного неблагоприятного перинатального исхода. Другие исследователи сомневаются в целесообразности кесарева сечения при такой акушерской ситуации, особенно если неблагоприятные исходы предшествующих родов были связаны с недоношенностью или уродствами плода.

В соответствии с концепцией перинатального акушерства выбор метода и сроков родоразрешения должен быть «срежиссирован» с позиций антенатального статуса плода, вступающего в роды. Речь идёт о том, что кесарево сечение не всегда может обеспечить здоровье ребёнка при перенашивании, инфекционном заболевании плода, выраженной гипоксии и глубокой недоношенности. С этих позиций объяснимы неблагоприятные исходы при недоношенности и фетоплацентарной недостаточности, не зависящие от стратегии родоразрешения. Причиной гибели новорождённых в этих случаях считают инфекционные поражения, болезнь гиалиновых мембран и прогрессирующую постнатальную гипоксию.

При этом вполне обоснованной выглядит позиция нашей соотрудницы Н.М. Старцевой (2007). В своих исследованиях методом выбора для родоразрешения беременных с задержкой роста плода, в том числе при недоношенной беременности, автор установила именно кесарево сечение.

Тазовое предлежание. Мнения отдельных исследователей касательно ведения родов при тазовом предлежании плода настолько разноречивы, что сформировать чёткое представление о дифференцированном подходе к этому вопросу трудно. Разногласия в тактике ведения родов при тазовом предлежании плода подтверждаются сведениями о максимальном влиянии человеческого фактора (Patel S., 2006).

В соответствии с данными М. Robson (2001), путём чревосечения рожают все беременные с неправильным положением плода, а также 92,3% первородящих с тазовым предлежанием. При родах через естественные родовые пути риск перинатальной заболеваемости и смертности плода в тазовом предлежании выше, чем при кесаревом сечении, особенно если он крупный или маловесный. В других исследованиях родовой травматизм и перинатальная смертность детей, родившихся в тазовом предлежании, тоже были в 3–5 раз чаще, чем при головном предлежании (Игнатко И.В. и соавт., 2005; Каган В.В., 2002). Чаще всего причиной смерти при тазовом предлежании оказываются асфиксия и родовая травма (кровоизлияния в мозжечок и разрывы мозжечкового намета, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга).

Опасаясь осложнений самопроизвольных родов в тазовом предлежании (несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода, выпадение петель пуповины, вколачивание ягодиц, образование заднего вида плода, запрокидывание ручек, спазм маточного зева, затруднения при выведении головки, повреждение костного таза), большинство акушеров в этом случае предпочитают абдоминальное родоразрешение (Игнатко И.В. и соавт., 2005).

Травмирование новорождённого возможно при оказании пособий, и это связано с несовершенством самих 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 подобных осложнений.

С другой стороны, бездумно расширять показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода не стоит. В исследованиях В.В. Каган (2002) показано, что абдоминальное родоразрешение вовсе не страхует плод от родовой травмы. Всё равно не исключены повреждения шейного отдела позвоночника (71,4%). Состояние тяжёлой асфиксии в исследовании было зафиксировано у 3,3% детей, извлечённых при абдоминальном родоразрешении за ножку.

В рамках дискуссии о родоразрешении при тазовом предлежании обсуждается альтернатива оперативному родоразрешению — программированные роды.

Преждевременные роды. В случае преждевременных родов и при массе плода менее 1500 г различия в статусе новорождённых невелики и почти не зависят от способа родоразрешения. В таких ситуациях вероятность респираторного дистресс-синдрома плода максимальна именно в случае кесарева сечения.

Таким образом, все попытки расширения показаний к кесареву сечению должны быть оправданы исключительно улучшением показателей 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 задержке роста плода, недоношенности и незрелости, отягощённом акушерско-гинекологическом анамнезе матери, в случае рубца на матке.

Коэффициент эффективности кесарева сечения

Один из нынешних критериев эффективности кесарева сечения — показатель перинатальной смертности, однако он один 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 доцентом нашей кафедры И.Н. Костиным. Обоснованная им методика получила название «коэффициент эффективности кесарева сечения» (КЭКС).

Анализ региональных показателей частоты оперативных родоразрешений и перинатальной смертности основан на материалах заседаний Координационного совета по повышению эффективности оказания медицинской помощи

матерям и детям первого года жизни Минздравсоцразвития РФ в 2000-2008 годах.

На время анализа имелись основные показатели работы акушерско-гинекологической службы по 60 регионам Российской Федерации. Однако, учитывая отсутствие некоторых региональных показателей или их несовпадения по годам, анализ проведён на основании данных 41 региона: Алтай, Алтайский край, Амурская обл., Башкортостан, Бурятия, Вологодская обл., Дагестан, Ивановская обл., Иркутская обл., Кабардино-Балкария, Калининградская обл., Карачаево-Черкесия, Кировская обл., Коми-Пермяцкий АО, Костромская обл., Красноярский край, Ленинградская обл., Липецкая обл., Москва, Мурманская обл., Оренбургская обл., Орловская обл., Пермская обл., Приморский край, Ростовская обл., Рязанская обл., Самарская обл., Саратовская обл., Свердловская обл., Смоленская обл., Ставропольский край, Тверская обл., Томская обл., Тыва, Удмуртия, Ульяновская обл., Хабаровский край, Ханты-Мансийский АО, Чувашия, Якутия, Ярославская обл.

Расчёт коэффициента эффективности кесарева сечения. Основными показателями, используемыми для расчета КЭКС, стали частота операции кесарева сечения и перинатальная смертность. Базовая формула для расчёта КЭКС такова:

$$\text{КЭКС} = \frac{\text{Кесарево сечение в базовом регионе} \times \text{перинатальная смертность в базовом регионе}}{\text{Кесарево сечение в исследуемом регионе} \times [\text{перинатальная смертность в исследуемом регионе}]^2} \times 10$$

Для расчёта уровень оперативных родоразрешений указывают в %, перинатальную смертность — в ‰. Базовый регион — регион, внутри которого проводится расчёт. В нашем исследовании это Российская Федерация. Для самой России базовым регионом, в свою очередь, могут быть Европа, Азия, мир в целом. В силу важности показателя перинатальной смертности это число в исследуемом регионе возводится в квадрат. Множитель 10 введён в формулу для более удобного представления КЭКС.

Ежегодные показатели базового региона в виде коэффициента (числитель формулы) могут быть использованы для расчета КЭКС любого региона, входящего в состав базового (рис. 7-23).

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 КЭКС разных по расположению (город, село) и оснащению (уровни) акушерских стационаров могут различаться на порядок,

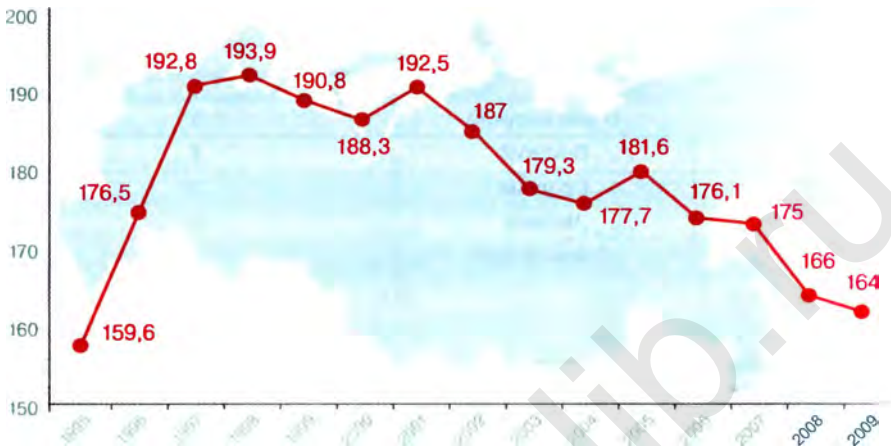


Рис. 7-23. Значения коэффициента базового региона (% кесаревых сечений \times перинатальная смертность, ‰) для России в 1995–2005 годах (числитель формулы).

что нужно учитывать при сопоставлении этого показателя. Определяя КЭКС для разных регионов, стационаров и т.д., важно учитывать показатели строго за один и тот же промежуток времени.

В нашем анализе для расчёта КЭКС по каждому региону были взяты данные за 2000–2005 годы. На основании этих цифр вычислялись средние значения уровня кесаревых сечений и перинатальной смертности за 6 лет по каждому региону, а также среднее значение КЭКС за тот же период. Диапазон полученных значений КЭКС по регионам составил от 0,38 (Алтай) до 1,85 (Чувашия), что позволило провести стратификацию регионов по группам КЭКС, основанную на законах нормального распределения (сигмальные отклонения). Критерии определения групп по КЭКС представлены в табл. 7-6. Таким образом, каждый регион вошел в ту или иную группу по КЭКС (табл. 7-7). В табл. 7-8 представлены распределение регионов по группам КЭКС и краткая характеристика этих групп.

Анализ КЭКС: место России в мире. Интересные данные получены при анализе КЭКС в Российской Федерации по отношению к другим регионам мира и миру в целом. Если принять, что средний уровень кесаревых сечений по миру составляет 20%, а показатель перинатальной смертности — 40%, то числитель формулы составит 800. Например, КЭКС для России по отноше-

Таблица 7-6

Распределение коэффициента эффективности кесарева сечения по степеням

Значение КЭКС	Оценка	Обозначение групп в таблицах
2 и более	Очень высокий	5
1,5–1,9	Высокий	4
1,0–1,4	Средний	3
0,5–0,9	Низкий	2
Менее 0,5	Очень низкий	1

Таблица 7-7

Показатели уровня кесаревых сечений, перинатальной смертности, коэффициента эффективности кесарева сечения и его группы по регионам России

Регион	Уровень кесаревых сечений, %	Перинатальная смертность, ‰	КЭКС	Группа
Москва	17,30	9,00	1,28	3
Алтай	9,94	21,30	0,38	1
Алтайский край	20,91	10,86	0,75	2
Амурская область	17,00	16,32	0,42	1
Башкортостан	11,56	13,29	0,94	2
Бурятия	13,73	10,87	1,27	3
Вологодская обл.	15,15	14,64	0,68	2
Дагестан	8,24	12,53	1,49	3
Ивановская обл.	21,52	11,86	1,03	3
Иркутская обл.	15,97	11,58	0,96	2
Кабардино-Балкария	15,79	11,26	1,16	3
Калининградская обл.	20,90	14,44	0,41	1
Карачаево-Черкесия	14,54	12,03	1,50	4
Кировская обл.	17,33	12,00	0,79	2
Коми-Пермяцкий АО	12,18	16,07	0,61	2
Костромская обл.	14,07	14,43	0,56	2
Красноярский край	17,98	15,75	0,50	1
Ленинградская обл.	15,77	9,16	1,73	4
Липецкая обл.	19,52	10,46	1,27	3
Мурманская обл.	15,61	9,48	1,46	3

Окончание табл. 7-7

Регион	Уровень кесаревых сечений, %	Перинатальная смертность, ‰	КЭКС	Группа
Оренбургская обл.	14,52	13,19	0,88	2
Орловская обл.	17,45	11,51	0,98	2
Пермская обл.	16,04	12,10	0,91	2
Приморский край	16,02	12,87	0,72	2
Ростовская обл.	15,78	14,76	0,66	2
Рязанская обл.	10,32	14,90	0,84	2
Самарская обл.	18,59	8,41	1,82	4
Саратовская обл.	19,87	12,57	0,61	2
Свердловская обл.	15,88	9,56	1,37	3
Смоленская обл.	21,56	13,40	0,58	2
Ставропольский край	20,91	10,94	0,84	2
Тверская обл.	10,26	13,08	1,19	3
Томская обл.	17,56	15,04	0,63	2
Тыва	9,63	17,05	0,85	2
Удмуртия	19,38	12,48	0,66	2
Ульяновская обл.	13,64	12,96	1,07	3
Хабаровский край	14,75	14,97	0,58	2
Ханты-Мансийский АО	18,55	9,50	1,28	3
Чувашия	15,53	9,34	1,85	4
Якутия	17,71	16,37	0,41	1
Ярославская обл.	7,70	13,65	1,44	3

Таблица 7-8

Распределение регионов по группам коэффициента эффективности кесарева сечения

Регион	КЭКС	Уровень кесаревых сечений	Перинатальная смертность	Группа
Очень высокий (5) КЭКС – 2 и более				
		Чаще — родильные стационары городов, перинатальные центры		Разные уровни кесаревых сечений сочетаются с очень низким показателем перинатальной смертности*

Продолжение табл. 7-8

Регион	КЭКС	Уровень кесаревых сечений	Перинатальная смертность	Группа
Высокий (4) КЭКС — 1,5–1,9				
Карачаево-Черкесия	1,50	14,54	12,03	Различные уровни кесаревых сечений сочетаются с низким показателем перинатальной смертности
Ленинградская обл.	1,73	15,77	9,16	
Самарская обл.	1,82	18,59	8,41	
Чувашия	1,85	15,53	9,34	
Средний (3) КЭКС — 1,0–1,4				
Бурятия	1,27	13,73	10,87	Сочетание среднего и высокого уровня кесаревых сечений со средними показателями перинатальной смертности или сочетание низкого уровня кесаревых сечений с показателем перинатальной смертности выше среднего
Дагестан	1,49	8,24	12,53	
Ивановская обл.	1,03	21,52	11,86	
Кабардино-Балкария	1,16	15,79	11,26	
Липецкая обл.	1,27	19,52	10,46	
Москва	1,28	17,3	9,00	
Мурманская обл.	1,46	15,61	9,48	
Свердловская обл.	1,37	15,88	9,56	
Тверская обл.	1,19	10,26	13,08	
Ульяновская обл.	1,07	13,64	12,96	
Ханты-Мансийский АО	1,28	18,55	9,50	
Ярославская обл.	1,44	7,70	13,65	
Низкий (2) КЭКС — 0,5–0,9				
Алтайский край	0,75	20,91	10,86	Чаще средний уровень кесаревых сечений сочетается с показателем перинатальной смертности выше среднего, реже — низкий уровень кесаревых сечений и высокий показатель перинатальной смертности
Башкортостан	0,94	11,56	13,29	
Вологодская обл.	0,68	15,15	14,64	
Иркутская обл.	0,96	15,97	11,58	
Кировская обл.	0,79	17,33	12,00	
Коми-Пермяцкий АО	0,61	12,18	16,07	
Костромская обл.	0,56	14,07	14,43	
Оренбургская обл.	0,88	14,52	13,19	
Орловская обл.	0,98	17,45	11,51	
Пермская обл.	0,91	16,04	12,10	
Приморский край	0,72	16,02	12,87	
Ростовская обл.	0,66	15,78	14,76	

Регион	КЭКС	Уровень кесаревых сечений	Перинатальная смертность	Группа
Рязанская обл.	0,84	10,32	14,90	
Саратовская обл.	0,61	19,87	12,57	
Смоленская обл.	0,58	21,56	13,40	
Ставропольский край	0,84	20,91	10,94	
Томская обл.	0,63	17,56	15,04	
Тыва	0,85	9,63	17,05	
Удмуртия	0,66	19,38	12,48	
Хабаровский край	0,58	14,75	14,97	
Очень низкий (1) КЭКС — менее 0,5				
Алтай	0,38	9,94	21,30	Чаще высокий уровень кесаревых сечений и высокий показатель перинатальной смертности, реже — низкий или средний уровень кесаревых сечений в сочетании с чрезвычайно высокой перинатальной смертностью
Амурская область	0,42	17,00	16,32	
Калининградская обл.	0,41	20,90	14,44	
Красноярский край	0,50	17,98	15,75	
Якутия	0,41	17,71	16,37	

* Здесь и далее градации показателя перинатальной смертности относятся к Российской Федерации.

нию к мировым показателям за 2009 год (оперативные родоразрешения — 21%; перинатальная смертность — 7,8‰) составляет 6,26, что входит в группу очень высокого КЭКС.

Принятие в качестве базового региона одной из экономически высоко развитых стран (средние показатели кесаревых сечений — 20%, перинатальной смертности — 5‰) приведёт к тому, что российский КЭКС составит всего 0,78 — низкий. Эти цифры опровергают мнение о том, что **снизить перинатальную смертность можно лишь приверженностью к кесареву сечению**. За исключением случаев антенатальной и интранатальной гибели плода (чаще всего ввиду вовремя не диагностированных причин), тактика оперативного родоразрешения «во что бы то ни стало» не может повысить эффективность операции кесарева сечения.

Проведённый ранее регрессионный анализ выявил «закономерность»: **чтобы снизить перинатальную смертность на 1%, следует на 4% больше женщин родоразрешить путём кесарева сечения.** По теоретическим выкладкам получается, что стремление к снижению уровня перинатальной смертности до цифр, достигнутых экономически высокоразвитыми странами, рискует обернуться увеличением доли оперативных родов в России почти до 40%! Немыслимая ситуация.

Однако было установлено, что вклад кесарева сечения в изменение показателя перинатальной смертности составляет не более 30%. 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.

Обратим внимание на зависимость показателя перинатальной смертности от уровней оперативных родоразрешений и материнской смертности (рис. 7-24).

Независимая переменная в данном примере — уровень материнской смертности. А от чего, в свою очередь, зависит этот показатель, нам хорошо известно, поэтому сколько ни делай кесаревых сечений, если в акушерской практике недостаёт доказательных перинатальных технологий, корректных диагностических критериев, новых методов лечения, стратегии перинатального риска, реализованных в современных стандартах и клинических протоколах, приблизиться к показателям акушерской службы высокоразвитых стран мы не сможем. И даже дополнительное финансирование родовспоможения проблемы не решит.

Соотношение экстренных и плановых кесаревых сечений

Ещё один сложный вопрос современного оперативного акушерства — преобладание экстренных кесаревых сечений над плановыми и запланированными. **В большинстве акушерских стационаров России 2/3 кесаревых сечений осуществляют именно в экстренном порядке, без полноценной предоперационной подготовки и выбора оптимальной анестезии.** А ведь экстренное кесарево сечение сопряжено ещё со множеством организационных проблем: психологическая неготовность беременной или роженицы, временной фактор (большая часть подобных операций приходится на «дежурное», вечернее и ночное время).

По результатам исследования Т.В. Златовратской (2008), 62,2% абдоминальных родоразрешений в группе «аппаратных» доношенных произошла в экстренном порядке. При этом на долю срочных ситуаций (преждевременная отслойка плаценты, острая гипоксия плода), диагностированных в приёмном отделении, пришлось лишь шесть случаев. В остальных эпизодах основной причиной стал тот факт, что не была проведена переоценка степени риска в родах. Это привело к тому, что абдоминальное родоразрешение запоздало и было вы-

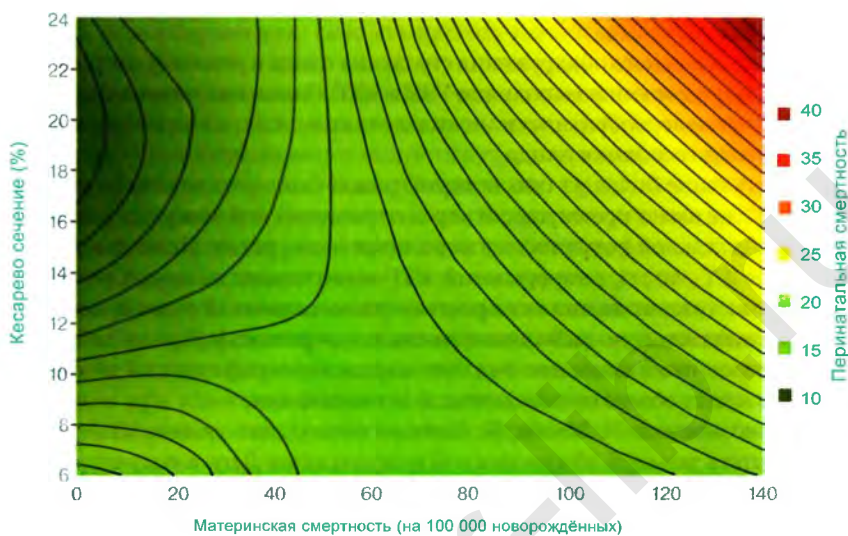


Рис. 7-24. Связь показателя перинатальной смертности, частоты оперативных родоразрешений и материнской смертности. На этом трёхмерном графике минимальная перинатальная смертность соответствует 17–23% кесаревых сечений (на графике — слева вверху), однако и самые высокие показатели перинатальной смертности также расположены в верхней части графика. Они соответствуют максимуму оперативного родоразрешения, только справа (при высоком уровне материнской смертности).

полнено на фоне интранатального страдания плода. Таким образом, значительная доля абдоминальных родоразрешений не была оправдана перинатальными результатами.

По мнению В.В. Абрамченко (1999), D.L. Saunders, S.L. Makutu (2001), **плачевная ситуация связана с недооценкой перинатальных факторов риска и отсутствием чёткого плана ведения родов.** Это положение особенно актуально для тазовых предлежаний, где «внутриродовые» абдоминальные родоразрешения увеличивают риск внутричерепных кровоизлияний с одного на 2750 родов при плановых до одного на 1400 при экстренных (в 2 раза!).

Преобладание кесаревых сечений, производимых в экстренном порядке, над плановыми свидетельствует о недостатках диагностики состояния матери и плода. Следовательно, **экстренное кесарево сечение по сумме относительных показаний — всегда дефект акушерской тактики.** Из позитив-

ного: улучшение диагностики в этих случаях должно стать резервом коренного изменения ситуации.

Для своевременного обнаружения страдания плода и решения вопроса об экстренном родоразрешении выполняют УЗИ и КТГ. Однако всё чаще исследователи говорят о нецелесообразности использования этих методов для качественной оценки состояния плода.

В метаанализе более 37 000 историй родов было установлено, что непрерывная КТГ не имеет преимуществ перед периодической аускультацией по степени перинатальной смертности и перинатальному риску. По некоторым данным (Parek J.T., 1997), непрерывный КТГ-мониторинг во время родов из-за гипердиагностики **повышает вероятность кесарева сечения, но не снижает перинатальную заболеваемость и смертность.** При этом большинство акушеров необоснованно считают кардиотокографический мониторинг состояния плода объективным методом исследования.

Согласно мнению R. Natale, N. Dodman (2003), наложение КТГ-датчиков нельзя считать заменой обыкновенной аускультации. Дело в том, что мониторинговое наблюдение часто ослабляет личный контроль ситуации медицинским персоналом. Однако благодаря КТГ вовремя замеченное страдание плода позволяет рассчитывать на благоприятный перинатальный исход.

Наиболее частым показанием к экстренному кесареву сечению в родах оказываются аномалии родовой деятельности, точнее, вызванное ими страдание плода. Однако всё это — следствия, а у истоков ситуации стоит неумение или нежелание лечить нарушения сократительной деятельности матки.

Мы согласны с мнением прогрессивных акушеров о том, что динамику родов необходимо отображать в виде партограмм. Только это позволяет диагностировать аномалии родовой деятельности, вовремя поставить диагноз и начать лечение.

Как известно, существует три типа срочности операции кесарева сечения: **плановое, экстренное и запланированное.** При последнем варианте роды изначально ведут через естественные родовые пути, однако при развитии осложнений их не пытаются корректировать, а немедленно проводят абдоминальное родоразрешение. Неоспоримое достоинство запланированного кесарева сечения — возможность гибкой тактики родоразрешения, и роды через естественные родовые пути не исключены (Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 1997). Такая тактика оптимальна в тех случаях, когда возможны роды через естественные родовые пути с благоприятным исходом для матери и плода, но в то же время 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, снизить частоту необоснованных оперативных вмешательств.

Плановое оперативное вмешательство чаще всего начинают до развития родовой деятельности. Перед плановым кесаревым сечением 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.

Снижение частоты именно экстренных абдоминальных родоразрешений должно наиболее эффективно улучшить исходы операции 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 сравнительном анализе перинатальных исходов экстренных и запланированных кесаревых сечений становятся очевидными определённые тенденции в тактике ведения беременности и родов. Обращают на себя внимание 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 риск оказался неправильно подсчитан в абсолютном большинстве случаев. Результат — лишь 68,6% беременных, впоследствии экстренно прооперированных, были направлены на дородовую госпитализацию. У всех обследованных гестационный срок на момент родов находился в диапазоне от 37 до 42 нед.

Отдельного рассмотрения заслуживает оценка родовых путей. Амниотомии при незрелой шейке матки и самопроизвольном излитии околоплодных вод часто предшествовали экстренному оперативному вмешательству (36 против 22% при плановом кесаревом сечении). Вспомним обсуждавшийся ранее «симптом акушерского крокодила», который, как и его зелёный собрат, не умеет отступать: амниотомия → родовозбуждение → родостимуляция → аномалии родовой деятельности → кесарево сечение → «аппаратный» ребёнок (см. главу «Программированные роды»).

Ещё одной причиной экстренного оперативного родоразрешения часто бывают подтекание мекониальных вод и ухудшение функционального состояния плода в родах. Такое часто наблюдают при тенденции к перенашиванию вследствие недоучёта степени перинатального риска.

Всем роженицам, в дальнейшем родоразрешённым путём экстренного кесарева сечения, при обнаружении аномалий родовой деятельности сначала

проводили медикаментозную коррекцию. Возможно, этим объясняется разница в структуре непосредственных показаний к операциям: медикаментозное лечение, с одной стороны, уменьшает влияние аномалий родовой деятельности, а с другой - недоучёт степени перинатального риска повышает вероятность острой гипоксии плода.

Более низкие оценки по шкале Апгар отмечаются после экстренного кесарева сечения. Очевидно, в этом случае чаще возникала острая гипоксия плода. Перинатальные исходы при экстренном кесаревом сечении оказались хуже, чем при запланированном: 787 против 693% (Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Князев С.А. и соавт., 2007).

Выбор в пользу запланированного кесарева сечения для родоразрешения при высоком перинатальном риске оправдан. Более того, учитывая менее благоприятные исходы при экстренном вмешательстве у женщин с высоким перинатальным риском, запланированное кесарево сечение можно считать методом выбора, если для планового вмешательства показаний нет.

Цифры свидетельствуют, что, повысив частоту выполнения абдоминальных родоразрешений на 5–8%, мы уменьшим перинатальную смертность не более чем на 2%. Этого слишком мало! Вот почему остро стоит вопрос об оптимизации лечения и выхаживания новорождённых.

Пути преодоления

Одним из компонентов оценки актуальности оперативных родоразрешений может быть КЭКС, поскольку он учитывает частоту вмешательства и уровень перинатальной смертности (И.Н. Костин, 2007).

Как же повысить эффективность операции кесарева сечения? Это следует из приведённых нами выше расчётов. Нужно снизить коэффициенты, стоящие в знаменателе формулы КЭКС, а именно — уровень абдоминальных родоразрешений, а ещё лучше — перинатальную смертность, так как зависимость квадратичная.

Есть ли у нас резервы по снижению частоты кесаревых сечений? Несомненно. К ним относятся:

- стратификация беременных по степени перинатального риска (глава «Стратегия перинатального риска»);
- программированные роды;
- рациональное ведение родов без элементов акушерской агрессии и полипрагмазии;
- роды с рубцом на матке через естественные родовые пути;
- родоразрешение при тазовом предлежании *per vias naturales*;

Помимо определения перинатального риска есть и другие универсальные способы повышения успешности кесарева сечения. После обсуждения проблемы на IX Всероссийском научном форуме «Мать и дитя» в 2007 году были разработаны следующие рекомендации.

I. Кесарево сечение нужно выполнять своевременно и по строгим показаниям.

II. При сроках гестации менее 28 нед и наличии показаний к родоразрешению со стороны плода (нет угрозы жизни матери, например отслойки плаценты, кровотечения) прибегать к кесареву сечению следует только в том случае, если в родовспомогательном учреждении есть условия для адекватных реанимационных мероприятий и интенсивного лечения недоношенных новорождённых.

III. Для предупреждения дальнейшего увеличения частоты оперативных родоразрешений необходимо руководствоваться следующими положениями.

- Роды в тазовом предлежании через естественные родовые пути возможны, особенно у повторнородящих, при массе плода более 2000 г и менее 3600 г.
- Для беременных после ЭКО показания к кесареву сечению следует определять взвешенно.
- Если рубец на матке полноценен и дополнительных осложнений, послуживших показанием к первой операции, нет, роды можно вести через естественные родовые пути. В этом случае необходим постоянный контроль состояния роженицы, характера родовой деятельности и сердечных сокращений плода. Такие роды принимают в высококвалифицированных родовспомогательных учреждениях.
- Для определения состояния рубца на матке следует учитывать характер предшествующей операции (показания, техника выполнения, течение послеоперационного периода). Объективное обследование проводят ультразвуковым методом, показана доплерометрия (исследование кровотока в области рубца).
- Гипоксию плода при головке, расположенной в широкой части полости малого таза, следует рассматривать как показание к кесареву сечению. Если головка находится в узкой части полости малого таза, следует применить вакуум-экстрактор или акушерские щипцы.

IV. Для обезболивания кесарева сечения методом выбора считается регионарная анестезия, эпидуральная или спинальная. Спинальная анестезия показана при необходимости экстренного кесарева сечения.

V. Что касается техники операции, предпочтительно поперечное надлобковое чревосечение, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом. Рану на матке следует ушивать однорядным швом синтетическими рассасывающимися нитями.

VI. В практической деятельности акушерам следует отдавать предпочтение органосохраняющим операциям при следующих состояниях:

- гипотоническое кровотечение, связанное с кесаревым сечением (см. главу «Кровотечения», рекомендации по остановке маточных кровотечений в раннем послеродовом периоде);
- миома матки вне зависимости от локализации и размеров узла.

VII. Высококвалифицированные родовспомогательные учреждения должны накапливать опыт органосохраняющих операций при «матке Кювелера» после перевязки внутренних подвздошных артерий, а также при несостоятельности швов после кесарева сечения.

VIII. Женщинам, планирующим беременность, в случае миоматозного узла с интерстициальным компонентом показана лапаротомическая миомэктомия (или операция с лапароскопическим доступом, но ушиванием ложа удалённого узла, а не коагуляцией ложа). Это значительно снижает риск разрыва матки во время беременности и родов.

- миопия без императивных показаний к исключению II периода родов (квалифицированный консилиум в каждой территории).

Результаты многочисленных исследований демонстрируют, что показатели перинатальной заболеваемости и смертности существенно различаются в зависимости от степени перинатального риска при данной беременности. А выбор оптимального метода ведения родов невозможен без учёта этой самой степени перинатального риска.

Мы считаем, что основные резервы снижения перинатальной заболеваемости связаны с изменением подхода к кесареву сечению по относительным показателям у беременных, имеющих 25 баллов перинатального риска и более (Радзинский В.Е., 2006). 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 15 баллов и более, обязателен мониторинг контроль состояния плода и эффективности родовой деятельности для своевременного решения вопроса об изменении акушерской тактики. При перинатальном риске 15–25 баллов следует оценить возможности родоразрешения через естественные родовые пути и при ухудшении состояния плода провести запланированное (а не экстренное!) абдоминальное родоразрешение. В случае, когда перинаталь-

ный 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) рекомендуется кесарево сечение.

Снижение частоты оперативного родоразрешения возможно, если рожать через естественные родовые пути станут женщины с рубцом на матке, а также с поддающимися лечению «чистыми» гестозами, аномалиями сократительной деятельности матки и высокой неосложнённой миопией.

Абдоминальное родоразрешение женщин с ВИЧ-инфекцией и хроническим гепатитом В и С показано только при высоком перинатальном риске (в соответствии со стратегией перинатального риска).

Влияние тактики родоразрешения на перинатальную заболеваемость подтверждают следующие данные (рис. 7-25):

- до 15 баллов перинатальная заболеваемость составляла 120% у всех детей (рождённых через естественные родовые пути и посредством операции кесарева сечения);
- от 15 до 24 баллов — 300% у детей, рождённых через естественные родовые пути, и 150% при кесаревом сечении;
- при 25 баллах и более — 500% у детей, рождённых через естественные родовые пути, и 230% — посредством кесарева сечения.

Значительного повышения КЭКС можно добиться, сокращая перинатальную смертность. Это было подтверждено в недавнем многоцентровом исследовании (Костин И.Н., 2007) по «аппаратным» детям (доношенные новорождённые, после родов нуждающиеся в реанимационных мероприятиях). Несомненный перспективный резерв снижения перинатальной смертности (прежде всего неонатальной ее составляющей, это не менее 50% показателя в высокоразвитых странах) — совершенствование практических и организационных аспектов реанимационной помощи.

Показания к операции кесарева сечения

Показания к плановому кесареву сечению во время беременности¹.

I. Нарушение плацентации (предлежание 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 оперативных родоразрешения в анамнезе (и более);

¹ В Приложениях приведено методическое письмо «Кесарево сечение в современном акушерстве».

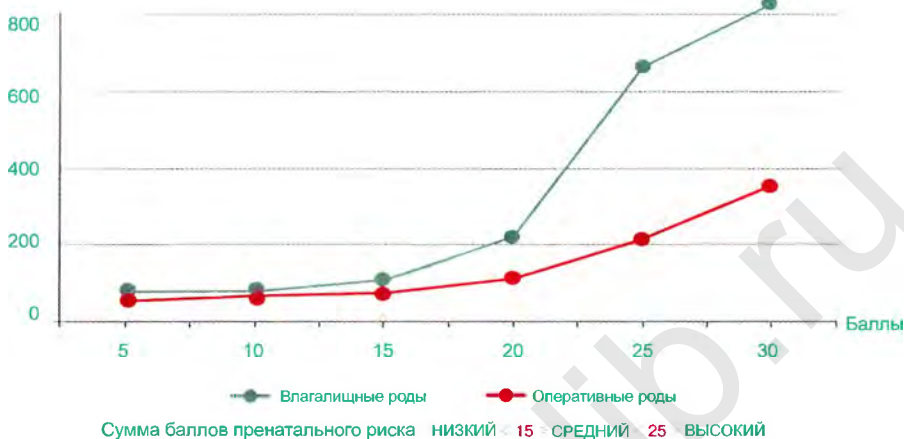


Рис. 7-25. Динамика неонатальной заболеваемости в зависимости от степени перинатального риска и способа родоразрешения, %.

- 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 моче-половых 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) и менее 2000 г, разгибание головки III степени по данным УЗИ, смешанное ягодичное (ягодично-ножное) предлежание у первородящих;

- 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 роста плода III степени, не поддающаяся лечению;
- гибель или инвалидизация ребёнка вследствие осложнений предыдущих родов;
- пороки развития плода (гастрошизис, тератома копчика больших размеров, омфалоцеле и др.).

VII. ЭКО (особенно неоднократное, 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, свершившегося разрыва матки по рубцу;
- острая гипоксия плода;
- тяжёлые формы гестоза, не поддающиеся терапии, эклампсия;

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: «Умешь?», он честно ответил: «Нет».

- состояние агонии или внезапная смерть женщины при условии, что плод жив.

Показания к кесареву сечению во время родов те же, что и во время беременности. Дополнительно необходимость кесарева сечения может возникнуть при следующих осложнениях родов:

- нарушение сократительной деятельности матки, не поддающееся коррекции (слабость, дискоординация);
- клинически узкий таз;
- неправильные вставления и предлежания 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 шейки матки;
- симптомы угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки;
- преждевременное излитие околоплодных вод и неэффективность родовозбуждения;
- ножное предлежание плода.

Кесарево сечение также выполняют по комбинированным показаниям. Это может быть совокупность нескольких осложнений беременности 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.

Обезболивание родов и анестезиологическое пособие при кесаревом сечении

Ежегодно в мире 35 000 женщин погибают в родах от врачебных ошибок. 15 000 случаев связаны с осложнениями эндотрахеального наркоза при кесаревом сечении.

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 материнской смертности. Либерализация показаний к кесареву сечению приводит к тому, что абдоминальных родоразрешений становится всё больше. Пропорционально растёт частота хирургических и анестезиологических осложнений этого вмешательства.

Несмотря на общее снижение материнской смертности, летальность от осложнений анестезии практически не сдает позиций. В акушерской практике среди оперативных вмешательств под анестезией большинство летальных исходов приходится на абдоминальные родоразрешения.

3% случаев гибели рожениц от наркоза связаны с интубацией, аспирацией желудочного содержимого, аспирационным пульмонитом и другими осложнениями эндотрахеального наркоза.

В развитых странах 97% кесаревых сечений проводят под эпидуральной анестезией. В развивающихся странах всё иначе, никаких признаков внедрения регионарной анестезии не наблюдается. В России тоже, к сожалению, эпидуральная анестезия сопровождает кесарево сечение далеко не везде. В некоторых регионах об этом только мечтают; в Санкт-Петербурге показатель не превышает 30%, лишь в Москве подбирается к 90%. За минувшее десятилетие лишь наметилась тенденция к началу использования эпидуральной анестезии в родах и при кесаревом сечении.

Как всякий новый метод, данное пособие получает самые разнообразные отзывы, от восторженных до отрицательных. Очевидно, именно слабая осведомленность о недостатках и преимуществах эпидуральной 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 на тех территориях, где не внедрены методы регионарной анестезии. Там 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 овладеть. 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 нелегко приживалась в России с самого начала. Привезённый из Германии, этот способ обезболивания был по достоинству оценен 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 отводились жалкие

строчки, применяли регионарное обезбоживание крайне редко, а в случаях осложнений следовали жёсткие репрессии. Такая ситуация сложилась не случайно, в эпоху Советского Союза лавры предназначались лишь инфильтрационной анестезии, а затем общему наркозу. Интересно, что эпидуральная анестезия в родах к концу 60-х годов XX века 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 обезбоживание родов началось тремя десятилетиями ранее.

Несмотря на восторженные отклики зарубежных коллег, вытеснить общий наркоз из оперативного акушерства регионарная анестезия не смогла. До сих пор в большинстве родовспомогательных учреждений России для обезбоживания кесарева сечения не задумываясь применяют эндотрахеальный наркоз.

В настоящее время Россия оказалась среди немногих развитых стран, ещё не признавших безусловный приоритет эпидуральной анестезии при оперативных родах. В тех российских учреждениях, где эпидуральную анестезию всё же «прививают», новаторы сталкиваются с досадными неприятностями, самостоятельно формируя мануальные навыки и отработывая схемы применения методики. Им тяжело без профессионального совета более опытных специалистов. К сожалению, традиции первоначального использования эпидуральной анестезии в стране сохранены не были.

Эндотрахеальный наркоз и материнская смертность

Ответ на вопрос о том, почему следует менять проверенный «старый добрый метод» на неопробованный новый, следует искать в структуре причин материнской смертности. В 2003 году так называемая наркотическая смерть в России составила около 5% (Серов В.Н., Маркин С.А., 2003), в 2005 году — 2,4%, в 2006-м — 7,3%. Анестезиологическое пособие было неадекватным во всех случаях, не соответствовала стандартам 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 материнская смертность от анестезиологических осложнений снизилась в 4–5 раз.

Чем же так опасен эндотрахеальный наркоз для обезбоживания кесарева сечения? Дело в том, что у беременных бывает трудно выполнить интубацию

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.



Рис. 7-26. Так со стороны выглядит выполнение эпидуральной анестезии.

В случае смертельного исхода для матери трагическое событие заслоняет те второстепенные моменты, которые «всего лишь» ухудшают состояние пациенток. До сих пор умалчивается 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, часто омрачающая 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 невозможен не только полноценный уход за ребёнком, но даже самообслуживание. Вот она, почва для профилактики дальнейших ятрогений, к тому же препятствующих полноценному внедрению СПТ. И самое главное — если можно обойтись эпидуральной анестезией (рис. 7-26), 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. Обсуждается эффективность комбинированного метода, спинально-эпидуральной анестезии (Бабаев В.А., 2006). Одной из точек приложения регионарных методов анальгезии стали аномалии родовой деятельности и патологический прелиминарный период. Эпидуральная 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 методов 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 обезболивания. Более того, при выборе акушерского стационара возможность эпидуральной анестезии нередко выступает основным критерием.

Следует признать, что эпидуральная анестезия способна составить полноценную конкуренцию давно применяемым средствам обезболивания родов и регуляции родовой деятельности, анестетикам и анальгетикам (тримепиридин, фентанил, закись азота в сочетании с трамадолом, диазепам). У рожениц, обезболенных наркотическими анальгетиками, дети рождаются со значительно худшей нейрорефлекторной активностью, чем у новорождённых от матерей, рожавших под эпидуральной анальгезией.

Фентанил, широко используемый в других странах (10–20 мкг интратекально 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.

Невозможно недооценить положительное влияние эпидуральной анестезии на психоэмоциональное состояние роженицы. Несмотря на происходящие 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 родившимся ребёнком. Решение об обезболивании родов должно быть принято во время консультирования пациентки врачом, однако окончательный вывод делает сама роженица.

Если не обеспечить тщательное наблюдение и комплексную профилактику осложнений при эпидуральной анестезии, вместо продолжительного и высокоэффективного обезболивания родов можно столкнуться с тяжёлыми осложнениями.

Перинатальные аспекты эпидурального обезболивания до сих пор не уточнены. Сложно учесть совокупное влияние на плод нескольких факторов патологической сократительной деятельности матки, прямое и опосредованное действие местных анестетиков, снижение АД матери. Китайские учёные установили, что ни в I, ни во II периоде родов насыщение крови плода кислородом не зависит от применённой эпидуральной анестезии. Согласно другим данным расширение периферических сосудов более чем на 20% от исходного уровня, сопровождающее чрезмерное снижение АД, может нарушить маточно-плацентарную перфузию и ухудшить состояние плода. Частота сердечных сокращений плода не меняется даже при гипотензии матери, если изменение не превышает 30% от исходного уровня.

По нашим данным (Хаустова М.Ю., 2002), эпидуральная анестезия положительно влияет на маточно-плацентарный кровоток и в 94% улучшает состояние плода при хронической внутриутробной гипоксии. На адаптацию новорождённых в ранний неонатальный период этот метод анальгезии в родах не влияет.

Фактором, ухудшающим состояние плода при данном виде обезболивания, может оказаться положение роженицы на спине. В этом случае изменение позиции практически всегда сопровождается нормализацией частоты сердечных сокращений плода.

Опубликованы сообщения о случаях брадикардии плода, возникающей при гипертономусе матки в 5–17% случаев. Эти данные подтверждают важность непрерывного электронного мониторинга сердечной деятельности плода, позволяющего своевременно определять изменения в его состоянии.

Адекватное обезболивание улучшает гемодинамические показатели матери, ликвидирует дискоординацию в работе маточной мускулатуры, улучшает фетоплацентарный кровоток, уменьшает восприятие болей и эмоциональное напряжение.

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 в 4–92% случаев, что рассматривают как следствие блокады β_2 -адренорецепторов и слабости рефлекса Фергюссона. Именно поэтому при эпидуральной анестезии показаны утеротоники; они снижают потребность в оперативном завершении родов.

А вот применение эпидуральной анестезии в активную фазу родов снижает продолжительность I периода родов в 70% случаев. При неэффективности этого способа ускорения раскрытия шейки матки в течение 2 ч с момента полной регионарной блокады показано абдоминальное родоразрешение. Для оптимального контроля течения родов используют партографию.

Проанализировав собственный опыт использования эпидуральной анестезии, мы предлагаем непрерывное (а не болюсное) введение анестетика. Некоторые авторы пишут о более выраженном и резком снижении АД при болюсной анальгезии, что представляется особенно неблагоприятным для рожениц с гестозом. Болюсное введение анестетика примерно в 5 раз чаще, чем непрерывное, провоцирует слабость родовой деятельности, брадикардию плода, затягивает II период родов, увеличивает число родов в заднем виде затылочного предлежания, усугубляет моторный блок (East С.Е., Colditz Р.В., 2002; Lieberman E., O'Donoghue С., 2002).

Во многом отрицательное отношение к регионарным методам обезболивания связано с неумением грамотно применять эпидуральную анестезию. Выполненная с полноценным захватом заинтересованных сегментов спинного мозга, она не только обезболивает роды, но и снижает давление на промежность, предупреждая разрывы. Эффективная эпидуральная блокада чувствительности уменьшает концентрацию катехоламинов в плазме роженицы, повышает тонус матки посредством парасимпатического влияния, поэтому окситоцин для родостимуляции требуется реже.

Среди прочих преимуществ эпидуральной анестезии — относительная 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, соответствующие рефлекторные реакции не вызываются. 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.

Однако применение эпидуральной анестезии имеет свои границы. При необходимости быстрой индукции родов, если нужно надёжное обезболивание экстренного кесарева сечения, прибегают к общей анестезии с интубацией трахеи и ИВЛ. Поэтому все экстренные акушерские операции таят в себе угрозу анестезиологических осложнений, порой даже трагических.

Осложнения эпидуральной анестезии

Эпидуральная анестезия в родах и при кесаревом сечении — тоже не полностью безопасная процедура. Одной из причин материнской смертности при регионарной анестезии, по статистике США, оказалось использование потенциально токсичного 0,75% раствора бупивакаина. Препарат прекратили использовать сразу после выявления его кардио-токсичности.

Сравнивать показатели летальных исходов среди матерей, вызванных осложнениями 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, эпизод послеоперационной асфиксии, нераспознанные события во время регионарной блокады, коллапс сердечно-сосудистой системы.

Возможны и менее трагические осложнения регионарной анестезии:

- задержка начала операции, вызванная затруднениями при пункции;
- риск мозаичного неполноценного блока;
- гемодинамические осложнения (артериальная гипотензия, брадикардия);
- постпункционный синдром;
- ограниченная продолжительность обезболивания.

Наиболее часто дефекты выполнения регионарной анестезии обусловлены техническими ошибками: непреднамеренная передозировка анестетика, поступление препарата в субарахноидальное пространство. В этих случаях возможны токсическое поражение ЦНС и сердечно-сосудистой системы, тотальный спинальный блок с резкой артериальной гипотензией, остановкой дыхания и кровообращения. На случай этих осложнений необходимо, чтобы врачу, выполняющему эпидуральную анестезию, были доступны также средства и оборудование для сердечно-лёгочной реанимации.

Интервал времени от момента индукции анестезии (инъекции местного анестетика) до начала операции не должен быть длительным. Результатом неадекватной (мозаичной) аналгезии в 17% становится дискомфорт во время хирургических манипуляций на органах малого таза.

Что касается организационных моментов, то в многопрофильной больнице или родильном доме высококвалифицированная анестезиологическая помощь должна быть доступна круглосуточно.

Пути преодоления

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 территории) не должна влиять на мнение руководителей здравоохранения в целом.

Использование регионарных методов обезболивания решает проблему предотвращения летальных исходов от осложнений эндотрахеального наркоза при плановых акушерских чревосечениях.

Эпидуральная 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, преждевременные роды, предлежание плаценты или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, синдром аортокавальной компрессии, преэклампсия, гестационный сахарный диабет, экстрагенитальные заболевания, ожирение, осложнения предшествовавшей или текущей беременности);
- выраженность изменений, связанных с беременностью, в организме матери;
- состояние плода;
- характер предстоящей операции — плановая, запланированная и 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).

Чтобы принять правильное решение и предпочесть тот или иной метод анестезии, необходимо знать достоинства и недостатки каждого из них. При плановом или срочном кесаревом сечении более безопасна регионарная анестезия (эпидуральная или спинальная).

Показания к регионарной аналгезии в родах:

- аномалии родовой деятельности (дискоординированная родовая деятельность, дистоция шейки матки, чрезмерная родовая деятельность);
- гестозы средней и тяжёлой степени;
- преждевременные роды;
- первородящие юного возраста;
- тяжёлые экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь);

- индивидуальная непереносимость боли (низкий порог болевой чувствительности).

Абсолютные противопоказания для регионарной анестезии:

- отказ пациентки;
- гнойничковые высыпания и воспалительные процессы на коже в области предполагаемой пункции и прилегающих областях (до 20 см в диаметре);
- сепсис;
- острая гиповолемия, геморрагический шок;
- коагулопатия (протромбиновый индекс менее 50%, тромбоциты менее 100×10^9 /л, фибриноген менее 1 г/л, время кровотечения больше 10 с, приём антикоагулянтов, например гепарина, ацетилсалициловой кислоты).

При эклампсии регионарная анестезия не показана, если:

- приступ не купируется стандартной противосудорожной терапией (4–6 г сульфата магния внутривенно);
- имеется эклампсическая кома;
- во время приступа возникли осложнения, например аспирация;
- имеются острые заболевания ЦНС;
- есть аллергия на местный анестетик.

Регионарные методы анальгезии эффективны и безопасны для матери и плода, но применять их следует лишь при соблюдении некоторых условий. К ним относятся:

- согласие роженицы;
- соответствующая квалификация бригады, проводящей роды (акушер, анестезиолог, неонатолог), и возможность постоянного присутствия анестезиологической бригады в родильном зале;
- наличие оборудования и аппаратуры для оказания неотложной помощи в случае осложнений;
- возможность мониторингового наблюдения за состоянием роженицы и плода (кардиомониторинг, пульсоксиметрия, КТГ и гистерография);
- профилактика синдрома аортокавальной компрессии и артериальной гипотензии у матери (сублингвальный спрей нитроглицерина в дозе 100 мкг или внутривенное введение с титрованием дозы от 50 до 500 мкг).

Основные правила использования эпидуральной анестезии:

- выполняется в активной фазе I периода родов;
- сопровождается созданием волемической нагрузки (внутривенное введение растворов глюкозы и коллоидов не менее 1 л), а в случае слабости родовой деятельности — внутривенным введением окситоцина;

- дополнительное введение раствора местного анестетика по эпидуральному катетеру позволяет продолжить эффективное обезболивание во время кесарева сечения и в послеоперационный период.

При эпидуральной анестезии анестетик вводят в эпидуральное пространство, вследствие чего происходит блокада субдуральных нервов в сегментах $T_{10}-S_4$. Для этой цели используют лидокаин (0,5–0,75%), бупивакаин (0,0625%–0,25%), ропивакаин (0,2%) и другие лекарственные средства. Препараты метаболизируются в печени, скорость детоксикации зависит от печёночного кровотока, функции гепатоцитов и степени сродства препарата к белкам крови. Сначала вводят пробную порцию анестетика, а при отсутствии побочных эффектов в течение 5 мин вводят основную дозу. После этого необходимо обеспечить динамический мониторинг АД на протяжении 30 мин.

Ропивакаин несколько слабее бупивакаина, однако и менее кардиотоксичен (при непреднамеренном внутрисосудистом введении), моторный блок при его использовании тоже более слабый. Инфузия данного анестетика со скоростью 8–12 мл/ч позволяет обеспечить адекватную блокаду на уровне $T_{10}-S_4$. В случае резкого падения АД показаны сосудосуживающие средства, например эфедрин.

При невозможности использования местных анестетиков (аллергические реакции, гиповолемия, пороки сердца, лёгочная артериальная гипертензия и др.) для обезболивания родов применяют эпидуральную или субдуральную аналгезию наркотическими анальгетиками: морфином, тримеперидином (они не вызывают симпатическую блокаду и не угнетают двигательную активность). Введение 2,5–5 мг морфина эпидурально обеспечивает длительную аналгезию, до 12–24 ч. Возможны побочные эффекты (тошнота, рвота, кожный зуд).

Несмотря на то что эпидуральная анестезия рекомендуется не ранее начала регулярной родовой деятельности и раскрытия маточного зева на 3–4 см, катетеризацию эпидурального пространства целесообразно выполнить заранее, когда роженица способна принять необходимую для пункции позу, не испытывая выраженного дискомфорта. Другие показания для заблаговременной катетеризации:

- родоразрешение естественным путём после кесарева сечения в анамнезе;
- высокий риск оперативного родоразрешения;
- тяжёлый гестоз;
- риск «трудной интубации» и др.

Тактика ведения родов при использовании эпидуральной анестезии.

- При полном раскрытии маточного зева следует остановить непрерывное введение анестетика.
- Через 30 мин после полного раскрытия маточного зева нужно провести влагалищное исследование для оценки прогресса родов (опускания

головки). При необходимости повторную оценку выполняют вновь через 30 мин.

- Выжидательная тактика при полном раскрытии маточного зева допустима в течение 1,5 ч при условии тщательного контроля материнской гемодинамики и функционального состояния плода.
- Необходима регуляция потуг.
- Следует своевременно установить необходимость наложения акушерских щипцов, диагностировать клиническое несоответствие головки плода и таза матери (по истечении 30–60 мин после полного открытия маточного зева).

Одна из новых модификаций регионарной аналгезии — контролируемая роженицей эпидуральная аналгезия, длительное обезболивание родов способом продлённой эпидуральной инфузии. Роженице отводится активная роль. Нажимая пусковой механизм, присоединённый к эпидуральному катетеру, она при необходимости может сама ввести себе разовую дозу местного анестетика с опиоидами или без них. Однако скорость базовой инфузии, объём болюсов и минимальные блокирующие интервалы между введением определяет анестезиолог.

Использование комбинированной спинально-эпидуральной анестезии и аналгезии в родах предполагает введение местного анестетика (иногда с добавлением опиоидов) субарахноидально. Это обеспечивает быстрое обезболивание, поддерживаемое дополнительным введением анестетика через катетер. Мгновенное развитие анестезии, введение меньших доз местных анестетиков позволяют ослабить моторный блок, снизить частоту инструментальных родоразрешений.

Оперированная матка («рубец на матке»)

Либерализация показаний к кесареву сечению (чаще в интересах плода) и неуклонный рост частоты этой операции обостряют и без того актуальную проблему акушерства — родоразрешение при оперированной матке (Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 1997; Логутова Л.С., 1995–2009; Комиссарова Л.М. и соавт., 2006; Пекарев О.Г. и соавт., 2007; Радзинский В.Е. и соавт., 2007; Фаткуллин И.Ф., 2003–2009). До какого же уровня можно увеличивать частоту абдоминального родоразрешения?

Зачастую показанием к оперативному вмешательству оказывается просто рубец на матке. При этом не оценивают состояние рубца, анамнестические данные причин предыдущей операции никто не изучает. А ведь именно у этих жен-



Рис. 7-27. Так выглядит рубец на матке при повторном чревосечении.

щин часто можно обойтись без повторного оперативного вмешательства без риска для матери и ребёнка!

Лишь подозревая, но ничем не доказывая неполноценность рубца на матке, в плановом порядке повторно «кесарят» около 40–50% беременных. Всего же, по данным Э.К. Айламазяна (2002), абдоминальным путём родоразрешается от 55 до 85% женщин с оперированной маткой (рис. 7-27).

Сдержанное отношение к консервативной тактике ведения беременных с рубцом на матке в России вполне объяснимо. Большинство врачей следуют принципу Эдвина Крейгина (1916): после кесарева сечения — всегда только кесарево сечение (Once Caesarean — always Caesarean). Поэтому частота родов че-

рез естественные родовые пути при рубце на матке невелика: в 2000 году — 7,7%, в 2001-м — 5,6%, в 2002-м — 7,6%, в 2003-м — 6,4%, в 2004-м — 6%.

Полноценность рубца на матке

Какой рубец можно считать полноценным? Как правильно определить состоятельность рубца? Именно от этого зависит возможность родов через естественные родовые пути.

Несомненно, оперированная матка — не всегда показание к операции. Проходит множество медицинских форумов, конгрессов и съездов, где акушеры-гинекологи обсуждают проблему влагалищных родов у женщин с рубцом на матке. Испанский врач S. Pandey (2006) считает, что самопроизвольные роды возможны у 41,3% женщин с рубцом на матке. Основным показанием к плановой операции, по его данным, оказываются не медицинские причины, а просьба женщины (40,4%)! В исследовании W. Spaans et al. (2002) кесарево сечение по желанию беременной с рубцом на матке выполнялось ещё чаще — в 52,2% случаев. Таким образом, реальный процент возможных естественных родов гораздо более высок!

Отказ от родов через естественные родовые пути продиктован прежде всего страхом перед разрывом матки по рубцу. По современным данным (Scott J.R., 1997), расхождение рубца в нижнем сегменте происходит значительно реже (0,39–1,5%), чем после корпорального кесарева сечения — 12% (Краснопольский В.И., Логутова Л.С., 2000; Кулаков В.И. и соавт., 2004; Belgrave S., 2003; Spaans W.A. et al., 2002; Mazurkewich E.L., Hutton E.K., 2000; Мурадова З.Н., 2006).

По данным зарубежной литературы, после суммарной оценки результатов показатель частоты разрыва матки составил 2,7 (от 0,73 до 4,73) на 1000 родов (Guise J.-M. et al., 2004). При двух и большем количестве кесаревых сечений в анамнезе риск разрыва матки по рубцу возрастает в 3 раза, аналогично растёт число гистерэктомий вследствие вставания плаценты.

Различия в данных о частоте разрывов связаны с неточностью терминологии. Что входит в понятие «разрыв матки по рубцу»? 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, то лапаротомия не требуется. Однако согласиться с такой рекомендацией трудно.

И тем не менее для формирования прогноза родов, предстоящих после кесарева сечения, очень важна объективная оценка рубца ещё до наступления повторной беременности (Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., 2002; Фаткуллин И.Ф. и соавт., 2007, 2008). Состоятельный рубец — шанс обойтись без абдоминального родоразрешения (Краснопольский В.И., 1997; Стрижаков А.Н., Лебедев В.А., 1997).

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, течения послеоперационного периода (Ананьев В.А., 2004). Для полноценности рубца на матке важны оптимальные условия кровоснабжения, исключаящие ишемию и гипоксию тканей в области шва, для чего необходимо правильно выбрать методику зашивания и использовать современный шовный материал (Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., 2004).

Если заживление протекает по первичному типу с преимущественным образованием мышечной ткани, то основные факторы риска (локализация плаценты, давность предыдущего кесарева сечения, медицинские аборт в анамнезе) не оказывают принципиального влияния на выбор метода родоразрешения. 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 предгравидарный 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. Что же считать неполноценным рубцом?

Основной клинический критерий функциональной неполноценности оперированной матки в родах — прекращение нормального течения родов по типу вторичной слабости родовой деятельности. К эхографическим признакам несостоятельности рубца на матке в нижнем сегменте большинство исследователей относят толщину нижнего сегмента менее 3 мм (тонкий рубец) или более 8 мм (толстый рубец), неравномерность миометрия в области рубца (Афанасьев А.И., 1987; Баев О.Р., Хаттабе А.И., 1994; Гушин И.В. и соавт., 2002).

По данным А.Н. Стрижакова и соавт. (2002), признаками несостоятельности рубца следует считать баллонообразную или конусовидную форму нижнего сегмента матки, толщину нижнего сегмента менее 3 мм, симптом «ниши», локальные истончения менее 3 мм (нормальная толщина — более 3,5 мм), повышенную акустическую плотность по всей зоне бывшего разреза на матке.

Неоднозначность трактовки несостоятельности рубца приводит к несовпадению результатов эхографической оценки и фактического состояния рубца на матке у 24% (Стрижаков А.Н. и соавт., 2002), 31,3% (Логутова Л.С. и соавт., 2002) и даже 35% женщин с кесаревым сечением в анамнезе (Титченко В.Н., 1990). По данным А.Б. Погореловой (1990), при морфологическом и гистологическом исследовании миометрия, взятого из области бывшего рассечения матки, гистохимическая состоятельность ткани отмечена в 25,6% случаев, несостоятельность в 74,4%. По данным Д.В. Введенского (1990), эти показатели составляют 51,6 и 47,4% соответственно. Таким образом, почти всегда есть реальная опасность разрыва матки по рубцу.

Определённую практическую значимость имеют гистерография с контрастом, гистероскопия (Стрижаков А.Н. и соавт., 2007; Кулинич С.И. и соавт., 2002; Пекарев О.Г. и соавт., 2007). Эти исследования показаны не ранее чем через 6 мес после кесарева сечения. Однако гистероскопическая картина весьма разнообразна: от отсутствия изменений в области рубца до поперечного соединительнотканного тяжа, практически бессосудистого, местами выступающего в полость матки и образующего небольшие втяжения. Ширина тяжа может варьировать от 0,7 до 1 см (Garry R., 1994).

Дополнительные критерии несостоятельности рубца при предгравидарном обследовании: глубокие дефекты передней стенки матки в проекции рубца при соноконтрастной гистероскопии, чрезмерное разрастание соединительной ткани по данным иммуногистохимического анализа пункционных биоптатов матки (Габидуллина Р.И., 2004).

Несовершенство 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. Однако в нашем исследовании гистологическая картина среза рубца на матке в случае его несостоятельности в значительном числе наблюдений (60%) представляла собой рубцовую ткань. При хорошей васкуляризации в области предыдущего разреза (81,1%) при гистологическом исследовании наблюдаются мышечные пучки, разделённые тонкими прослойками соединительной ткани и редкими участками гиалиноза и склероза. В этом варианте соотношение относительного объёма мышц и фиброзной ткани приблизительно 4:1.

Функциональные нарушения в миометрии нижнего сегмента при гистохимическом исследовании рубца выражаются в снижении количества гликогена (56,7%) и гликозаминогликанов у 33,3% женщин.

Аналогичные тенденции наблюдались при иммуногистохимическом анализе: реакции на белок Ki-67 и экспрессии белка p53 практически нет (2 и 1% соответственно), что говорит об отсутствии пролиферации, апоптоза и репарации в гладкомышечной ткани. Помимо этого в ткани рубца пациенток обеих групп практически отсутствовали рецепторы к эстрогенам.

До настоящего времени, несмотря на широкое использование высокотехнологичных методик и накопленный практический потенциал, не разработаны критерии для прогнозирования и ранней диагностики различных осложнений беременности у пациенток с рубцом на матке. Нюансы дифференцированного подхода к ведению беременности и родов у этой категории больных тоже не сформулированы.

Так и получилось, что мы проанализировали зависимость состояния рубца на матке от аллельной принадлежности гена GPIIIa. Дело в том, что гомозиготный аллель A1A1 этого гена определяет прочность межклеточных связей (Казарян Р.М., 2008). Предположение о генетической предрасположенности к несостоятельности рубцовой ткани подтверждает тот факт, что гомозигот по аллелю A1A1 среди пациенток с состоятельным рубцом оказалось вдвое больше (76,7 против 33,9%).

Эти факты убеждают в том, что репарация тканей — сложный процесс, зависящий от огромного числа причин: состояния макроорганизма, условий, в которых проходит регенерация, генетической предрасположенности к обра-

зованию соединительной ткани и других факторов. Всё это необходимо учитывать, ведя беременность и выбирая способ родоразрешения женщин с рубцом на матке.

Совершенствование тактики ведения родов через естественные родовые пути после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте (использование современных следящих систем, инфузоматов и др.) представляет собой резерв снижения частоты оперативных родоразрешений. По данным литературы, благополучно проходят 30–80% таких родов (Шалаев О.Н., 1994). Наши данные подтверждают возможность родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути (Казарян Р.М., 2008). Из пациенток с состоятельным рубцом самостоятельно родили 28,6%; показанием к экстренному кесареву сечению у 23,2% пациенток с состоятельным рубцом стали аномалии родовой деятельности.

Тем не менее при неполноценности нижнего маточного сегмента оценка по шкале Апгар и масса тела новорождённых достоверно ниже, чем аналогичные показатели детей, рождённых женщинами с состоятельным рубцом на матке. Неполноценности рубца на матке могут сопутствовать дыхательные расстройства у новорождённого (23,3%). Гипоксически-ишемические поражения ЦНС у этих детей встречаются в 1,8 раза чаще, чем у новорождённых от матерей с состоятельным рубцом на матке. Общий отёчный синдром наблюдается в 2,5 раза чаще, внутриутробная гипотрофия — в 3,7 раза, конъюгационная желтуха — в 1,2 раза.

Учитывая вышесказанное, можно заключить, что **ни один рубец на матке нельзя считать абсолютно полноценным**. Поэтому невозможно быть полностью уверенным в благоприятном исходе родов через естественные родовые пути, если на матке есть рубец. Однако в современном акушерстве рубец на матке не может считаться абсолютным показанием к повторному абдоминальному родоразрешению.

Осложнения в родах при рубце на матке

По данным S. Sivananthan (2006) из Великобритании, основное показание к экстренному кесареву сечению в родах — не угроза разрыва матки, а вполне обычные причины: острая гипоксия плода и аномалии родовой деятельности. Вообще, если устранена причина, ставшая показанием к первому (предыдущему) кесареву сечению, до 45% женщин с рубцом на матке могут рожать самостоятельно.

Этим заключениям противоречит мнение некоторых исследователей (Tamizian O., Arulkumaran S., 2001; Chassen S., 2005), утверждающих, что при вагинальных родах у беременных с рубцом на матке часто происходят осложнения. Это не призыв к отказу от родоразрешения *per vias naturales* в случае

рубца на матке, но пока нет надёжных критериев состоятельности рубца, оценивать риск акушерских и перинатальных осложнений следует особенно тщательно.

Повторное кесарево сечение, а уж тем более третья–четвёртая операции повышают риск интра- и послеоперационных осложнений в 1,5 и 2,3 раза соответственно. В 9–30% наблюдений за родами при рубце на матке возникают осложнения, заставляющие пересмотреть тактику в пользу экстренного кесарева сечения.

Достаточно велик разброс информации относительно перинатальной смертности в исследуемой группе. Метаанализ E. Mazurkewich et al. (2000) продемонстрировал, что при влагалищных родах у женщин с рубцом на матке показатель составил 5,8%, после повторного кесарева сечения по желанию пациентки — 3,4%. По утверждениям В.И. Краснопольского и соавт. (2000), перинатальная смертность при повторном кесаревом сечении превышает таковую при родах через естественные родовые пути в 8 раз. Столь большой разброс, думается, связан не столько с оперативным вмешательством, сколько с состоянием (зрелостью) плода и напрямую зависит от корректного подбора сравниваемых групп.

Рост материнской смертности и заболеваемости после повторного кесарева сечения в 90% обусловлен послеродовыми септическими осложнениями, развивающимися чаще из-за несостоятельности швов на матке, реже — на фоне эндомиометритов (Радзинский В.Е., 1997; Стрижаков А.Н. и соавт., 2004; Пекарев О.Г. и соавт., 2007).

Техника кесарева сечения при рубце на матке

Что касается оперативной техники кесарева сечения, то в настоящее время наиболее популярна методика M. Stark. Преимущества метода — быстрота выполнения операции, меньшая 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 Stark. Они аргументируют эту позицию тем, что матку выводить из брюшной полости не следует, а висцеральную и париетальную брюшину необходимо зашивать (Стрижаков А.Н., Баев О.Р., 2004).

Некоторые исследователи полагают более рациональным интраперитонеальное кесарево сечение с рассечением матки поперечным разрезом в области нижнего сегмента по методу Дерфлера (Ананьев В.А., 2004). Наш многолетний опыт (1996–2009) показал, что никаких различий в частоте осложнений первых и повторных кесаревых сечений в модификациях Гусакова или Stark нет. Операция в модификации по Stark быстрее, но не настолько, чтобы это могло повлиять на послеоперационные осложнения. Статистика осложнений одина-

кова в стационаре, где в год производится около 1000 операций по Гусакову, и в аналогичном по уровню оказания медицинской помощи учреждении, где выполняется около 600 вмешательств по Stark. Хирург должен использовать тот метод, которым владеет лучше, а в целом владеть должен всеми современными технологиями. Нельзя, упоминая о современных технологиях, не сказать об аргоноплазменной коагуляции («ФОТЕК»)¹, с помощью которой достигается практически «бескровное» (со значительно меньшей кровопотерей) абдоминальное родоразрешение и соответственно укорачивается продолжительность операции. При этом послеоперационные осложнения сводятся к минимуму.

Тем не менее анализ интра- и послеоперационных осложнений повторных кесаревых сечений показал, что эта операция никак не относится к технически простым и безопасным вмешательствам. При повторном кесаревом сечении могут возникать затруднения при вскрытии брюшной полости, рассечении матки, выведении головки плода или во время зашивания раны матки. 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 травмированием сосудистых пучков, сопровождающийся массивным кровотечением. В этом случае нередко приходится переязывать маточные сосуды или даже удалять матку (Краснопольский В.И. и соавт., 2000; Turner M.J., 1997).

В настоящее время спаечных процессов при повторном кесаревом сечении стало заметно меньше благодаря совершенствованию оперативной техники и использованию синтетического шовного материала (викрил, дексон).

Пути преодоления

Накопленный нами опыт позволил сформулировать условия, при соблюдении которых формируется полноценный рубец и роды через естественные родовые пути вполне возможны. При тщательном отборе пациенток в группу «на самопроизвольные роды» и бережном ведении родов не менее чем у 40% беременных вариант родоразрешения *per vias naturales* не только возможен, но и предпочтительнее, чем повторная операция.

¹ Подробнее см. Приложение «Способ профилактики осложнений операции кесарева сечения на основании применения широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной коагуляции (медицинская технология)»

Беременным с рубцом на матке для выбора метода родоразрешения следует провести комплексное обследование, включающее клиническую, ультразвуковую и доплерометрическую оценку состояния нижнего маточного сегмента и внутриплацентарной системы. Такое обследование начинают с 19–20 нед беременности. Эффективность такого мероприятия, к сожалению, невысока.

Стратегия риска предусматривает дополнительное включение в оценочную шкалу риск-факторов, специфичных 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:

- часто возникающая угроза прерывания беременности;
- хроническая плацентарная недостаточность;
- расположение плаценты по передней стенке, в области рубца, «врастание» её в рубец;
- ультразвуковые признаки несостоятельности рубца на матке;
- ранние признаки нарушения гемодинамики в фетоплацентарной системе;
- высокая степень перинатального риска.

Факторы, благоприятствующие родоразрешению через естественные родовые пути:

- отсутствие или лёгкое течение осложнений беременности;
- расположение плаценты по задней стенке;
- ультразвуковое подтверждение состоятельности рубца на матке;
- 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 на матке, мониторинг сердечной деятельности плода (рис. 7-28). Работая по этому алгоритму, на одной нашей клинической базе были родоразрешены *per vias naturales* 86 женщин с кесаревым сечением в анамнезе, что составило 48,2% от всех поступивших с рубцом. Разрывов матки не было, случаев перинатальной смертности не зафиксировано.

Используя этот алгоритм, нам удалось в 2009 году провести родоразрешение через естественные родовые пути 64 женщин: 60 — после кесарева сечения, 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 — 70: 68 — после кесарева сечения, две — после миомэктомии. В среднем за 2,5 года это составило 32% от всех женщин с оперированной маткой — практически каждая третья. И всё же нельзя не учи-

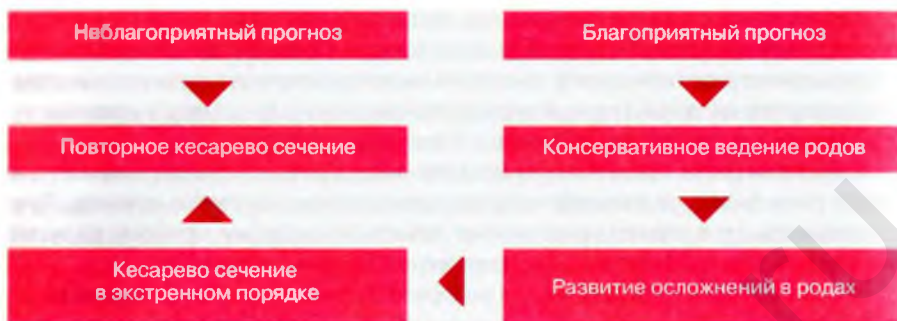


Рис. 7-28. Алгоритм выбора метода родоразрешения для женщины с оперированной маткой.

тивать человеческий фактор: такие результаты достижимы при наличии энтузиаста — в данном случае таковым была зам. главного врача роддома №25 Л.Н. Есипова.

Кровотечения

Хотя материнская смертность снижается во всём мире, акушерские кровотечения не покидают «большую пятёрку» причин материнской смертности. Там они соседствуют с сепсисом, эклампсией, клинически узким тазом и криминальным абортom¹.

В России за минувшее десятилетие доля материнских смертей от кровотечений в среднем составила 16,2% (рис. 7-29). Это меньше, чем в развивающихся странах (25%), но значительно чаще, чем, например, в Скандинавии (1,7%).

Таким образом, из 358 000 женщин, умирающих в мире от осложнений беременности и родов, около 130 000 погибают от кровотечений. Из 1724553 роивших в 2009 году в России умерли 459 женщин, из них 82 — от кровотечений. Подсчитано, что от причин, связанных с беременностью и родами, в России умирает одна женщина в сутки, причём каждая шестая гибнет от кровотечения.

Интересны различия в структуре причин послеродовых кровотечений. В цивилизованных странах, в том числе в России, лидируют гипотонические кро-

¹ См. Приложения.

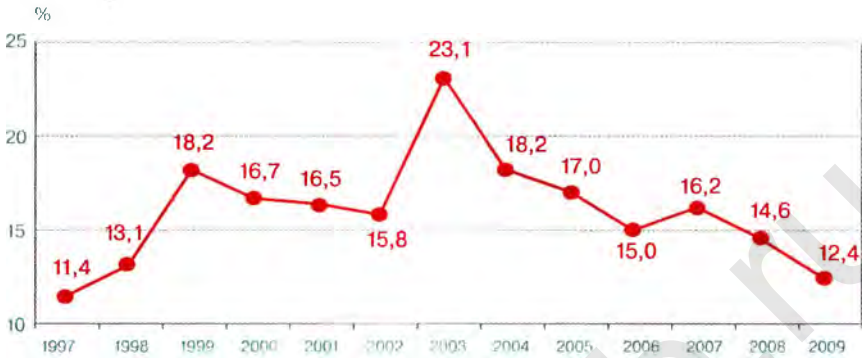


Рис. 7-29. Динамика частоты кровотечений в структуре материнской смертности в России, %.

вотечения (50%), а в развивающихся странах преобладают травматические. Реже встречаются коагулопатические кровотечения (рис. 7-30).

Показатели, касающиеся кровотечений при предлежании и/или отслойке нормально расположенной плаценты, достаточно стабильны. Частота гипотонических и атонических кровотечений как причины материнской смертности хотя и снижается, но всё ещё достаточно высока. По данным Минздравсоцразвития, за 2009 год данный показатель составил 12,9 на 1000 родов. Для сравнения: в 1997 году эта цифра была 27.



Рис. 7-30. Динамика частоты кровотечений в России (на 1000 родов).

Причиной смертности родильниц чаще всего становятся осложнения массивной кровопотери (геморрагический шок, полиорганная недостаточность и др.). Однако доля массивных кровотечений невелика, поэтому основная цель борьбы с кровотечением — его остановка, причём как можно более ранняя.

Если к погибшим и лишившимся матки присовокупить и нуждающихся в лечении гипотонических кровотечений, то актуальность поиска эффективного, технически доступного, экономически целесообразного метода восстановления контрактильности матки становится острой проблемой современной родо-допоможения. Прежде чем ситуация станет критической, можно предупредить неуправляемое развитие событий, своевременно и поэтапно корректируя имеющиеся нарушения.

Сомнительно, чтобы в ближайшем будущем удалось снизить количество гипотонических кровотечений. Это осложнение чаще всего возникает у первородящих вследствие морфофункциональных изменений миометрия после хирургического прерывания первой беременности. Соответствующий анамнез (искусственный аборт, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш) суммарно отягощает 34–48% первых беременностей (по регионам встречаются и более высокие цифры).

Часто гипотонические кровотечения приводят к удалению матки. Количество подобных вмешательств в России наконец стало снижаться, уступая место органосохраняющим методам лечения (перевязка сосудистых пучков и подчревных артерий). Однако число экстирпаций (реже надвлагалищных ампу- таций) матки превышает 3000 в год. Радикальные вмешательства дискредитируют в целом функцию тазового дна, нарушают кровоснабжение, иннервацию, лимфодренаж внутренних половых органов и провоцируют развитие полигландулярных, полисистемных синдромов (Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., 2000).

Вероятность кровотечений при кесаревом сечении в 4 раза выше, чем при самопроизвольных родах. Кровотечение при кесаревом сечении подразумевает необходимость хирургических методов остановки. Однако совершенствовать консервативные способы борьбы с кровотечениями также необходимо.

Гипотоническое 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. Гипотонические кровотечения могут быть связаны с качеством медицинской помощи при лечении гестоза, аномалий родовой деятельности. Всё это можно назвать «активным ведением послеродового периода неумелыми руками» (Радзинский В.Е., 2006).

Успешному исходу борьбы с акушерскими кровотечениями, по мнению большинства авторов, мешает отсутствие алгоритма взаимодействия в критической ситуации акушеров, анестезиологов-реаниматологов, хирургов. Затруднения и несогласованность начинаются с пропускаемого этапа профилактики кровотечения и заканчиваются катастрофическим запаздыванием хирургического лечения. Столь же анахроничны отказ от органосохраняющих операций, неверная тактика восполнения кровопотери (Кулаков В.И., 1999; Радзинский В.Е., 2006; Репина М.А., 2005; Курцер М.А., 2008).

Нет сомнений в ятрогенности некоторых причин послеродовых кровотечений и неправильной тактике их лечения. Именно эти теоретически устранимые причины серьёзно влияют на материнскую летальность. Среди факторов, предрасполагающих к гипотонии и атонии матки, акушерские ятрогении доминируют. Вот список этих факторов риска (с указанием отношения шансов, т.е. во сколько раз риск кровотечения выше при наличии фактора, чем без него).

- Предлежание плаценты — 13,1.
- Удлинение III периода родов — 7,6.
- Задержка плаценты и её частей в полости матки — 5,2.
- Гестоз, преэклампсия — 5.
- Срединно-латеральная эпизиотомия — 4,7.
- Послеродовое кровотечение в анамнезе — 3,5.
- Многоплодие — 3,3.
- Слабость родовой деятельности — 2.
- Травма мягких родовых путей — 2.
- Крупный плод — 1,9.
- Затяжные роды — 1,7.
- Оперативное вагинальное родоразрешение — 1,7.
- Срединная эпизиотомия — 1,6.
- Первые роды — 1,5.

Основными причинами материнской летальности при кровотечениях становятся:

- недооценка кровопотери;
- запоздалый или неадекватный гемостаз;
- неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии;
- нарушение этапности акушерской помощи.

Оценка кровопотери

Субъективность оценки кровопотери может сыграть решающую роль в исходе лечения кровотечения. Неправильный подсчёт кровопотери затрудняет своевременную диагностику критических состояний, влекущих за собой летальный исход.



Рис. 7-31. Ответьте, не задумываясь. Вот такой полный лоток — это сколько миллилитров? Ответ в тексте.

В связи с усталостью роженицы реактивность её организма снижается. В этой ситуации даже незначительное превышение физиологической нормы кровопотери 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. Поэтому такая банальная вещь, как оценка объёма кровопотери, может сыграть решающую роль в лечении кровотечения. Неверная тактика легко может стать поводом для судебного иска по поводу

материнской смертности — таких случаев всё больше. Легкомысленно относиться к этому вопросу — значит подвергать неоправданному риску и пациентку, и себя (рис. 7-31).

Следует критично относиться 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 оцененному визуально объёму кровопотери 20%. Это так называемая психологическая поправка¹ на недоучёт или ошибку. Это вполне осмысленно: отгалкиваясь от большей кровопотери, врач гораздо бдительнее контролирует ситуацию и имеет шансы быстрее справиться с кровотечением.

Таким образом, даже банальная оценка кровопотери, выполненная бездумно, представляет собой угрозу и для пациентки, и для врача. Влияние объёма кровопотери на исход кровотечения не вызывает сомнений.

¹ 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 оцененной 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 своим акушерам добавлять 50%!»

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 индексом¹, определяемым врачом скорой помощи. Однако этот метод не годится для пациенток с исходно повышенным АД.

Что касается определения объёма кровопотери, следует ориентироваться на процент от 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% от массы тела. Если кровопотеря превышает 2%, это уже опасно.

Восполнение кровопотери

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, развивается так называемая гипергидратация. Печальные последствия такого неадекватного лечения бывают наиболее выражены при гестозе. Ещё опаснее синдром массивных трансфузий, особенно стремление к восполнению кровопотери «всем, что есть в роддоме» (это касается и переливания цельной крови).

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. Знакомость своевременного гемостаза подчёркивает тот факт, что теоретически при повреждении одной маточной артерии женщина может потерять всю циркулирующую кровь менее чем за 10 мин.

Важно не только количество, но и качество инфузионной терапии для восполнения кровопотерь в акушерстве. С непродуманностью его решения во многом связаны пугающие цифры материнской смертности, приведённые

¹ Шоковый индекс (индекс Альговера) — отношение частоты сердечных сокращений к систолическому артериальному давлению. Если дефицита ОЦК нет, то индекс равен 0,5. Повышение показателя до 1,0 соответствует дефициту ОЦК, равному 30%, а до 1,5 — 50%.

выше. Адекватного количественного и качественного восстановления ОЦК можно добиться, следуя определённому алгоритму. Первый вопрос: чем же восполнять кровопотерю и каковы показания к введению того или иного компонента?

С появлением гидроксиэтилированного крахмала в восполнении акушерской кровопотери началась новая эра. Стабилизируя волевические параметры инфузией гидроксиэтилированного крахмала, следует отказаться от бессмысленного и агрессивного воздействия таких инфузионных сред, как «Желатиноль», «Гемодез-Н», «Реополиглюкин» и другие; это значительно снизит вероятность диссеминированного внутрисосудистого свёртывания.

Восполнение дефицита ОЦК и борьба с гиповолемией должны стать приоритетами инфузионной терапии. Важно помнить, что вливание глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия не может создать стабильный градиент кровотока в сосудах. Введение **гидроксиэтилированного крахмала** даёт время для правильной разморозки плазмы; при необходимости можно ввести «Перфторан», ищем эритроцитарную массу и индивидуального донора.

Что касается запаса времени на организационные мероприятия, то наличие «Перфторана» в морозильной камере бытового холодильника роддома (температура хранения $-18\text{ }^{\circ}\text{C}$) 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 хлорида натрия, гидроксиэтилкрахмал, свежезамороженная плазма, «Перфторан», эритроцитарная масса) даёт значительно больше шансов на успех восполнения кровопотери. Зачастую бывает, что врач старается «выждать до последнего», и лишь при серьёзных нарушениях гемоциркуляции начинает вводить замороженную плазму, 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 перечисляется множество методов, не всегда диагностически ценных и подчас малодоступных, тогда как некоторые хорошо отработанные лабораторные тесты выпадают из арсенала практикующего врача.

Инфузионную терапию проводят с постоянной оценкой кровопотери, гемодинамических и гемостазиологических показателей («прикроватный 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 ведения

Позапное восполнение кровопотери должно быть хорошо спланировано, равно как и сами мероприятия по остановке кровотечения. 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 функций жизненно важных органов и гомеостаза.

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. 7-32). От такого массажа отказались во многих странах мира, поскольку он травмирует сосуды миометрия. В то же время бимануальная компрессия не требует анестезии и исключает возможность инфицирования.

Введение **утеротоников** для лечения акушерских кровотечений обязательно. Препаратом первой очереди считают окситоцин; другие группы лекарств с утеротоническим эффектом обладают 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. Простагландины нельзя вводить при артериальной гипертензии, глаукоме, бронхиальной астме. Можно использовать динопростон (инъекции в шейку матки и в миометрий через переднюю брюшную стенку). Если ввести препарат иначе нельзя, назначают таблетированные простагландины, например мизопростол («Миролют», «Сайтотек»). О возможности использования этих препаратов в дозе 1000 мкг было доложено на Всемирном конгрессе «Контраверсии в акушерстве и гинекологии»

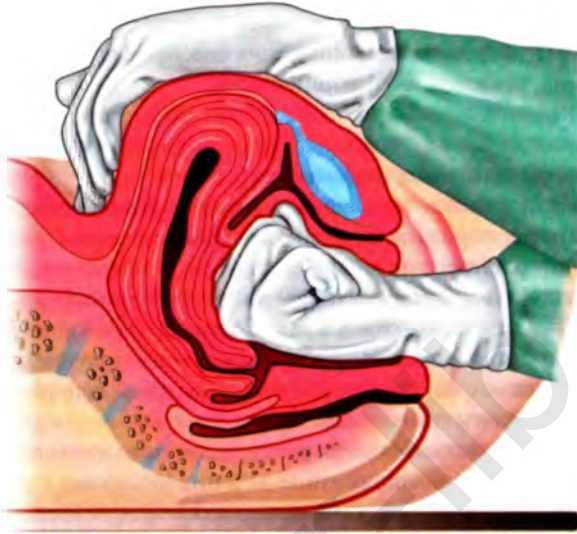


Рис. 7-32. Бимануальная компрессия.

(Барселона, 2006). Рандомизированными исследованиями доказана эффективность ректального введения 800–1000 мг мизопростола для лечения акушерских кровотечений.

Что касается акушерских пособий, то многие из них можно выполнять лишь при полной остановке кровотечения. Это относится к наложению шва по Лосицкой, введению эфира в задний свод влагалища и льда в прямую кишку. Все перечисленные способы признаны малоэффективными, а при продолжающемся кровотечении они бессмысленны (табл. 7-9).

Все мероприятия по консервативному лечению гипотонического кровотечения выполняются комплексно.

Своевременное и полноценное лечение гипотонического кровотечения позволяет успешно справиться с ситуацией на консервативном этапе оказания акушерской помощи. Следует избегать столь частого в акушерской практике ошибочного повторения ранее успешных манипуляций, это приводит к потере драгоценного времени.

Родовспомогательные учреждения иногда не готовы оказывать полноценную экстренную медицинскую помощь из-за того, что не налажено взаимодей-

Мероприятия по остановке кровотечения на этапе консервативного лечения

Не надо	Надо
Массаж матки на кулаке	Введение утеротоников (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

ствие различных специалистов, они не умеют ориентироваться в экстренной ситуации, не информированы об этапности борьбы с кровотечениями.

Промежуточный этап гемостаза

Кровопотеря в 1,5% от массы тела роженицы — весьма драматичный момент перехода от консервативного этапа лечения к промежуточному, когда определяется дальнейшая судьба женщины. 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, предполагается, что владеть техникой манипуляций промежуточного этапа гемостаза должен любой акушер. Ранее на промежуточном этапе применяли клеммирование боковых стенок матки по Бакшееву, Генкелю–Тиканадзе, Квантилиани. Решением Пленума правления Российского общества акушеров-гинекологов использование этих методов признали **неприемлемым, поскольку они малоэффективны** (2007). Применение зажимов вместо клемм не исключает травмирования 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 имеет смысла криовоздействие (в полость матки вводится наконечник, охлажденный закистью азота), лечение электротоком (разряд в 2000 вольт по типу дефибриляции сердца). Эти бесполезные мероприятия должны уйти в прошлое.

Прежде чем рассказывать об альтернативных мероприятиях промежуточно-го 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. Это мероприятие до 70-х годов XX века было очень распространено, и большинство акушеров не знают о его опасности. Эффективность данного 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, тампонировать матку бесполезно, поскольку давление в кровяном русле выше, чем давление, создаваемое тампоном у стенки атоничной матки. Ещё в 1972 году мой учитель Н.С. Бакшеев установил, что в таких случаях кровотечение продолжается и после тампонады матки, но врач это некоторое время не видит. Вначале создаётся иллюзия, что кровотечения нет; это мешает провести более радикальные меры лечения. Когда же кровотечение возобновляется уже из введённого марлевого тампона, становится очевидно, что время для спасения больной упущено.

Оперативный этап остановки кровотечения

Следующий этап — решение о переходе к оперативному лечению акушерского кровотечения. Как было сказано выше, **не следует вновь и вновь повторять манипуляции предыдущего этапа**, в первую очередь ручное обследование матки. На это расходуется драгоценное время, и тяжесть состояния роженицы нарастает. Увы, именно это делают чаще всего: вызванный квалифицированный специалист «проверяет» дежурного коллегу — время упускается! 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 чреваты 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 пропагандируется органосохраняющая тактика ведения пациенток с акушерскими кровотечениями, и результаты у неё хорошие.

Каковы же возможности остановки кровотечения на хирургическом этапе?

Простагландины (динопростон 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 травматизации сосудистых сплетений матки, яичников и мочееточника. Основные проблемы организации хирургического этапа гемостаза — недостаточная оснащённость, отсутствие единого

междисциплинарного подхода, хорошо подготовленных специалистов.

Попытки сократить и сохранить матку предусматривают вначале перевязку не внутривенных подвздошных артерий, а **сосудистых пучков маточных артерий**. При этом важно не уходить из брюшной полости: на глазах матка сокращается и белеет, становится мраморного цвета, но держать лоток под родильницей, лежащей на операционном столе, всё равно нужно. 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) и «Контраверсиях в акушерстве и гинекологии» (2007, 2008).

Ранее были описаны две модификации компрессионных швов — по Б-Линчу и С. Перейра. В первом случае матку охватывают в виде рюкзака одним непрерывным швом, во второй модификации используется сочетание продольных и поперечных швов. При этом происходит сближение передней и задней стенок матки и сдавление 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 потребовались релaparотомия и удаление матки; в остальных 27 случаях лечение оказалось успешным



Схема расположения нитей.
Вид спереди.



Схема расположения нитей.
Вид сзади.



Окончательный результат
компрессии. Вид спереди.

Рис. 7-33. Гемостатические компрессионные швы по Б-Линчу.

(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 специального инструментария не требуется. Подобные манипуляции пока не распространены в России. Мы связываем это с неинформированностью гинекологов-хирургов о технике наложения компрессионных гемостатических швов (рис. 7-33).

Что касается техники выполнения данной манипуляции, то раньше после вагинальных родов мы не делали поперечного провизорного разреза на матке (показан на первом рисунке), 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 втором рисунке), да ещё и затянуть (показано на третьем рисунке).

При наложении гемостатических швов применяется толстая нить (1–2 USP) на колющей атрауматической 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.

В модификации Перейра гемостатические компрессионные швы накладываются поперечно, от двух, как на рис. 7-34, до... сколько поместится. Несмотря на эффективность методики, упоминают о возможности прорезывания мышцы

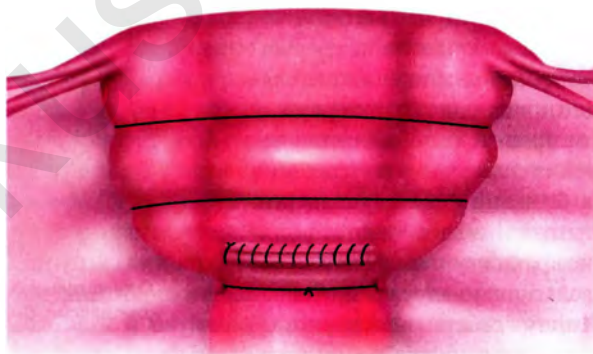


Рис. 7-34. Поперечные гемостатические компрессионные швы.



Рис. 7-35. Схема выполнения компрессионного гемостатического шва по разработанной нами методике.

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 мочеточника. Такое возможно при выходе лигатуры в нижнем сегменте матки.

Во избежание упомянутых осложнений А.Н. Рымашевский и соавт. (2008) рекомендуют комбинировать лигирование яичниковых и восходящей ветви маточной артерии с наложением шва по Перейра исключительно с поперечным, а не продольным ходом лигатур, что повышает эффективность борьбы с кровотечением.

В литературе описана методика одновременного использования компрессионных гемостатических швов на матку и внутриматочного гемостатического баллона («сэндвич»). При перерастяжении нижнего сегмента накладываются 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. 7-34).

Нами совместно с А.Н. Рымашевским разработана и запатентована методика наложения компрессионного гемостатического шва. Суть в следующем: по направлению от дна матки к нижнему сегменту накладываются три циркулярных шва на расстоянии 5–7 см друг от друга, содержащих по две нити (рис. 7-35).

Игла проводится через бессосудистые зоны брыжеек маточных труб и широких связок, не травмируя ткань матки (рис. 7-36, 7-37).



Рис. 7-36. Вкол иглы в бессосудистую зону брыжейки маточной трубы слева.

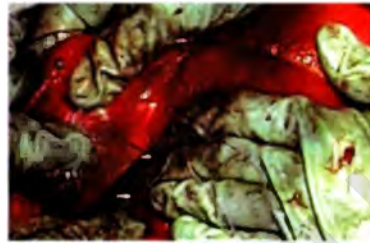


Рис. 7-37. Вкол иглы в бессосудистую зону широкой маточной связки справа.



Рис. 7-38. Завязан второй шов на уровне дна матки.



Рис. 7-39. Завязывание второй нити с целью дополнительной компрессии матки.

Сначала следует затянуть по одной нити в каждом из швов, через 5 мин нужно завязать вторые нити, создавая тем самым дополнительную компрессию тела матки (рис. 7-38, 7-39). Для выполнения данного метода мы предпочитаем 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, в отличие от других методик, лигирование внутренних подвздошных артерий, по всей видимости, эффективно при коагулопатическом кровотечении и синдроме диссеминированного внутрисосудистого свёртывания.

Если объём кровопотери составляет более 1500 мл, т.е. кровопотеря изначально массивна, перевязка внутренних подвздошных артерий показана в первую очередь. В этом случае манипуляция выступает альтернативой гистерэктомии. Последствия, столь пугающие врачей (что будет

с маткой? как осуществится репродуктивная функция?) изучены скромно, но достойно (Рымашевский А.Н. и соавт., 2008–2009; Курцер М.А., 2008). По данным исследователей, безопасность и отсутствие отдалённых негативных последствий для женщины можно считать доказанными.

В некоторых зарубежных публикациях первым этапом хирургического гемостаза признают **эмболизацию маточных или внутренних подвздошных артерий**. 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. Дело даже не в сложности транспортировки пациентки в рентгенооперационную — 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. Сложность манипуляции связана с техническими трудностями из-за различий в анатомии сосудов малого таза и риском сосудистой эмболии.

Что касается эффективности консервативных методов лечения послеродовых кровотечений в целом, то в 2007 году Британский институт акушерства и гинекологии опубликовал свою оценку: эмболизация маточных артерий — 90,7%, баллонная тампонада — 84%, маточный компрессионный шов — 91,7%, перевязка внутренних подвздошных артерий — 84,6%.

Если кровотечение продолжается, проводят ампутацию или **экстирпацию матки**. Чем в этом случае продиктован выбор объёма оперативного вмешательства? Ампутация матки предпочтительна при наличии гипотонического кровотечения, тогда как коагулопатия в любом из её проявлений (гестоз, заболевания крови и др.) — бесспорное показание для экстирпации матки.

Критическое падение АД не должно становиться противопоказанием к оперативному вмешательству, направленному на остановку кровотечения. Главное в этой ситуации — следует придерживаться определённого алгоритма действий. После срочного чревосечения на фоне инфузионно-трансфузионной терапии выполняют 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 МЗСР РФ №808н), например интраоперационная реинфузия отмывтых аутоэритроцитов с помощью аппарата Cell saver, аутодонорство, применение рекомбинантного VII фактора свёртывания, эфферентных методов (гемоферез, плазма- и гемосорбция). Имеются ограничения по использованию донорской крови.

При лечении массивных кровотечений интересны перспективы препарата рекомбинантного активированного VII фактора эптакта альфа («НовоСэвен»). В 2007–2010 годах проведены дополнительные исследования отдалённых последствий применения, определение адекватной дозы, показаний и противопоказаний к использованию этого средства. Опубликованы сообщения о положительном опыте использования препарата при послеродовых коагулопатических кровотечениях в дозе 90–100 мкг/кг. На конгрессе «Контраверсии в акушерстве и гинекологии» (Барселона, 2007) D. Blikstein из Израиля сообщил об успешном использовании данного препарата у 65 пациенток.

Весьма существенные недостатки эптакта альфа: по нему нет результатов рандомизированных исследований (лишь единичные наблюдения), а стоимость препарата чрезвычайно высока (порядка €5000 на курс лечения), что существенно ограничивает его использование.

Пути преодоления

В первую очередь для максимально эффективной помощи женщинам с акушерскими кровотечениями необходимо разработать стандарты её оказания. В организационном и методическом плане борьба с акушерскими кровотечениями предусматривает три этапа:

- 1) патогенетически обоснованная профилактика;
- 2) лечение;
- 3) патогенетически правильное восполнение кровопотери.

Кровотечения и акушерская агрессия

Профилактика акушерских кровотечений немыслима без борьбы с акушерской агрессией. За минувшие 10 лет в родильном отделении Городской клинической больницы №29 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 низкорасположенной плаценты — в 2,3 раза (Златовратская Т.В., 2008).

Следует исключить из врачебного обихода следующие агрессивные вмешательства:

- необоснованные амниотомии при незрелой шейке матки (нам удалось таким образом сократить число всех амниотомий на 10%);
- форсирование родового акта (родовозбуждение, 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 «не навреди!»);
- необоснованное кесарево сечение (при родах *per vias naturales* кровопотеря в 3,4–4,2 раза ниже).

Аномалии родовой деятельности. Необходимо внедрить эффективные методы профилактики и лечения аномалий родовой деятельности. К ним мы относим трёхэтапную коррекцию дискоординации сократительной деятельности матки с включением в протокол лечения средств, улучшающих аэробное окисление глюкозы и сенсibiliзаторов β_2 -адренорецептора мельдония («Милдронат»). В результате у женщин с первичной слабостью родовой деятельности частота кровотечений в послеродовый и ранний послеродовый периоды снизилась в 3 раза. У пациенток с дискоординацией родовой деятельности при вагинальных родах кровопотеря была меньше (в среднем 200 мл), чем у рожениц, получивших только эпидуральную анестезию (в среднем 300 мл) или только наркотические анальгетики (в среднем 300 мл).

Гестоз и кровотечения. Профилактика и эффективное лечение гестоза посредством осмоонкотерапии также положительно влияет на риск кровотечений. Инфузию сульфата магния не следует продолжать в родах, но после них — не менее 12 ч. Кроме этого показаны введение гидроксипропилированного крахмала, перфторуглеродов, аденоблокаторов центрального действия, длительная непрерывная эпидуральная анестезия в родах.

Под влиянием перечисленных профилактических и лечебных мер частота акушерских кровотечений на фоне гестоза снизилась в 2,5 раза (в 2,2 раза при гестозе I степени и в 2,7 раза — II степени, рис. 7-40).

Результаты нашего исследования подтверждают, что сульфат магния обладает мощным регуляторным влиянием на системную гемодинамику. Благодаря его применению кровопотеря в родах не только «не возрастала», что отмечал J.C. Livingston et al. (2003), а, напротив, снижалась до среднего значения 175 мл у рожениц, комплексно лечившихся от гестоза, и среднего значения 200 мл в группе сравнения.

Такой успех связан не только с влиянием сульфата магния, а обеспечен комплексностью лечения гестоза: значительный гемодинамический эффект

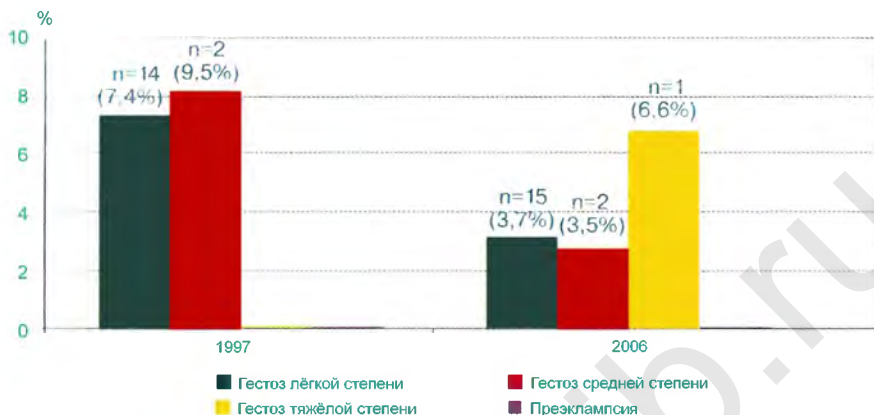


Рис. 7-40. Снижение частоты кровотечений в послеродовом периоде у пациенток с гестозом, получавших комплексное лечение (2006 год), и в группе сравнения (1997 год), $p < 0,05$.

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 касающиеся благоприятного эффекта эпидуральной анестезии, вполне согласуются с сообщением о положительном регулирующем влиянии симпатической блокады и снижения АД на частоту послеродовых кровотечений (Шурыгин И.А., 2004; Clark V.A. et al., 2005). 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 (Ариас Ф., 1989; Liu Y.J., 2005). Да, в наших работах произошло снижение АД на 16,1–31,2%, причём параллельно степени тяжести гестоза. Однако эта зависимость общеизвестна: лечебный эффект эпидуральной анестезии подтверждается во многих исследованиях (Абрамченко В.В., Ланцев Е.А., 2006; Хаустова М.Ю., 2002). Избежать патологического перераспределения крови позволяют водная нагрузка, контроль центрального венозного давления (при тяжёлом гестозе), простое приподнятие ножного конца кровати.

В целом данные по эффективности профилактики акушерских кровотечений, частоте кровотечений во время беременности, родов, послеродового периода на

нашей лечебной базе отражают общероссийские тенденции. Например, в России частота гипотонических кровотечений снизилась на 1,1% за минувшие 10 лет, а на клинических базах кафедры — с 2,5% в 1997 году до 0,9% — в 2006 году.

В основе тактики лечения акушерских кровотечений всегда должен лежать органосохраняющий принцип. Противоестественно, если женщина, поступившая в родильный стационар, выписывается без детородного органа. В этом плане морально-этическая сторона выполнения органосохраняющей операции крайне тяжела. Без сомнения, бывают исключения из правил, но постулат о том, 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 одновременно повышать тонус и сократительность 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 приводит к нарушению гемостаза, а кровотечения, вызванные нарушением гемостаза различной этиологии, часто сочетаются с гипотонией матки (табл. 7-10).

Консервативный этап борьбы с кровотечением

Стратегические этапы лечения массивных кровотечений:

- объективная оценка количественного (объём) и качественного (нарушение свёртывающей системы) компонентов кровопотери;
- меропрятия 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 приводит к потере контроля над ситуацией, что часто оканчивается трагически.

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
	Задержка сгустков крови в полости матки	Гипотония матки; гематометра
Травмы родовых путей	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
	Выворот матки	Высокий паритет; расположение плаценты в дне матки (тракция за пуповину)
Нарушения коагуляции	Врождённые заболевания крови (гемофилия А, болезнь Виллебранда)	Наследственные коагулопатии; заболевания печени

Аномалия	Причина	Предрасполагающий фактор
	Приобретённые заболевания крови при беременности: идиопатическая тромбоцитопения, тромбоцитопения при ДВС-синдроме	Гестоз; HELLP-синдром; антенатальная гибель плода; тяжёлая инфекция; эмболия околоплодными водами
	Лечение антикоагулянтами и препаратами, влияющими на тромбоциты	Ятрогенная гипокоагуляция

Методы оценки объёма кровопотери и нарушений гемостаза:

- визуальный метод (погрешность 30%);
- 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.

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. Кровопотерю 800–1000 мл (1,1–1,5% массы тела) считают патологической, более 1000 мл (более 1,5% массы тела) — массивной.

Кровопотерю в истории родов следует выражать в процентах по отношению к массе тела и/или к ОЦК. Величина кровопотери и сопровождающие её стадии геморрагического шока отражены в табл. 7-11.

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. 7-41).

Таблица 7-11

Объём кровопотери и клинические стадии геморрагического шока (для пациентки массой 60 кг при объёме циркулирующей крови 4500 мл)

Показатели	Класс кровотечения			
	1	2	3	4
Кровопотеря, мл	1000	1000–1500	1500–2000	2100
Процент ОЦК*	<15	15–25	25–35	>35
Процент массы тела	<1,5	1,5–2,5	2,5–3,5	>3,5
Частота сердечных сокращений в минуту	Норма	<100	100–120	120–160
Систолическое АД, мм рт.ст.**	Норма	>100	80–100	<60–68
Пульсовое давление, мм рт.ст.	Снижено	<30	<30	Значительно
Шоковый индекс***	0,85-1,0	1,0–1,5	Снижено	>1,5
Заполнение капилляров	<2	>2	>2	Не определяется
Частота дыхания в минуту	Норма	>20	30–50	
Диурез	Норма	Снижен	Олигурия	Анурия
Сознание	Норма	N	Беспокойство, возбуждение	Заторможенность, сопор
Тяжесть/стадия шока	Нет	Лёгкий/I	Умеренный/II	Тяжёлый/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.



Рис. 7-41. Совместные действия при консервативном лечении гипотонического кровотечения.

Таблица 7-12

**Алгоритм действий при акушерских кровотечениях
в послеродовый период**

Состояние	Способ коррекции
Гипотония матки	Введение утеротоников (окситоцин, простагландины). Ручное обследование матки с удалением содержимого, бимануальная компрессия (все мероприятия проводятся однократно!)
Травма родовых путей	Осмотр родовых путей, ушивание разрывов (при разрыве матки — лапаротомия)
Нарушение коагуляции	Нормализация гемостаза (переливание свежезамороженной плазмы, криопреципитата, тромбоцитарной массы)

Остановка кровотечения и инфузионная терапия должны происходить одновременно. В табл. 7-12 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 табл. 7-13 приведены схемы введения утеротоников.

Убедившись в отсутствии противопоказаний (преэклампсия, артериальная гипертензия, болезни сердца), можно использовать метилэргометрин (0,2 мг).

Непосредственно в миометрий, прямо через переднюю брюшную стенку (или *per vaginam* парацервикально в две точки) можно вводить динопростон («Простенон») в дозе 250 мкг. Повторять инъекцию можно каждые 15 мин до 8 раз.

Таблица 7-13

**Схема введения утеротоников на консервативном этапе лечения
гипотонического кровотечения**

Время введения	Препарат	Дозировка
Одномоментно	Окситоцин внутривенно	5 ЕД
Первые 30 мин	Окситоцин внутривенно + динопростон в мышцу матки	10 ЕД + 2,5 мг
Поддерживающая доза	Окситоцин внутривенно + динопростон в мышцу матки	10 ЕД + 5 мг
Одномоментно	Динопростон в шейку матки	5 мг

Между консервативным и хирургическим этапами остановки акушерского кровотечения проводятся промежуточные мероприятия: установка внутриматочного гемостатического баллона, сдавление брюшной аорты. Внутриматочная баллонная тампонада позволяет в некоторых случаях обойтись без радикальных хирургических вмешательств. Баллонный катетер механически сдавливает плацентарную площадку, а также происходит рефлекторное сокращение матки в ответ на механическое раздражение (Keriakos R., Mukhopadhyay A., 2006).

Управляемая баллонная тампонада матки. Внутриматочный баллон — простейшее приспособление, кроме самого баллона состоящее из резервуара и полой соединительной трубки. Преимуществами баллонной тампонады: простота и простота использования, стерильность, атравматичность, не нужно анестезии. Ввести внутриматочный баллон может даже акушерка; это обеспечивает выигрывш 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 баллона 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 двоянного 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. Такой эластичный баллон 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 давление 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 удалось 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 использовании этого баллона обусловлен механическим сдавлением кровоточащих сосудов матки с последующим образованием пристеночных тромбов. Кроме того, баллон стимулирует механорецепторы матки и вызывает рефлекторное сокращение миометрия. Внутриматочный гемостатический баллонный катетер состоит из силиконового баллона, резервуара для жидкости и соединяющей их полрой трубки. Функционирование баллона основано на принципе сообщающихся сосудов. Жидкость из резервуара заполняет катетер, позволяя создать любое требуемое давление (рис. 7-42).

Такой баллон стерилен, его легко ввести, контролировать и извлекать. То, что для наполнения баллона используется жидкость, полностью исключает

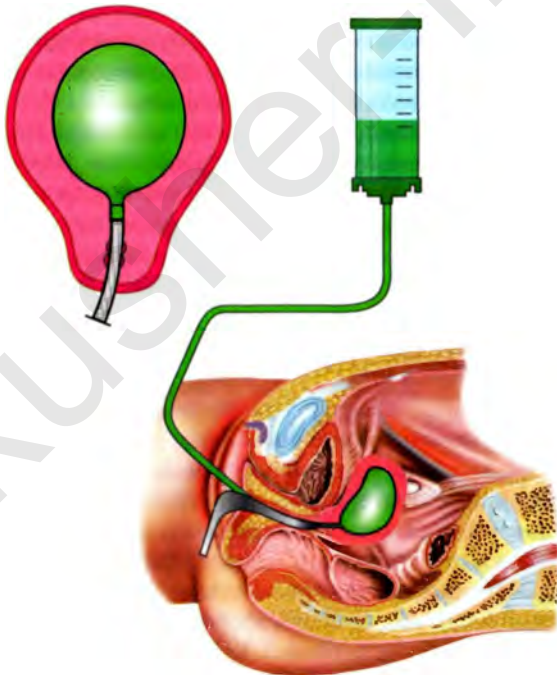


Рис. 7-42. Принцип действия внутриматочного гемостатического баллона.



Рис. 7-43. Этапы внутриматочной гидростатической баллонной тампонады. 1 — введение сложенного баллона в матку; 2 — наполнение баллона под контролем объема вводимой жидкости.

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, что составляет 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 (рис. 7-43).

Баллонная тампонада — временное мероприятие, она даёт выигрыш во времени между консервативным и хирургическим этапом (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 выполнялась апробация эффективности баллона. На данный момент мы располагаем достаточным количеством клинических наблюдений баллонной тампонады (А.С. Оленев в 2008–2009 годах выполнил кандидатскую диссертацию и успешно её защитил). Большой регистр таких наблюдений накоплен в Сургутском перинатальном центре (проф. Л.Д. Белоцерковцева, 2008, 2009) и Тюменском перинатальном центре (гл. врач И.И. Кукарская).

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. Объем жидкости, вводимой в баллон, варьировал от 150 до 800 мл (349 мл±165 мл). От момента установки баллона до начала восстановления сократильности матки в среднем проходило 5 мин, до момента полного прекращения кровотечения — 25–30 мин.

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 сгустков и остатков последа через разрез в матку следует ретроградно ввести баллонный катетер. Первой в разрез вводят 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 расправился в матке. Оказалось, что при контакте поверхности баллона со стенкой матки наступает пик сократильности; это отчётли-

Интересное клиническое наблюдение

Однажды в ранний послеоперационный период (делали кесарево сечение) началось гипотоническое кровотечение. Консервативная терапия не помогала. Сделали релапаротомию и перевязали внутренние подвздошные артерии с обеих сторон. А через 1,5 ч после перевязки гипотоническое кровотечение возобновилось! Начали готовиться к экстирпации матки, ввели в полость матки баллон, на время подготовки. Слава Богу, после этого операции не потребовалось! Эффективность баллонной тампонады позволила избежать радикальной операции и 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.

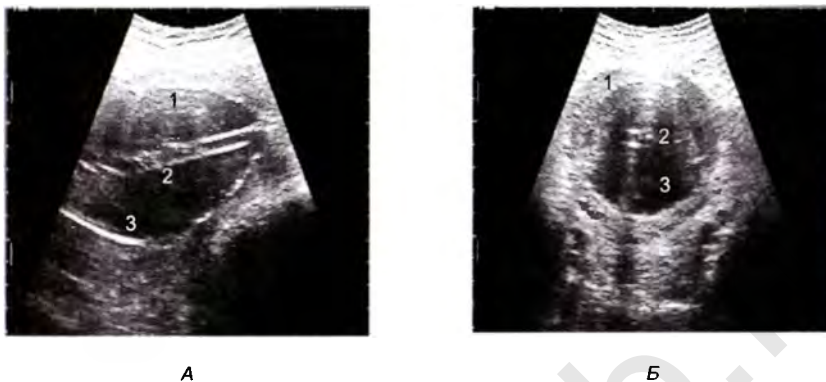


Рис. 7-44. Ультразвуковой контроль успешности баллонной тампонады. А — продольное сечение, Б — поперечное сечение. 1 — стенка матки, 2 — трубка, 3 — баллон.

во видно на ультразвуковой картинке. Исчезает эхонегативная полоска (кровь между стенкой матки и баллоном), обе поверхности плотно смыкаются (рис. 7-44).

Была определена и экономическая целесообразность метода баллонной тампонады. Для этого подсчитали стоимость инфузионной терапии. Лечение в группе, где баллонной тампонады не проводилось, 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 методиками остановки кровотечения. Не нужна анестезия, применить этот простой метод может и неопытный врач до прибытия ответственного дежурного, и акушерка.

Перспективной является современная модель сдвоенного баллона (вспомним Р. Chassagny, 1880!). Второй (влагалищный) резервуар удерживает основной баллон в полости матки и оказывает давление на сосуды малого таза (рис. 7-45).

Следует оснастить баллонным катетером все родовспомогательные учреждения. Это поможет снизить материнскую смертность, сохранит детородную функцию многим роженицам. Его достоинства: простота и контроль над акушерской ситуацией, легко обеспечить стерильность, атравматичность.

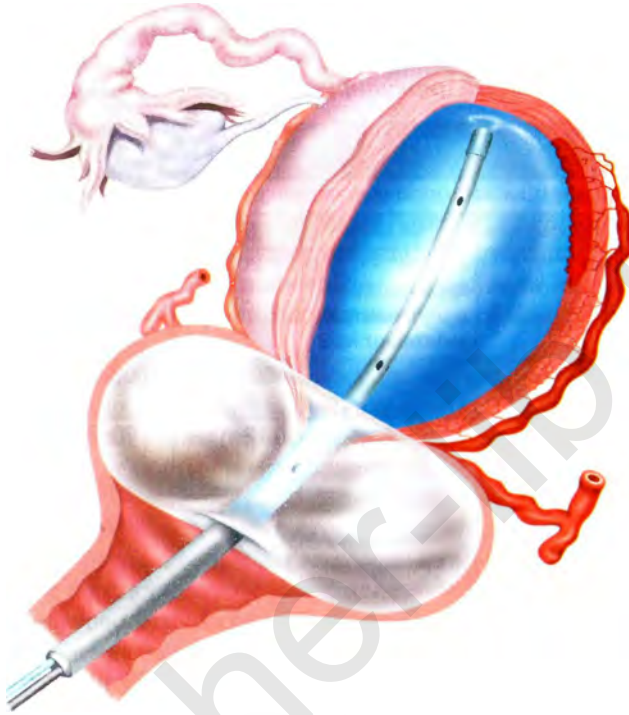


Рис. 7-45. Модель сдвоенного баллона.

Хирургический этап остановки кровотечения

Если кровопотеря достигла 1500 мл, а кровотечение продолжается, переходят ко второму, хирургическому этапу остановки кровотечения, выполняют лапаротомию. С момента 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 на хирургическом этапе лечения.

1. После лапаротомии — инъекция динопростона непосредственно в миометрий в дозе 250 мкг.
2. Ишемизация матки достигается путём наложения зажимов и лигатур на сосудистые пучки маточных и яичниковых артерий.

Таблица 7-14

**Первоначальная инфузионно-трансфузионная терапия
при акушерском кровотечении (для пациентки массой 60 кг
при объеме циркулирующей крови 4500 мл)**

Кровопотеря, мл	До 1000	1000–1500	1500–2100	2100 и более
Кровопотеря, % ОЦК	<15	15–25	25–35	35 и более
Кровопотеря, % массы тела	<1,5	1,5–2,5	2,5–3,5	3,5 и более
Кристаллоиды, мл	Объем кровопотери в миллилитрах умножают на 3	2000	2000	2000
Коллоиды, 6% раствор гидроксиэтилкрахмала, 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 <60–70 г/л	

3. Наложение гемостатических компрессионных швов (по Б-Линчу, Перейра и др.). Возможно последующее введение гемостатического баллона.

4. Перевязка внутренних подвздошных артерий (при кровопотере более 1500 мл рекомендуется сразу перевязывать внутренние подвздошные артерии).

5. Ангиографическая эмболизация (если есть соответствующие оборудование и персонал).

6. Ампутация или экстирпация матки.

Мы солидарны с авторами, советующими избегать радикальных хирургических операций (гистерэктомия) при лечении акушерских кровотечений (Курцер М.А., 2004; 2008; Hagma 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 используется более 15 лет в соотношении приблизительно 60:40 и позволяет **в 60% случаев избежать удаления матки**. Перевязка внутренних подвздошных артерий эффективна приблизительно в 90% попыток (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. 7-14).

При исходных нарушениях гемостаза на ранних этапах кровопотери с профилактической целью начинают переливать свежезамороженную плазму. Все препараты крови необходимо переливать с использованием лейкоцитарных фильтров (приказ Минздрава России №244/63 от 03.07.2001).

Основные правила инфузионно-трансфузионной терапии.

1. При выполнении ОЦК и ликвидации гиповолемии необходимо учитывать количественное соотношение вливаемых сред, объёмную скорость и длительность переливания.

2. При акушерских кровотечениях в первую очередь следует применять 6–10% растворы гидроксипропилированного крахмала. Его ценные свойства постепенно завоёвывают уважение врачей. Объёмы использования этого препарата в России за последние годы увеличились почти в 9 раз. Преимущества этого 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 гипопротеемии (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. Применение ингибиторов протеаз и средств, блокирующих действие пламина.

6. Применение перфторуглеродов 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 кожных покровов, частота сердечных сокращений, 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 не оказывается кровезаменителей.

Даже при самой массивной кровопотере основные инфузионные среды (гидроксиэтилированный крахмал, свежезамороженная плазма, альбумин, «Перфторан») и гемотрансфузию следует применять дозированно, в пределах 110–180% объёма, это снижает вероятность трансфузионных осложнений.

Этапность оказания помощи при акушерских кровотечениях

При лечении гипотонических кровотечений важны не только лечебные, но и организационные мероприятия:

- строгая этапность, продуманность и организованность работы;
- предварительное распределение ролей (опытный координатор, трансфузиолог и пр.), проведение тренингов (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 не менее года в гинекологическом отделении**).

Оптимизация лечения акушерских кровотечений требует продуманных методических подходов. Все мероприятия выполняют по принципам «от простого к сложному», от менее инвазивных к более радикальным. Каждый этап применяют 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 объёме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта.
- Начальная оценка тяжести кровопотери: визуально или с помощью почкообразного лотка +20% (при доставке пациентки по скорой помощи можно использовать шоковый индекс, если нет тяжёлой формы гестоза).
- Начальная оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, частота сердечных сокращений, температура тела, частота дыхания).
- В зависимости от тяжести состояния женщины следует определиться, где будет оказываться помощь (непосредственно в родзале или в операционной)¹.
- Если позволяет состояние пациентки, нужно установить аллергоанамнез.
- Катетеризация мочевого пузыря (мочевой пузырь должен быть пустым).
- Катетеризация одной или двух периферических вен (№14–16G) для начала инфузии утеротоников и гидроксипроксиэтилированного крахмала.
- При необходимости гемотрансфузии нужно определить группу крови, резус-фактор, взять кровь для анализа на совместимость, если это необходимо, — для «прикроватного теста».
- Проверить наличие препаратов крови (в соответствии с группой и резус-принадлежностью), при необходимости заказать в банке крови.
- По возможности установить причину кровотечения (принцип «4Т»: тонус, ткань, травма, тромбин).

¹ Хирургический этап при массивной кровопотере должен выполняться в родильном зале: никаких отличий между операционной и «родзалом», оснащённым по табелю (наркозный аппарат, стол-трансформер) нет, а время экономится, увеличивая шансы на благоприятный исход.

Особенности проведения остальных трёх этапов остановки гипотонического кровотечения (консервативный, промежуточный и хирургический) перечислены выше, итоговый алгоритм приведён в «Приложениях»¹.

Для оперативной мобилизации персонала при акушерских кровотечениях несколько раз в год в родильном блоке и observationalном отделении **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 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. Следует использовать альтернативные методы регуляции родовой деятельности. По итогам 2010 года главный акушер-гинеколог г. Москвы проф. М.А. Курцер сообщил потрясающие сведения. По поводу гипотонических кровотечений в городских родовспомогательных учреждениях было проведено 116 лапаротомий, однако матка была удалена всего лишь в 12 случаях, а в 104 — сохранена! Более того, перевязка внутренних подвздошных артерий потребовалась только 30% женщин, в остальных случаях применяли комбинации указанных методов.

¹ См. Приложения: «Методическое письмо по кровотечениям», «Очерёдность мероприятий при маточном кровотечении в раннем послеродовом периоде».

ГЛАВА VIII
Домашние роды



Как и в любой области, в акушерстве существуют крайности, представляющие противоположные точки зрения. Таким, оппозиционным традиционному акушерству, течением стали домашние роды, отрицательно влияющие на материнскую и младенческую смертность.

На дому происходит не так много родов, всего 0,5% от общего количества. Хотя в России домашних родов становится меньше (10 599 в 2000 году, 7170 — в 2006 году), это весьма актуальная проблема, тем более что большинство врачей рано или поздно сталкиваются с последствиями таких родов.

Прежде всего необходимо знать, что приём родов на дому на территории России — **незаконный вид медицинских услуг**. И это, несомненно, агрессия, инициированная особенностями организации системы родовспоможения в нашей стране.

Хорошо, когда помощь при родах вне акушерского стационара оказывают врачи или средний медицинский персонал. Увы, это не более половины всех случаев. Европейская статистика домашних родов не многим лучше отечественной. Хотя тоже не без исключений — например, в Нидерландах, развитой европейской стране с прекрасно организованной (и государственной!) системой обслуживания родов на дому, показатель смертности матерей и новорождённых самый низкий. На дому здесь происходит 36% всех родов, их принимают акушерка с помощницей, ассистирующей при родах и остающейся в доме на 10 дней, чтобы помочь родильнице. Впрочем, популярность услуги снижается тем, что 25% таких родов заканчиваются в госпитале.

В Дании закон допускает роды на дому, но некоторые округа добились разрешения на несоблюдение этого закона, потому что акушерок для обеспечения таких родов не хватает. Роды без помощи профессионально подготовленного лица не приветствуются в Великобритании и Швеции.

Что касается России, то рожаящим дома не позавидуешь. Большинство женщин (в 2005 году — **94,6%**), родивших вне лечебного учреждения, после этого всё равно госпитализируются в акушерские стационары. Кроме того, показатель перинатальной смертности среди рождённых на дому **в 4 раза превышает таковой в стационаре, то же — с показателем ранней неонатальной смертности (в 5 раз выше); не исключена и гибель матери.**

Вот что изумляет. Сторонники родов на дому позиционируют себя противниками другой крайности современного акушерства — акушерской агрессии. И именно от неё предлагается защищаться таким кардинальным, бескомпромиссным методом: рожать вне лечебного учреждения, без участия квалифицированных специалистов. Справедливости ради надо упомянуть, что адепты домашних родов считают злым умыслом врачей все мероприятия, проводимые в родовспомогательных учреждениях, в том числе профилактические, не при-

знаявая их пользу и необходимость. Понятно, откуда происходят подобные крайности: дело в изначальной, природной естественности родового акта. Акушерство в самом широком смысле состоит из физиологии и патологии, и главная задача врача — предупреждение перехода первого во второе.

Попробуем объективно разобраться в возможных преимуществах или рисках домашних родов и родоразрешения в лечебном учреждении. Пропагандисты родов дома и «духовные акушерки» (этот термин взят в кавычки, поскольку многие не имеют диплома даже о среднем медицинском образовании) развернули активную деятельность. Рекламируя свои услуги, а зачастую просто навязывая их, они пользуются стандартным набором «страшилок» об официальной медицине, апеллируют к «духовному» компоненту родов, жонглируют религиозными терминами «божье чудо», «таинство родов». При этом они используют стремление каждой беременной к душевному комфорту, поясняя, что дома женщина находится среди любящих людей, а в роддоме окажется беззащитной перед бездушным персоналом. Всё это оказывает мощнейшее стрессорное воздействие на лабильную психику беременной, подавляя её способности адекватно оценивать перспективы подобного рода услуг.

При этом привлечь «духовных акушерок» к суду, если, не дай Бог, роды на дому с их участием оканчиваются трагически, практически никогда не удаётся. Как уже упоминалось, деятельность «духовных акушерок» и без того неукротима, а безнаказанность делает их совершенно бесстрашными при оценке своих возможностей и способностей.

«Духовные акушерки» на своих интернет-сайтах началом истории домашних родов называют 60-е годы XX века. 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. Однако далеко не всегда такие роды хорошо заканчивались для матери и ребёнка. Младенческая смертность к концу XVIII века составляла более 30%, а сам процесс проходил без вмешательств по той простой причине, что «вмешиваться» было просто некому. В наши дни любой сведущий врач и любая информированная мать согласятся, что гибель каждого третьего новорождённого — чрезмерная плата за «естественность процесса».

История стационарного, «больничного» родовспоможения начинается с конца XIX века. А до этого? Смерть женщин в родах занимала первое (!) место среди причин смертности населения. «Родильная горячка» (сепсис) унесла больше жизней, чем все пандемии и эпидемии в истории человечества, вместе взятые. В России материнская смертность была бичом не только неимущих, но и самых обеспеченных слоёв населения. Вспомните классику, как умирала «маленькая княгиня» в «Воине и мире»! Как описывали смерть в родах В.В.Вер-

саев, М.А. Булгаков! До сих пор в основе человеческой трагедии мирового масштаба под названием «материнская смертность» лежит невозможность перевести «домашние» роды в стационарные.

Причина этих смертей известна. И причина эта — экономическая: цивилизация планеты Земля слишком бедна. Для решения такой задачи (проводить все роды только в условиях стационаров) потребовалось бы \$72 трлн. Но мировое сообщество таких средств не имеет, поэтому мы ищем другие, окольные, экономически приемлемые пути для того, чтобы сделать деторождение комфортным, безопасным и счастливым. Впрочем, и это не помогает, если стационар маломощный — менее 600 родов в год, т.е. менее двух родов в сутки. В этих условиях у персонала нет возможности приобрести опыт и отработать практически тактику экстренной помощи!

Зачем же предлагают рожать дома? Доводы сторонников домашних родов таковы: в роддоме всегда применяют стимуляцию, часто делают кесарево сечение («ужасающие цифры» зависят от фантазии рассказчика), всегда рассекают промежность, роды проходят неестественно и в неудобных позах, нет любимого мужа, никто не окажет психологическую поддержку, в роддоме много инфекции и ею обязательно заразят женщину и ребёнка.

Теперь рассмотрим эти доводы подробнее.

Стимуляцию применяют в случае слабости родовой деятельности, иногда — для профилактики этого осложнения (при крупном плоде). К любому медицинскому вмешательству, в том числе медикаментозному, существуют показания, и перед началом проведения терапии врач **обязан** оповестить пациентку о цели и сущности процедуры, получить её согласие или отказ.

Байки о том, что врачи всех хватают и без спросу делают кесарево сечение, абсурдны. Частота кесаревых сечений в неспециализированных учреждениях не превышает 16%, в специализированных может достигать 22–24%. Важно помнить, что большую часть операций выполняют по показаниям со стороны плода. Это значит, что женщина сможет родить ребёнка и сама, но он может серьёзно пострадать или погибнуть.

Что касается рассечения промежности, то к этому вмешательству прибегают, когда появляется угроза разрыва тканей. Раньше считали, что этим можно сократить время потуг, например когда врач подозревает гипоксию плода и т.д. Сейчас, как уже отмечалось выше, это положение опровергнуто, и количество рассечений промежности будет сокращаться.

Под неестественностью процесса часто подразумевается постоянный контроль состояния роженицы и плода с помощью аппаратуры, частое назначение препаратов. Да, в некоторых случаях женщину просят занять то положение, в котором удобнее работать врачу или чётче сигнал от следящей аппаратуры. Все наблюдения, проводимые в родах, необходимо комментировать, объяснять



их необходимость. Это занимает не более 5 мин драгоценного времени медика, а правильно настроенная и успокоившаяся женщина благополучно перенесёт процедуру и роды.

Официально разрешены (СанПиН, 2010) и всё шире практикуются роды с мужем или партнёром по выбору беременной (мама, подруга и др.), так что и этот аргумент теряет актуальность. Вполне естественно, что беременной страшно оказаться в незнакомой обстановке, наедине со своими ощущениями. Эти эмоции создают негативный настрой, понижают порог болевой чувствительности. Что касается недостатка психологической поддержки при родах в стационаре, то, к сожалению, этот вопрос ещё далёк от своего решения.

Работа над проблемой психологической поддержки в родах должна быть двухэтапной. Во-первых, школы матерей в женских консультациях должны готовить беременную к психологическим нагрузкам в родах. Во-вторых, женщина может привлечь на роды «группу поддержки» — психолога, ту же «духовную акушерку». В этом случае и «духовная миссия» будет выполнена, и риск для женщины и новорождённого будет значительно меньше.

Да, в любом лечебном учреждении существует госпитальная инфекция. Единственный достоверно эффективный путь борьбы с ней — грудное вскармливание, быстрая активизация женщины и ранняя выписка из роддома.

Теперь разберём преимущества домашних родов в том виде, как их представляют и пропагандируют «духовные акушерки». Вот они: нет медикаментозного вмешательства, меньше оперативных пособий (кесаревых сечений), нет разрывов промежности, присутствуют близкие, особая «духовная» атмосфера.

Итак, первое. Информация о том, что домашние роды происходят совсем без медикаментозного вмешательства, не совсем достоверна. По отзывам и рассказам женщин, рожавших дома, «духовная акушерка» в большинстве случаев проводит внутримышечные, иногда внутривенные инъекции. Проконтролировать, что именно ввела такая «помощница», чаще всего не представляется возможным. В отличие от врача в стационаре, обязанного получить информированное согласие на каждую манипуляцию, «духовные акушерки» часто принимают по отношению к роженице патерналистский, умильно-покровительственный тон.

Оперативных пособий в надомных родах действительно меньше просто потому, что «духовные акушерки» на это никак не способны. Если вдруг роды идут не по ожидаемому сценарию, «духовный помощник» исчезает, напоследок рекомендуя обратиться в столь нелюбимый роддом. Как показывает практика, в большинстве случаев такие обращения бывают крайне запоздалыми, и оперативная помощь уже необходима для спасения жизни. Как правило, в запущенных случаях надеяться на благополучное завершение родов не приходится.

По данным статистики, разрывы промежности во время родов, принятых «духовными акушерками», происходят довольно часто. Почти 50% случаев!

Женщину приходится госпитализировать в наблюдательное отделение родильного дома и восстанавливать целостность родовых путей, встречаются даже разрывы III степени.

Присутствие близких — это единственный неоспоримый положительный момент домашних родов. Правда, только в том случае, если они протекают без осложнений.

Об особой, «духовной» атмосфере в родах на дому. Вербуя себе сторонников, активисты пускают в ход религиозные аргументы, очень модно стало ссылаться на традиционно христианские ценности. На этом фоне особо ценным выглядят «духовные» объяснения «помощницы» в случае, если ребёнок погибает в родах: это или «плохо хотели ребёнка», или «Бог не дал». Если даже после такого «исчерпывающего объяснения» несостоявшиеся родители пытаются получить ответ на вопрос, почему роды закончились трагедией, «духовная акушерка» с той же горячностью, с которой разоблачала официальную медицину, начинает обвинять их самих. Дальнейшее расследование в большинстве случаев ничего не даёт, и прецедентов привлечения «духовных акушерок» к ответственности через суд явно мало.

Лечащий врач обязан соотнести риск родов дома и в стационаре для данной беременности и изложить его пациентке. Ни в одной стране мира решение о родах на дому не принимает «духовная акушерка». Только врач, определив степень и группу перинатального риска конкретной беременной, может разрешить роды на дому или не дать разрешения на них. Лишь в России возможна ситуация, когда «духовная акушерка» берётся за подобные роды, невзирая на потенциальный риск для матери и ребёнка, руководствуясь исключительно собственным самонадеянством (как они сами это называют, «внутренним голосом»). При существующей системе здравоохранения, ограниченных возможностях службы скорой медицинской помощи, удалённости родильных домов, транспортной ситуации роды на дому — очень рискованное мероприятие.

Пути преодоления

В России принятие родов на дому — незаконный вид медицинских услуг. Почему же находятся женщины, готовые рискнуть собой и своим ребёнком? При изучении этой проблемы становится понятно, что решить её простым запретом невозможно.

Чтобы у женщины не было поводов принимать такое опасное решение, нужны в первую очередь административные меры. Необходимо:

- последовательно бороться с акушерской агрессией в лечебных учреждениях;
- активно внедрять занятия в «школах материнства»;

Недавний случай из моей практики

Женщина-врач (!) решила вторые роды провести в домашних условиях, потому что о первых родах воспоминания остались тяжёлые. К тому же соседка, медсестра по образованию, как выяснилось, подрабатывала «духовным акушерством». Родители беременной (педагоги), муж (врач), друзья и коллеги-медики пытались отговорить её от домашних родов, но не смогли.

Роды начались утром. Соседка ласкала, успокаивала женщину, но к полудню признала, что «надо везти в роддом» (к этому моменту полное раскрытие шейки матки было более 2,5 ч!). И... ушла. Женщину госпитализировали, выполнили экстренное кесарево сечение в связи с начавшимся разрывом матки. Какая неожиданность — ребёнок этой невысокой, сублильной женщины весил 4300 г.

Где же тот современный Л.Н. Толстой, что смог бы убедительно раскрыть абсурдность идеи домашних родов? Только чудом в транспортном потоке большого города, в непробиваемых даже машиной скорой медицинской помощи пробках удалось не потерять эту псевдогероиню, недооценившую опасности таких «комфортных, естественных родов».

- расширять контакты с беременными для предоставления им объективной информации о лечебных учреждениях (например, через Интернет);
- в обязательном порядке информировать беременных о целесообразности каждой проводимой процедуры;
- менять подход и отношение медицинского персонала к беременной (считать здоровой, если не доказано обратное, а не наоборот);
- создавать в лечебных учреждениях комфортную атмосферу;
- внедрять легко организуемые «партнёрские роды» для тех пациенток, кто этого хочет.

Если родоразрешение в условиях стационара станет комфортным, стимулов для родов «где угодно, только не в больнице» станет меньше. Именно с этой целью внедрена программа «родовый сертификат». Родовспомогательные учреждения, заинтересованные в получении сертификатов и перечисляемых по ним доходов, постепенно улучшают условия для своих пациенток, добиваясь комфорта не только бытового, но и духовного.

ГЛАВА IX

Роды в воду



Резолюция ВОЗ предусматривает, что в перспективе доля беременных, наблюдаемых квалифицированным персоналом в связи с беременностью, будет не менее 98%, и родов, принятых подготовленным медицинским персоналом, окажется не меньше. Вместе с тем в литературе, научных кругах и среди пациентов много говорится о возможности альтернативных родов, например водных, домашних и др. Сторонники этих новшеств считают, что такой подход «освобождает мать и ребёнка от родового стресса», и идей альтернативных родов прониклись многие женщины.

Дабы поставить точку в этих до конца не оформленных высказываниях за и против, мы сочли необходимым проанализировать имеющуюся информацию с позиций доказательного порядка.

Акушерская авансцена стала свидетелем «родов в воде» относительно недавно, с 60-х годов XX столетия. После того как информация о новшестве широко распространилась в мире, возникла путаница в терминологии — роды в воде, роды в воду, подводные роды.

Роды в воде отличаются от традиционных тем, что роженица периодически погружается в ванну или бассейн с тёплой водой. Замысел родов в воде произошёл из идеи французского педиатра Лебуайе, 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, 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 России история родов в воде связана с именем И.Б. Чарковского, считавшего, что при рождении в воду ребёнок возвращается в условия, приближенные к внутриутробным, что смягчает его переход к новым условиям существования. Кроме этого, погружение в воду облегчает и участь женщины, снижая интенсивность болей во время схваток.

В настоящее время подводные роды вызывают много дискуссий. Практическим воплощением этого метода родоразрешения в жизнь занимаются «духовные акушерки», оказывающие роженице моральную поддержку. Подавляющее большинство водных родов в России происходит дома, что тоже среди беременных считается большим плюсом — так комфортнее.

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 рожали 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 крайним средством. Тем самым хотели сказать, что этого ребёнка живым не считают. 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. У ребёнка, рождённого таким способом, была незавидная судьба — не было шансов создать семью. При выборе спутника жизни кто захочет жить с «покойником»? Единственное, что оставалось — отдаться служению богам (вспомним беднягу древнеегипетского жреца).

Вполне очевидно, что женщины, «настойчиво и осознанно» стремящиеся к более чем нетрадиционному способу родоразрешения, обладают определёнными особенностями психоэмоциональной сферы, особым душевным настроем. Часто к этому примешивается доля фанатизма, полная или частичная, иногда временная утрата объективности восприятия. В России речь идёт о 1500–2000 женщин в год. Они явочным порядком отвоевали своё право решать, каким образом они собираются рожать, и нашли врача, акушерку или «духовную акушерку», согласившуюся оказать помощь. К сожалению, гораздо чаще имеет место обратная ситуация — лица, называющие себя специалистами по родам в воде, сами активно предлагают свои услуги. Надо сказать, что в некоторых городах появились родильные дома, на коммерческой основе предлагающие роды в воде и оборудованные соответствующим образом.

Примерно 5% беременных признаются, что планируют роды в воде, боясь не только самого акта деторождения или родовых болей, а скорее опасаясь равнодушия медицинского персонала.

Основным доводом в пользу водных родов теоретически можно допустить смягчение или даже снятие родового стресса у новорождённого благодаря мягкому переходу в тёплую и привычную водную среду, оказывающую расслабляющее и обезболивающее действие. Однако, несмотря на всю притягательность этой идеи, не будем спешить ставить знак равенства между «положительным физиотерапевтическим воздействием воды на состояние роженицы» и «неос-

ложнённым течением родов, гарантией благополучного исхода для ребёнка, попавшего при рождении в воду».

Пропагандисты идеи водных родов упирают на то, что плод в утробе матери находится в невесомости водной среды, его окружает тишина (только сердцебиение матери и приглушённые внешние звуки), темнота, постоянная температура и привычные запахи. Соответственно их воззрению, переход из водной среды в воздушную — это «гравитационный удар», вдобавок к громким звукам, яркому свету, незнакомым запахам, заставляющий младенца резко вдохнуть и «обжечь лёгкие кислородом». Всё это плюс пересечение пуповины для младенца составляет колоссальный и недопустимый стресс. Однако обычной эрудиции достаточно, чтобы логично опровергнуть каждое из замечаний по поводу «большей физиологичности» рождения в воду.

Околоплодные воды из носоглотки плода при прохождении по родовым путям просто «выжимаются». Когда деформированное после рождения тело новорождённого начинает расправляться, в опустошённые лёгкие должен всасываться атмосферный воздух (а не вода!). Рефлекс задержки дыхания новорождённого не всегда может противостоять физическому эффекту «вакуумной бомбы», благодаря которому и происходит первый вдох. Поэтому при водных родах бывают случаи нагнетания в лёгкие ребёнка далеко не стерильной воды, что неизбежно приводит к тяжёлой аспирационной пневмонии.

Случаи расстройтва 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 местные власти запретили роды в воде.

Вода «обманывает» механизм восприятия боли. Погружение действует как постоянный массаж всего тела, стимулирует рецепторы кожи. Именно поэтому в I периоде родов, пока маточный зев не раскрылся полностью, водные процедуры можно считать вполне приемлемыми. Облегчение боли достигается глубоким погружением. 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. К сожалению, найти роддом со специальными ваннами, в которых можно скоротать период схваток, непросто.

А теперь — об интересном парадоксе. Если изучить работу роддома, где специальные ванны для рожениц есть, причём установлены в персональном родильном блоке, окажется, что 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 пра-

во вести себя так, как ей комфортнее, администрация в числе других отвлекающих методик установила и ёмкие ванны. На наш вопрос, как часто используется такой сосуд, занимающий почти четверть родильного блока, мы получили неожиданный ответ: 1–2 раза в месяц!

Существуют и другие возражения. Вести водные роды для акушерки (врача) бывает гораздо сложнее, чем простые. Сами роды затягиваются, особенно если роженица погружается в бассейн слишком рано, до открытия маточного зева хотя бы на 6–8 см. Схватки становятся реже, весь процесс происходит менее болезненно и более плавно, но женщина заметно устаёт. Роды в воду невозможно совмещать с родостимуляцией. Введение медикаментов значительно повышает риск того, что при попадании в воду ребёнок захлебнётся.

Длительное пребывание в тёплой воде может привести к дилатации сосудов кожи и нижних конечностей. Циркуляторное перераспределение крови снижает системное АД и нарушает плацентарную перфузию. Потоотделение в тёплой воде повышено, а теплоотдача невозможна, в связи с чем происходят 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° выше материнской. Такая ситуация опасна для жизни плода.

Риск инфицирования матери и ребёнка при родах в воде значительно выше, чем при обычных родах. За 3–4 ч в тёплой воде начинает активно размножаться кишечная палочка, поэтому необходимо часто менять воду.

При водных родах существует риск 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 последа, а лучше — в конце I периода родов.

Однако самым весомым аргументом против водных родов следует считать то, что при внезапно возникающих осложнениях, например кровотечении, пребывание роженицы в бассейне, не говоря уже о домашней ванне, как минимум опасно и для неё, и для плода. 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.

Публикации по вопросам родов в воде в научной периодике немногочисленны, нерепрезентативны, бездоказательны. Исключение — по-видимому, единственная работа на эту тему U. Auweiber и G. Eldering, представляющая собой сравнение 250 родов в воде и 250 обычных родов. При оценке показателей, характеризующих течение родов и их осложнения, достоверной разницы между группами авторы не установили. Другие опубликованные работы отражают

опыт родов в воде без какой-либо научной оценки материала. Однако именно потому, что интерес к водным родам скандально-сенсационно окрашен, а в дискуссии об их пользе и вреде вовлечены средства массовой информации, научное исследование этого варианта ведения родов должно быть методологически безупречным.

Пути преодоления

Человек — существо сухопутное. Среди млекопитающих рожают потомство в воде киты, дельфины, гиппопотамы — виды, обитающие исключительно или преимущественно в воде, а потому хорошо к ней адаптированные, чего нельзя сказать о человеке. С этой точки зрения роды в воде скорее следует назвать «нестественными». Мы не знаем примеров родов в воде в какой-либо современной этнической группе или в племенах, сохранивших реликтовые обычаи. Нет таких примеров и в биологии близких к человеку видов животных с ареалом обитания на суше.

Чтобы сделать эти заявления полностью убедительными, приведём доказательства физиологичности так называемых натуральных родов, их биологической запрограммированности.

Каждому телу, обладающему массой, присуще гравитационное поле или поле силы тяжести. Именно под воздействием силы тяжести уже на 4-й неделе жизни у эмбриона появляется билатеральная (двухсторонняя) симметрия. Попытка вырастить в невесомости эмбрион лягушки привела к его гибели. Это означает, что для развития биологических существ воздействие тяготения необходимо. Поэтому 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 нед 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. 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). К этим выводам можно прийти простыми логическими рассуждениями; всё это действительно подтверждено исследованиями. Однако те же научные исследования доказали, 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. Фоновой шум в матке составляет 80–95 Дб, к нему добавляются приглушенные внешние шумы, уровень их громкости составляет от 10 до 30 Дб. Такие акустические условия можно сравнить с пребыванием в цехе, где работает 10 отбойных молотков. Таким образом, родившийся младенец попадает не в грохочущий мир, а в оглушающую тишину, где проносятся лишь обрывки звуков. Эти выводы основаны на результатах многочисленных исследований звукового восприятия плода.

Обоняние плода тоже имеет свои особенности. Его окружают, сплошные 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, травматизм внешних запахов может заключаться только в их новизне, а не в силе. Кроме того, каждый водоём и любой сосуд имеют свои, порой весьма специфические запахи.

Важный аргумент в пользу родов в воде — снижение риска воздействия на плод наркотических анальгетиков, традиционно используемых для обезболивания родов. Это справедливо. Однако и это преимущество реализуется достаточно редко, поскольку многие женщины, рожаящие в воде, судя по публикациям, всё-таки получают медикаментозную поддержку, в том числе наркотические анальгетики.

Роды в воде запретить невозможно; при попытке это сделать они попадут в разряд акушерского андеграунда со всеми соблазнами «запретного плода». Роды в воде возможны при соматическом здоровье женщины, физиологическом течении беременности, в неосложнённой акушерской ситуации, в полностью оборудованном и обеспеченном стационаре, под присмотром хорошо подготовленных специалистов, готовых оказать всю необходимую медикаментозную и хирургическую помощь, если в родах возникнут экстремальные отклонения.

Иными словами, такие роды — далеко не для всех.

Вместе с тем роды в воде нецелесообразны. Такое заключение неизбежно следует за оценкой всех «за» и «против» родоразрешения в тёплой воде. Напомним, что в специализированных учреждениях, поддерживающих методику родов в воде и оказывающих роженицам соответствующую помощь, менее

30% женщин рожают непосредственно в воде. Большинство рожениц находится в ванне или бассейне лишь до начала периода изгнания. Для них преимущества родов в воде исчерпываются анальгетическим и седативным эффектом тёплых ванн (обычно в дополнение к медикаментозному обезболиванию) и, безусловно, положительным влиянием на родовый акт комфортной, индивидуально ориентированной обстановки.

Абсолютно противопоказаны роды в воде женщинам с несоответствием размеров головки плода и таза матери, с сахарным диабетом, гестозом, болезнями сердечно-сосудистой системы, предлежанием плаценты, при наркотической зависимости. Подальше от воды должны завершаться роды при дистонии шейки матки, риске гипоксии плода, при крупном плоде, у неуравновешенных в психоэмоциональном отношении женщин.

Роды в воде — вид акушерской помощи, при которой опасность неблагоприятного исхода может оказаться выше, чем риск осложнений для матери и плода при обычном ведении родов. Положительные стороны применения этого метода просто несопоставимы с теми отрицательными последствиями, которые они могут за собой повлечь (и часто влекут!).

Есть и другой чрезвычайно важный аспект проблемы. Как уже упоминалось раньше, «спрос» на роды в воде связан с надеждой женщины на особое к себе отношение в родах, внимание и поддержку медицинского персонала, родных и близких, в первую очередь мужа. Лишь во вторую очередь желающие рожать в воду упоминают о стремлении избежать родового боли, страхе перед предстоящими событиями.

Всё это не имеет никакого отношения к родам в воде и другим акушерским «новациям», зато самое прямое — к совершенствованию системы оказания помощи беременной, роженице и родильнице. Требуется повсеместно внедрить неформальную психопрофилактическую подготовку женщин к родам. Желательно как можно шире использовать физиотерапию, музыка- и цветотерапию. Приёмы и методики этих способов хорошо изучены и детально разработаны. Следует поощрять поиск и внедрение других способов положительного воздействия на психоэмоциональную сферу беременной и роженицы, повышение комфортности пребывания женщин в стационаре. Наконец, чрезвычайно важна работа по повышению квалификации, в том числе основам психологии, всех, кто работает с рожаящей женщиной — врачей, акушеров, медицинских сестёр, санитарок.

Формирование доверия к системе родовспоможения, освобождение женщин от обоснованных или необоснованных страхов — цели, далеко выходящие из руслу сугубо организационных мероприятий. Они включают в себя и внедрение стратегии риска, новых, научно обоснованных диагностических и лечебных акушерских и перинатальных технологий, и достойное содержа-

ние родильных домов. Следует как можно больше внимания уделять, не боимся этого слова, воспитанию медицинского персонала. Необходимы жёсткий отбор кадров на самых ранних этапах обучения в вузе, колледже, училище, постоянное совершенствование теоретической и практической подготовки специалистов.

Роды в воде — уходящая или во всяком случае преходящая мода, но никак не альтернатива классическому акушерству. Мы разделяем точку зрения президента немецкой Ассоциации перинатальной медицины J. Du Denhausen: «Люди — наземные млекопитающие; им предназначено природой рожать на суше».

Литература, главы VII—IX

- Абрамченко В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей. — СПб.: Специальная литература, 1999. — 668 с.
- Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей. — М.: МИА, 2004. — 400 с.
- Абрамченко В.В., Капленко О.В. Адренергические средства в акушерской практике. — СПб.: Петрополис, 2000. — 272 с.
- Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Эпидуральная анестезия в акушерстве. — СПб.: ЭЛБИ, 2006. — 230 с.
- Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. СПб., 2002. — 431 с.
- Апаньев В.А. Сравнительная оценка некоторых методов рассечения и восстановления промежности в родах. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — 25 с.
- Апаньев В.А. Кесарево сечение в снижении материнской и перинатальной патологии в современном акушерстве. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — 42 с.
- Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1989. — С. 13–42.
- Афанасьев А.А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. 22 с.
- Бабаев В.А. Управляемая эпидуральная блокада — метод регионарной анестезии в обезболивании родов у рожениц с высокой степенью риска // Регионарная анестезия и анальгезия: Респ. сб. научн. тр. — 1987. — С. 123–126.
- Баев О.Р., Хаттабе М.И. Совершенствование эхографической оценки факторов риска гнойно-септических осложнений после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 1994. — №5. — С. 14–18.
- Быковченко А.Н. Состояние защитно-приспособительных возможностей плода при аномалиях родовой деятельности и различных методах коррекции. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001. — 25 с.
- Введенский Д.В. Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1990. — 19 с.
- Габидуллина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 2004. — 37 с.
- Голота В.Я., Радзинский В.Е., Сонник Г.Т. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода. — Киев: Здоровье, 1985. — 118 с.
- Гуцин И.В., Меншизова З.Г., Онищенко С.А. и соавт. Роль эхографической оценки состояния зоны послеоперационного рубца в определении тактики родоразрешения у беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение. — IV Российский форум «Мать и Дитя». Тез. докл. — Москва, 2002. — С. 262–263.
- Златовратская Т.В. Современные подходы к абдоминальному родоразрешению в условиях многопрофильной больницы. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 2008. — 49 с.
- Игнатко И.В., Лишицкая Т.Е., Минкина Т.В. // Вопр. гин., акуш. и перинатол. — 2005. — Т. 4. — №2. — С. 50–55.
- Каган В.В. Роль ультразвуковой диагностики и прогнозирования исхода беременности и родов при тазовом предлежании плода. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Челябинск, 2002.
- Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. — Москва, 2008. — 24 с.
- Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 19 с.
- Комиссарова Л.М., Токова З.З., Мекша Ю.В. Абдоминальное родоразрешение первобеременных женщин // Акушерство и гинекология. — 2006. — №2. — С. 18–21.
- Краснопольский В.И., Логутова Л.С. // Акушерство и гинекология. — 2000. — №5. — С. 12–17.

- Краснопольский В.И., Логутова Л.С. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод родоразрешения // Акуш. и гин. — 2000. — №5. — С. 17–22.
- Краснопольский В.И., Радзинский В.Е. Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1997. — 285 с.
- Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. — М.: Триада-Х, 2004. — 320 с.
- Кулинич С.И., Крамарский В.А., Дудакова В.Н. и соавт. Роль гистероскопии в оценке заживления швов после операции кесарева сечения // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. — 2001–2002. — Т. 1. — №1. — С. 42–43.
- Курцер М.А., Бреслав И.Ю. Значение перевязки внутренних подвздошных артерий в лечении массивных акушерских кровотечений // Акушерство и гинекология. — 2008. — №6. — С. 18–23.
- Курцер М.А. Материалы VI Всероссийского науч. форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 112–113.
- Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути ее снижения. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2001. — 36 с.
- Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Ахведиани К.Н. Критерии диагностики состояния рубца на матке после кесарева сечения. — IV Российский форум «Мать и Дитя». — Тез. докл. — М., 2002. — С. 376–377.
- Макаров И.О. Функциональное состояние системы маточно-плацентарно-плод при гестозе. — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — 1998. — 18 с.
- Макаров О.В., Сметник В.П., Доброхотова Ю.Э. Синдром макстистерэтомии. — М., 2000. — 267 с.
- Марилова Н.А. Влияние повторных родов на состояние таза родового дня. — Автореф. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 20 с.
- Маркосьян С.А. Возрастные особенности регенерации кишечного анастомоза при ишемическом повреждении. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 1999. — 42 с.
- Мурадова З.Н. Прогнозирование и профилактика разрыва матки в Таджикистане. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: 2006. — 14 с.
- Оленев А.С. Баллонная тампонада матки как метод лечения гипотонических акушерских кровотечений. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 21 с.
- Некарев О.Г., Майбородин И.В., Поздняков И.М., Моторин И.П., Алькимович В.А. Прогноз и перспективы самопроизвольного родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 2007. — №3. — С. 33–37.
- Погорелова А.Б., Железнов Б.И. Оценка функциональной состоятельности матки у беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение: клинико-морфологические сопоставления // Акушерство и гинекология. — 1990. — №9. — С. 64–69.
- Погорелова А.Б., Кузин В.Ф. Прогнозирование функциональной несостоятельности матки и выбор метода родоразрешения у женщин после бывшей операции кесарево сечение // Вопросы охраны материнства и детства. — 1991. — №6. — С. 38–41.
- Подтетенов А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А. Регуляция родовой деятельности: Учеб.-метод. Пособие. — Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Изд-во РУДН, 2003. — 54 с.
- Радзинский В.Е., Дурандин Ю.М., Токтар Л.Р., Марилова Н.А. Родовые травмы промежности и их последствия у повторнородящих. — Вестн. РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». — 2003. — №1. — С. 20–24.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 12–17.
- Радзинский В.Е., Кузнецова О.А., Алеев И.А. и соавт. Спорные вопросы в акушерстве (обзор материалов по акушерству. The 7-th world congress on controversies in obstetrics, gynecology and infertility. Афины, Греция, 2005). // Акушерство и гинекология. — 2006. — №2. — С. 83–85.
- Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родоопоможения // Материалы VI Российского Форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 183–184.
- 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., Златовратская Т.В., Голикова Т.П. и соавт. «Аппаратные дети». Кто они? // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя», Москва, 12–15 октября 2006. — М.: МИК. — С. 592–593.
- Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Князев С.А. и соавт. Запланированное кесарево сечение при высоком перинатальном риске // Вестник Российского Университета дружбы народов. — М., 2007. — №5. — С. 59–65.
- Радзинский В.Е. Контравенсия в акушерстве и гинекологии (по материалам одноименного конгресса, 22–25 марта 2007 г.) // Акушерство и гинекология. — 2008. — №5. — С. 70–71.
- Репина М.А. Презэклампсия и материнская смертность. — Спб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. — 208 с.
- Руководство по безопасному материнству. — Под ред. академика РАМН Кулакова В.И. — М.: Триада-Х, 1998. — 530 с.
- Рымашевский А.Н., Радзинский В.Е., Красникова Н.А. и соавт. Хирургический компонент лечения акушерских и гипотонических кровотечений // Акушерство и гинекология. — 2008. — №3. — С. 25–30.
- Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и соавт. Кесарево сечение в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. — 2002. — №2. — С. 3–7.
- Савельева Г.М. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2003. — №2. — С. 62–65.
- Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. — М., 2003. — 704 с.
- Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. — М.: МЕДпресс, 2000. — 320 с.
- 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.
- Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Техника операции кесарева сечения // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. — 2004. — Т. 3. — №6. — С. 55–61.
- Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Тазовое предлежание плода — современный взгляд на старую проблему // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 17–24.
- Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2002. — Т. 1. — №2. — С. 40–46.
- Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. — М., 1997. — 304 с.
- Стрижова Н.В. Подгетнев А.Д. Аномалии родовой деятельности. Руководство для врачей. — М.: ООО «МИА», 2006. — 128 с.
- Сухих Г.Т., Адамьян Л.В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — 2007. — Т. 1. — С. 5–19.
- Титченко Л.Н., Белоусов М.А., Жиленко М.И. Оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения с помощью эхографии // Акушерство и гинекология. — 1990. — №11. — С. 69–70.
- Толочко Е.С., Солдатенкова Т.С., Шарф Д.Ш. и соавт. Материалы 7-го Российского форума «Мать и дитя». — М., 2005. — С. 258–259.
- Фаткуллин И.Ф. Организационные аспекты внедрения органосохраняющих технологий при акушерских кровотечениях // Акушерство и гинекология. — 2008. — №3. — С. 38–40.
- Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р., Федотов С.В. и соавт. Кесарево сечение при недоношенной беременности // Акушерство и гинекология. — 2009. — №3. — С. 46–48.
- Хаустова М.Ю. Обезболивание родов в регуляции родовой деятельности. Эффективность различных методов эпидуральной анальгезии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 23 с.
- Хаустова М.Ю. Обезболивание родов в регуляции родовой деятельности. Эффективность различных методов эпидуральной анальгезии. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 23 с.
- Черепнина А.Л., Панина О.Б., Олешкевич Л.Н. // Вopr. гин., акуш. и перинатол. — 2005. — Т. 4. — №1. — С. 15–19.
- Чернуха Е.А., Побединский Н.М., Ананьев В.А. и соавт. Психологические аспекты кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 2005. — №1. — С. 52–53.
- Шалаев О.Н. Некоторые прогностические критерии возможности самопроизвольных родов у женщин после кесарева сечения. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1994. — 26 с.
- Штекель В. Основы акушерства. В 2 томах. Москва—Ленинград, Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935.
- Шурятин И.А. Спинальная анестезия при кесаревом сечении. — СПб.: Диалект, 2004. — 192 с.
- Aikins M.P., Feinland J.B. Perineal outcomes in a home birth setting // Birth. — 1998. — Vol. 25. — N4. — P. 226–234.
- Albers L.L., Anderson D., Cragin L. et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. // J. Nurse Midwifery — 1996. — Vol. 41. — N4. — P. 269–276.
- Anthony S., Buitendijk S.E., Zondervan K.T. et al. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 1994. — Vol. 101. — N12. — P. 1064–1067.
- Bodner K., Bodner-Adler B., Wagenbichler P. et al. Perineal lacerations during spontaneous vaginal delivery // Wien Klin. Wochenschr. — 2001. — Vol. 113. — N19. — P. 743–746.
- Caird M.S., Reddy S., Ganley T.J. et al. Cervical spine fracture-dislocation birth injury: prevention, recognition, and implications for the orthopaedic surgeon // J. Pediatr Orthop. — 2005. — Vol. 25. — N4. — P. 484–590.
- Chou Y.C., Yu K.J. Entrapped vaginal pessary presented with frequency and urge incontinenc. // Chin. Med. Assoc. — 2003. — Vol. 66. — N3. — P. 181–183.
- Churchill H. Caesarean Birth: Experience Practice and History Hale. — Cheshire, 1997.
- Clark V.A., Sharwood-Smith G.H., Stewart A.V. Ephedrine requirements are reduced during spinal anaesthesia for caesarean section in preeclampsia // Int. J. Obstet. Anesth. — 2005. — N14(1). — P. 9–13.
- Cotter A., Ness A., Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. — Issue 9. — 2006.
- Dakar Med. — 2001. — Vol. 46. — N1. — P. 36–44.
- DeLeeuw J.W., Struijk P.C., Vierhout M.E. et al. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery // BJOG — 2001. — Vol. 108. — N4. — P. 383–387.
- Dickson M.J., Willet M. Br. Med. J. — 1999. — Vol. 319. — P. 1008.
- Dimitrov A., Nikolov A., Nalbanski B. et al. The results of the limited use of episiotomy in managing the second stage of labor // Akush. Ginekol. (Sofia). — 1997. — Vol. 36. — №1. — P. 3–4.
- Eason E., Feldma P. Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 95. — N4. — P. 616–618.
- East C.E., Colditz P.B., Begg L.M. et al. Update on intrapartum fetal pulse oximetry // Aust. N. Z. J. Obstet Gynaecol. — 2002. — N42(2). — P. 119–124.
- 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. — 4.
- Garen I.F., Morgenstern H., Greenland S., Gifford D.S. Explaining the association of maternal age with Cesarean delivery for nulliparous and parous women // J Clin Epidemiol. — 2003. — Vol. 56. — N11. — P. 1100–1110.
- Garry R. Uterin Distention Methods and Fluid Management in operativ hysterocopy. — Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994. — 314 p.
- Gould J.B., Danielsen B., Korst L.M. et al. Cesarean delivery rates and neonatal morbidity in a low-risk population // Obstet Gynecol. — 2004. — Vol. 104. — N1. — P. 11–20.

- Graziosi G.C.M., Bakver C.M., Brouwers K.A. et al. // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* — 1998. — Vol. 142. — P. 2300–2303.
- Grundy L. The role of the midwife in perineal wound care following childbirth // *Brit. J. Nurs.* — 1997. — Vol. 6. — N10. — P. 584–588.
- Guise J.-M., McDonagh M.S., Osterweil P. et al. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section // *Oregon Health & Science University.* — *BMJ.* — 2004. — N329:19.
- Gulmezoglu A.M., Forna F., Villar J. et al. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* — 2007. — 3.
- Gurel H., Gurel S.A. Pelvic relaxation and associated risk factors: the results of logistic regression analysis // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 1999. — Vol. 78. — N4. — P. 290–293.
- Haas D.M., Morgan Al Darei S., Contreras K. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* — 2010. — Issue 3. — Art. No.: CD007892. DOI: 10.1002/14651958.CD007892.pub2.
- 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. — N45(1). — P. 93–95.
- Heffner L.J., Elkin E., Fretts R.C. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates // *Obstet. Gynecol.* — 2003. — Vol. 102. — N2. — P. 287–380.
- Jander C., Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2001. — Vol. 80. — N3. — P. 229–234.
- Keriakos R., Mukhopadhyay A. The use of the Rusch balloon for management of severe postpartum haemorrhage // *J. Obstet. Gynaecol.* — 2006. — N26(4). — P. 335–338.
- 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. — N2. — P. 195–199.
- Langenbach C. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* — 2006. — N9. — P. 10–18.
- Lavin J., Smith A.R. Pelvic floor damage // *Mod. Midwife* — 1996. — Vol. 6. — N5. — P. 14–16.
- Lede R.L., Belizan J.M., Carroll G. Is routine use of episiotomy justified? // *Amer. J. Obstet. Gynaec.* — 1996. — Vol. 174. — N5. — P. 1399–1402.
- Lieberman E., O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2002. — N186(5 Suppl Nature). — S31–68.
- Liu Y.J., Qu Y., Zhang X.S., Liu J. Effect of different analgesia on pain relief during labor *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* — 2005. — N40(6). — P. 372–375.
- Livingston J.C., Livingston L.W., Ramsey R. et al. Magnesium sulfate in women with mild preeclampsia: a randomized controlled trial // *Obstet Gynecol.* — 2003. — N101(2). — P. 217–220.
- Lopez N., Nougara A., Garner P. Episiotomy in Burkina Faso // *Trop. Doct.* — 1998. — Vol. 28. — N2. — P. 83–85.
- MacLennan A.H., Taylor A.W., Wilson D.H., Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery // *BJOG.* — 2000. — Vol. 107. — N12. — P. 1460–1470.
- Magann E.F. et al. USA/Australia // *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* — 2006. — N46. — P. 549–551.
- Managing complications in pregnancy and childbirth. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Mazurkewich E.L., Hutton E.K. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 183. — P.1187–1197.
- McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment // *J. Midwifery Womens Health.* — 2001. — Vol. 46. — N6. — P. 396–401.
- McDonald S., Abbott J.M., Higgins S.P. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* — 2004. — 1.
- 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. — N2. — P. 305–325.
- Natale R., Dodman N. Birth can be a hazardous journey: electronic fetal monitoring does not help // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* — 2003. — Vol. 25. — N12. — P. 1007–1009.
- 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. — N1. — P. 13–16.
- Parer J.T. *Handbook of fetal heart rate monitoring.* // W. Saunders, 1997. — P. 142–144.
- Peleg D., Kennedy C.M., Merrill D. et al. Risk of repetition of a severe perineal laceration // *Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 93. — N6. — P. 1021–1024.
- Prendiville W.J., Elbourne D., McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* — Issue 9. — 2006.
- Renfrew M.J., Hannah W., Albers L. et al. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature // *Birth.* — 1998. — Vol. 25. — N3. — P. 143–160.
- Rizk D.E., Thomas L. Relationship between the length of the perineum and position of the anus and vaginal delivery in primigravidae. *Int. Urogynecol.* // *J. Pelvic Floor Dysfunct.* — 2000. — Vol. 11. — N2. — P. 79–83.
- Robson M.S. Can we reduce the caesarean section rate? // *Best Practice a Research Clin. Obstet. Gynecol.* — 2001. — N151. — P. 234.
- Rockner G., Fianu-Jonasson A. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden // *Brit. J. Obstet. Gynaec.* — 1999. — Vol. 106. — N2. — P. 95–101.
- Samuelsson E., Ladfors L., Lindblom E.G. et al. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2002. — Vol. 81. — N1. — P. 44–49.
- Saunders D.L., Makutu S.L. Caesarean section deliveries in Fiji, 1986 to 1996 // *Pac. Health Dialog.* — 2001. — Vol. 8. — N1. — P. 71–77.

- Scherf C., Morison L., Fiander A. et al. Epidemiology of pelvic organ prolapse in rural Gambia, West Africa. // BJOG. — 2002. — Vol. 109. — N4. — P. 431–436.
- Scott J.R. Avoiding labor problems during vaginal birth after cesarean delivery // Clin. Obstet. Gynecol. — 1997. — N4. — P. 533–541.
- Seman E.L., Cook J.R., O'Shea R.T. Two-year experience with laparoscopic pelvic floor repair // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2003. — Vol. 10. — N1. — P. 38–45.
- Shihadeh A.S., Nawafleh A.N. Third degree tears and episiotomy // Saudi Med. J. — 2001. — Vol. 22. — N3. — P. 272–275.
- Shorten A., Shorten B. Women's choice? The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australian hospitals // Midwifery. — 2000. — Vol. 16. — N3. — P. 204–212.
- Signorello L.B., Harlow B.L., Chekos A.K. et al. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study // BMJ-2000. — Vol. 320. — N7227. — P. 86–90.
- Spaans W.A., Sluijs M.B., van Roosmalen J. et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2002. — Vol. 100. — P. 163–166.
- Stabbs T.M. Oxytocin for labor induction // Clin Obstet Gynecol. — 2000. — Vol. 43. — N3. — P. 489–494.
- Sze E.H., Sherard G.B., Dolezal J.M. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse // Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 100. — N5. — Pt 1. — P. 981–986.
- Tamizian O., Arulkumaran S. 2nd World Congress on Controversies in Obstetrics and Gynecology and Infertility. — Paris, 2001. — P. 339–342.
- Troiano L., Pregazzi R., Bortoli P. et al. Post-partum urogenital and perineal prolapse // Minerva Ginecol. — 2000. — Vol. 52. — N7–8. — P. 299–305.
- Turner M.J., Brassil M., Gordon H. Activ management of labour associated with a decrease in the cesarean section rate in nulliparas // Obstet. Gynecol. — 1997. — N77. — P. 150–154.
- Vendittelli F., Tabaste J.L., Janky E. Antepartum perineal massage: review of randomized trials // J. Gynaec. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). — 2001. — Vol. 30. — N6. — P. 565–571.
- Visco P., Tocca A., Russo P.L. Episiotomy: clinical, technical and psychological aspects // Minerva Gynaec. — 1996. — Vol. 48. — N1–2. — P. 39–43.
- Webb D.A., Culhane J. Hospital variation in episiotomy use and the risk of perineal trauma during childbirth // Birth. — 2002. — Vol. 29. — N2. — P. 132–136.
- Weeks J.D., Kozak L.J. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980–1998 // Birth. — 2001. — Vol. 28. — N3. — P. 152–160.
- 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. — N4. — P. 422–427.
- Wing D.A., Paul R.H. Vaginal birth after cesarean section: selection and management // Clin Obstet Gynecol. — 1999. — N42(4). — P. 836–848.
- Wood J., Amos L., Rieger N. Third degree anal sphincter tears: risk factors and outcome // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. — 1998. — Vol. 38. — N4. — P. 414–417.
- Wright J., McCormack B. Practice development: individualized care // Nurs Stand. — 2001. — Vol. 15. — N36. — P. 37–79.

ГЛАВА X

Вынужденная агрессия



Аборты

Апофеоз агрессии — искусственные аборты.

И.Н. Костин

Понятие репродуктивного здоровья сформировалось в 80-е годы прошлого века, и это одна из приоритетных проблем современного акушерства. И 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. Но атомная бомба была применена только 2 раза, зато каждые 2 сек в мире выполняют три аборта! 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 делают аборт, 78% из них живут в развивающихся странах. Аборты проводят во всём мире, причём там, где они запрещены, число их не меньше, чем в прочих. В России аборт — не только отражение сложившегося репродуктивного поведения в стране, но и национальная трагедия.

Информация о легальности искусственного аборта в мире представлена на рис. 10-1.

Немаловажный аспект планирования семьи — отношение 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 абортов, хотели принять указ о смертной казни для тех, кому делают аборт, а также для производящего аборт. В декабре 1997 года Польский парламент в очередной раз рассматривал закон о строгом запрещении абортов, однако Конституционный трибунал отклонил инициативу. В США помимо борьбы за запрещение абортов пытаются ограничивать распространение контрацепции и других репродуктивных технологий, аргументируя это религиозными воззрениями.

Репродуктивное поведение и общественные институты

В основных религиях мира до- и внебрачная сексуальная жизнь осуждается; отношение к контрацепции и абортам неоднозначно. Ислам разрешает



Рис. 10-1. Легальность абортов в мире.

использование прерванного полового акта, контрацептивов, аборты в интересах женщины, но не инсеминацию спермой донора. Отношение иудаизма, православной и католической церковью к контрацептивам и абортам отрицательное, поскольку беременность — Божий дар, 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 может обернуться 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 абортов.

Как и показатели материнской и младенческой смертности, уровень абортов определяет цивилизованность страны, это один из главных параметров оценки. В отличие от других показателей число абортов зависит от желания самой женщины. А желание прервать или сохранить беременность зависит от того, насколько комфортно материнство в стране. По данным Г.М. Бурдули и О.Г. Фроловой (2008), репродуктивное поведение женщины определяют социально-экономические (33%), медико-организационные (32%), социально-когнитивные (22%), медико-биологические (10%) и семейные факторы (5%). Примечательно, что **на репродуктивный выбор женщины в основном влияют факторы, находящиеся в компетенции государства.**

Парадокс — демографический кризис в России, судя по стабильному уменьшению доли подростков в населении РФ, уже подошёл к так называемой **точке невозврата**, когда любые мероприятия по повышению рождаемости теряют смысл. Однако каких-либо радикальных мер для увеличения рождаемости

населению предложено не было. Политическое решение о «материнском капитале» радикального изменения репродуктивного поведения у большей части заинтересованных не вызвало. Жаль, что на средства, вкладываемые в этот проект, не строятся ясли, детские сады, хорошие школы и другие объекты, повышающие **комфортность материнства**.

Сегодняшняя сумма родового капитала, не компенсируемая индексацией постоянной инфляции, пострадавшая из-за мирового кризиса, затянутая в структуры разрешённых трат, — 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 московской средней школы был проведён социологический опрос. Оказывается, 96% девушек-подростков считают, что нормальная семья должна иметь двоих детей и больше, но у вступающих в брак отсутствуют материально-бытовые условия для рождения и воспитания детей: «душит» квартирный вопрос, детские товары дороги, 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 1,5 млн искусственных прерываний беременности! (Данные ВОЗ по России за 2008 год несколько иные — было сделано 3,5 млн аборт.)

В России каждую минуту аборт прекращаются две беременности. За это же время рождается три ребёнка. Чудовищный итог: **государство финансирует ОМС, благодаря которому на три новые жизни приходится две искусственно прерванных**.

Число аборт как показатель развития общества

В борьбе с искусственным прерыванием беременности достигнуты настоящие значительные результаты, и на одни роды приходится менее одного аборта (100:100 в 2005 году и 100:67 в 2007 году), а в недавнем прошлом соотношение выглядело как 2,3:1–2,4:1. Однако ежегодное количество аборт в Российской Федерации в 3 раза превышает таковое во всех европейских странах, вместе взятых. В Швеции на 100 родов приходится 40 аборт, в Великобритании — 30, в Италии — 20, в Испании — 10, а в Нидерландах — 5 (рис. 10-2)!

Показатель относительного числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста выдвигает Россию на **печальное третье место** после Румынии и Греции (рис. 10-3). Однако при количественном подсчёте мы, увы, лидируем.

К сожалению, Россия не только лидирует по количеству аборт, но и медленнее других от них отказывается. В 2009 году было выполнено 1 161 690 аборт, что на 23% меньше, чем в 2005 году (1 501 594). Судя по статистическим данным, из 1000 женщин фертильного возраста в 2009 году прервали беременность 30,5 (рис. 10-4).

Увы! Статистика весьма условна. В данном случае не потому, что её пытаются исказить государственные органы. Всё проще: коммерческие структуры, проводящие аборты, стараясь приуменьшить налогооблагаемую базу, занижают в отчётах количество аборт — и хирургических, и особенно медикаментозных. Иначе чем объяснить то, что закупается абортивных препаратов почти на 500 тыс. медикаментозных аборт, а в отчётах фигурируют лишь несколько тысяч? Или вот регионализация отчётов: если в регионе не было и нет частных медицинских структур, то и суммарное число аборт почти стабильно

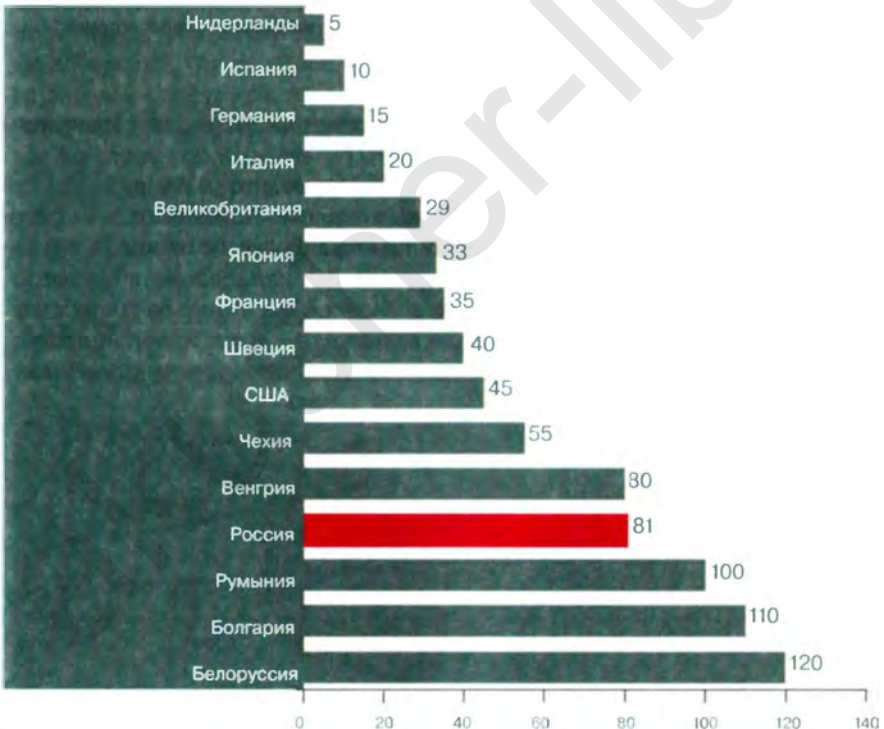


Рис. 10-2. Число аборт на 100 родов в разных странах мира. Данные за 1994–2007 годы.



Рис. 10-3. Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста в разных странах.

снижается на 4–5% в год (правда!), а при наличии коммерческой медицины снизилось в разы (неправда!).

Данные социологического опроса свидетельствуют, что 50% беременностей в России — незапланированные, 25% — нежелательные. Удручает то, что к аборту чаще остальных стали прибегать женщины в наиболее активном репродук-



Рис. 10-4. Динамика снижения количества абортов в Российской Федерации. Слишком медленно!

тивном периоде (20–34 года — 70%). В «сознательном» возрасте обращение к этой «процедуре» происходит гораздо реже (35 лет и более — 19%, рис. 10-5).

Статистика последних лет свидетельствует, что аборт в России становится выбором для прерывания беременности и у юных женщин: в 2007 году это каждый десятый аборт, в 2009 году — 7,8%.

В 2009 году подросткам до 14 лет было выполнено 678 искусственных абортов, в возрасте 15–19 лет — 89 353. Если дополнить эту страшную статистику выкладками из среднестатистической биографии современного подростка (рис. 10-6), к окончанию школы имеющего практически «букет» соматических заболеваний, то раннее начало половой жизни, пренебрежение азами современной контрацепции, негативные репродуктивные установки, отсутствие реабилитации после проведённого первого аборта делают ожидания каких-либо изменений в демографической сфере совершенно напрасными.

Надо сказать, что в отношении родов у юных женщин действительно наметились некоторые позитивные тенденции: в сравнении с 2003 годом их стало меньше на треть у подростков 14 лет (на 34,3%) и на 27,5% — среди 15–19-летних. Однако соотношение «роды–аборты» (в средней возрастной группе выглядит как 1:1) у девушек достигает 1:5. Сказывается необъяснимое отторжение молодыми эффективных средств контрацепции — оральных контрацептивов, презервативов (актуальны из-за эпидемического распространения инфекций, передаваемых половым путём) 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 абортов при первой беременности сокращается слишком медленно. А ведь такой факт в репродуктивном анамнезе женщины сказывается на её здоровье всю жизнь.



Рис. 10-5. Возраст респондентов, прервавших беременность путём аборта (Российская Федерация, 2007).

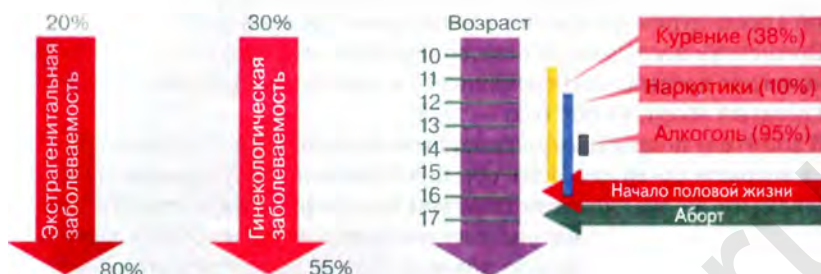


Рис. 10-6. Вехи биографии среднестатистического подростка.

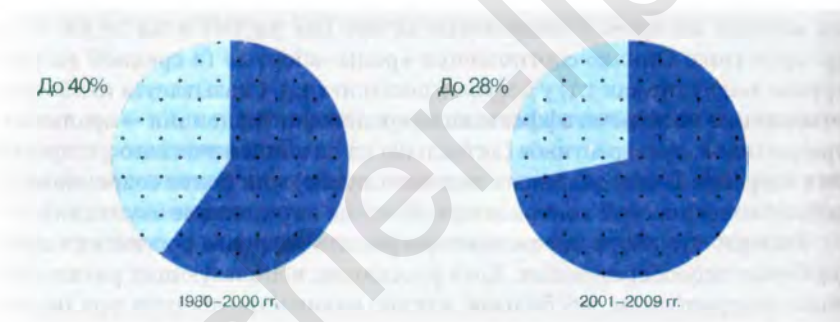


Рис. 10-7. Доля абортс у первобеременных в России.

По официальной статистике, в 2009 году абортс при первой беременности составляли 10,2% (каждый десятый). 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 (рис. 10-7).

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: 13% всех материнских смер-

тей обусловлено осложнениями небезопасного аборта. По этой причине в мире не только умирают около 70 тыс. женщин ежегодно, но и десятки тысяч остаются больными, в том числе бесплодными. В среднем по России аборты приводят почти к трети всех материнских потерь. В отдельных регионах этот показатель достигает 50–60%!

Согласно статистике материнская смертность после неудачных попыток прерывания беременности сократилась со 148 случаев в 2001 году до 51 в 2009-м. Однако в 2009 году по сравнению с 2007 годом доля летальных исходов после искусственных абортов увеличилась почти на треть (27,4%). Число женщин, умерших при искусственном прерывании беременности до 28 нед в период 2005–2007 годов, уменьшилось (101 → 76 → 73), но с 2007 года отмечается рост (73 → 75 → 93 в 2009 году).

В 2007 году в структуре материнской смертности на долю осложнений абортов по медицинским показаниям пришлось 37%, криминальных и неуточнённых абортов — 43,8% (рис. 10-8).

В РФ за 2009 год причиной материнской смертности аборты были в 20,3% случаев. Материнская смертность от послеабортного сепсиса оказалась выше, чем от сепсиса послеродового (4,6 и 3,1% соответственно).

По официальным данным, в РФ из 150 000 подростков, ежегодно прерывающих беременность, 10 умирают. Вспомним о демографическом неблагополучии в России, о катастрофических темпах снижения численности детей и под-

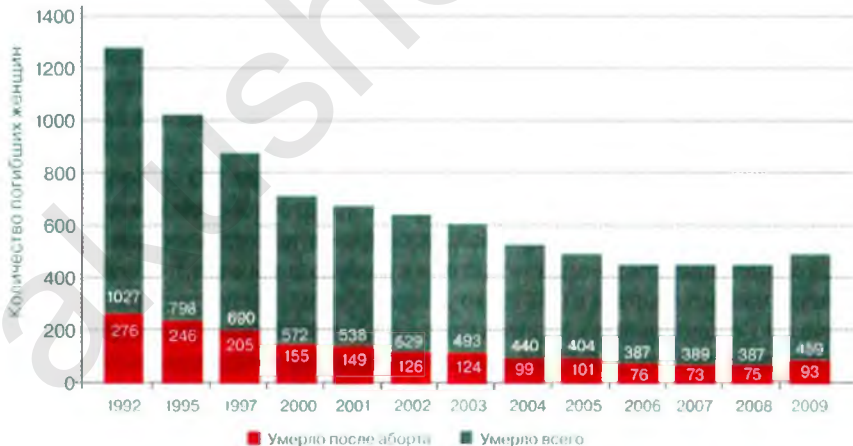


Рис. 10-8. Вклад послеабортных осложнений в материнскую смертность (по данным Минздравсоцразвития Российской Федерации).

ростков (с 25% в 1997 году до 18,4% в 2007-м). Становится очевидно, что в условиях «абортной агрессии» в её нынешнем виде депопуляция страны неизбежна.

Данные специальной 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 пятым пунктом — **ятрогенными последствиями аборта**. Это дефекты качества оказания медицинской помощи, 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.

Легализация абортов

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 для 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. Описанная удручающая ситуация отражается на репродуктивном потенциале всей нации.

Согласно данным, содержащимся в отчёте экспертов ВОЗ (1994), решение демографических проблем путём запрета абортов оборачивается ростом смертности от нелегального прерывания беременности более чем в 5 раз.

Кардинальное изменение статистики криминальных абортов наблюдалось при легализации абортов в СССР в 1955 году. Уже на следующий год снизилось количество «подпольных» абортов (на 29,6%), случаев материнской смертности от всех абортов (на 37,8%). Вот насколько давно очевидна взаимосвязь между летальностью после аборта и «законностью» его выполнения. Уже тогда было заявлено, что для снижения количества абортов запланированы государственные меры по поощрению материнства, воспитательные и разъяснительные работы (тогда речь не шла о гормональной контрацепции; метод предложили лишь в 1960 году).

Вот, например, иллюстрация взаимосвязи между законодательными актами и реакцией общества. В 2002 году было принято непродуманное решение об отмене большего числа (9 из 13) социальных показаний для прерывания беременности в поздние сроки. После этого количество криминальных абортотворцев возросло сразу на 30%, и не все они закончились благополучно.

Аргументы тех, кто требует запретить абортотворцев, основаны на депопуляции, преобладании смертности над рождаемостью и т.п. Однако запрещать абортотворцев, не предложив ничего взамен, — бессмысленно. Там, где абортотворцев узаконены, безопасны и доступны, реже происходят осложнения после данной операции. В странах, где проведение абортотворцев ограничено, некачественно или вообще запрещено, женщины часто прибегают к небезопасным методам прерывания беременности. Заканчивается это осложнениями, длительно протекающими заболеваниями или материнской смертностью.

Более того, рождаемость от запрета на абортотворцев не увеличится, эта мера лишь стимулирует активность «чёрных» абортотворцев. Яркий пример — «абортотворческий туризм» в Польше. Абортотворцев в этой стране запрещены, но рождаемость уступает даже российским показателям.

Отдадим должное мудрости и профессионализму отечественных врачей-гинекологов. После упомянутого ограничения 2002 года наши коллеги не позволили нежеланным беременностям «уйти» в криминальные абортотворцев, увеличив число прерываний «по медицинским показаниям» (рис. 10-9). Среди показаний к абортотворцам разошлись тенденции: если в 2002 году доли абортотворцев по медицинским и социальным показаниям были практически равны (2,31 и 2,25% соответственно), то в 2003 году эти цифры выглядели по-другому (2,62 и 1,83%). Разрыв в показателях достиг максимума в 2006 году (4,16 и 0,14%).

Так и получилось, что всплеск криминальных абортотворцев в 2003 году, спровоцированный необдуманно ограничением (0,14% к общему числу абортотворцев — 2395), сменился устойчивой тенденцией к снижению в течение 4 лет в пределах 0,09–0,1 (2009 год; рис. 10-10). Уже в 2004 году были зафиксированы минимальные показатели по числу криминальных абортотворцев в России (1476). В 2005 году число криминальных абортотворцев составило 1477 (0,1% от общего числа), в 2009 году — 1132.

Аборт и его осложнения

Согласно определению ВОЗ, «небезопасный» аборт — выполнение аборта или лечение его осложнений неквалифицированным лицом. Осложнения после аборта — основная причина смерти женщин в возрасте воспроизводства или тяжёлых нарушений их репродуктивного здоровья.

Легкомысленное отношение к абортотворцам, а особенно к его осложнениям, повышает материнскую смертность от послеабортотворческого сепсиса, составляющую 70%.



Рис. 10-9. Изменения в показаниях для выполнения аборт, их зависимость от легальности вмешательства на примере Российской Федерации (1994–2005 годы), % от общего числа аборт.

При детальном анализе становится ясно, что $\frac{2}{3}$ женщин из этого списка погибают от эндометрита, ранее недиагностированного и нелеченного. 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 к выполнившему вмешательство, но полноценного лечения не получили. Если терапию и назначают, 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, $\frac{3}{4}$ женщин, погибших впоследствии

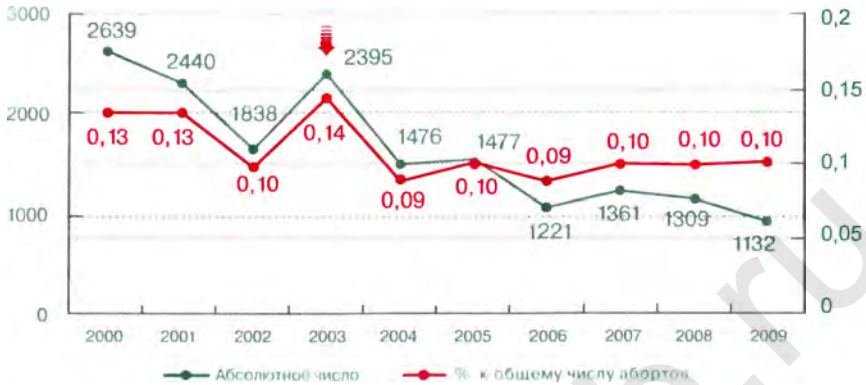


Рис. 10-10. Влияние необдуманных законодательных инициатив в социальной сфере на показатель криминальных абортов в Российской Федерации.

от сепсиса, всё-таки лечились по правильной схеме, но 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 растрочены: 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 микрофлоры. 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 необходимо восстановление нормальной микроэкологии влагалища (см. главу V, раздел «Биоценоз»). Что касается новых препаратов, то предпочтение следует отдавать тем из них, которые эффективны против всех вероятных возбудителей инфекционных осложнений: против аэробов, анаэробов, трихомонад и дрожжеподобных грибов. Наиболее универсален комбинированный препарат «Сафоцид», который содержит азитромицин (антибиотик широкого спектра действия), секнидазол (активен в отношении анаэробных бактерий и возбудителей протозойных инфекций, в первую очередь трихомонад) и флуконазол (антимикотик).

В исследовании Л.И. Мальцевой (2010) доказано снижение числа послеабортных инфекционно-воспалительных заболеваний при назначении «Сафо-

цида» однократно (за сутки до аборта) пациенткам из группы низкого риска и дважды (за сутки до аборта и через 5–6 дней после вмешательства) женщинам из группы высокого риска.

Среди препаратов для местного применения в программах периабортной санации хорошо зарекомендовали себя также такие универсальные антисептики, как хлоргексидин («Гексикон») и деквалиния хлорид («Флуомизин»).

При кровотечениях после абортa возможны следующие погрешности в оказании медицинской помощи: недооценка величины и несвоевременное восполнение кровопотери, неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия, запаздывание оперативного вмешательства. Часты ятрогенные осложнения, связанные с анестезией (передозировка препаратов и др.), сосудистой эмболией, аллергической реакцией, повреждением органов, гемотрансфузией.

Как ни прискорбно, но гибель женщин от септических осложнений, кровотечений и травматических повреждений органов малого таза после криминального абортa в первую очередь вызвана поздним обращением за медицинской помощью. А ведь искусственный аборт, даже сделанный по всем правилам, — весьма небезопасная операция: осложнения после абортa развиваются у каждой третьей женщины.

Ни строгие показания, ни регламентация условий выполнения абортa не помогли снизить частоту осложнений. Ранние, отсроченные, отдалённые осложнения после абортa встречаются в 16–52% случаев. Поздние осложнения, преимущественно более тяжёлые, составляют 10–35%, а ранние — 5–18%. Кровотечения встречаются в 1,5% случаев, повреждения шейки матки — в 0,3–2,2%.

К числу наиболее серьёзных ятрогенных осложнений, возникающих при хирургическом прерывании беременности на ранних сроках, относится **перфорация матки** с возможным повреждением соседних органов и сосудов (0,3–4,8%). Риск перфорации возрастает в 3 раза при абортe у нерожавших женщин и в 1,4 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 вдвое превышает таковую после вакуум-аспирации (Хабаров С.В., 2002). Так, кровотечение при вакуум-аспирации отмечается в 1,5% случаев, при кюретаже — в 3,5%; гематометра — 0,3 и 0,9% соответственно; неполное удаление продуктов зачатия — 1,4 и 3,5%; метроэндометрит — 3,6 и 5,1%; сальпингофорит — 2,5 и 3,2%. Повторные вмешательства потребовались в 1,7 и 4,4% случаев соответственно.

Вместе с тем анонимные опросы гинекологов различных лечебных учреждений показывают, что даже после вакуум-аспирации всем абортируемым проводится **контрольный кюретаж**. Более того, почти 70% вакуум-аспираций, выполняемых для коррекции менструального цикла («мини-аборт»),

также завершаются «**проверкой**» **маточных углов кюреткой**. Половина врачей 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.

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 абортom, составляет почти 60%.

После аборта нередко формируется **истмико-цервикальная недостаточность**, развивается эндометрит (продуктивный и/или аутоиммунный). Следствием таких осложнений могут быть не только infertility, но и разнообразные заболевания матки и других органов репродуктивной системы (хронические воспалительные заболевания половых органов, эндокринные нарушения, эндометриоз).

Учащение **неразвивающихся беременностей** в минувшие 5 лет также связано с последствиями хирургического аборта; это удручающее свидетельство снижения репродуктивного потенциала страны. Продуктивный эндометрит обнаруживают у 64% женщин с привычным невынашиванием и у 25% пациенток, пришедших на искусственное прерывание беременности (рис. 10-11). Ситуация парадоксальна. С одной стороны, это репродуктивно полноценные женщины: они забеременели и носят беременность. Если бы плод вынашивался и дальше в воспалённом эндометрии, беременность весьма часто заканчивалась бы выкидышем, замерла бы либо ребёнок оказался инфицирован внутриутробно.



Рис. 10-11. Хирургический аборт — первопричина репродуктивного нездоровья, финансируемая системой обязательного медицинского страхования.

И снова цифры

Спустя 6 мес от начала половой жизни 28–46% молодых женщин прерывают беременность методом хирургического аборта. Вот с чем связана тенденция к росту числа бесплодных браков, осложнений беременности вследствие неполноценной инвазии бластоцисты в повреждённый эндометрий.

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). В 3,7 раза возрастает риск **хронической фетоплацентарной недостаточности**. А что стоит за этим? Уменьшение маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения, снижение артериального кровоснабжения плаценты и плода, ограничение газообмена в фетоплацентарном 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 приводят к снижению компенсаторно-приспособительных реакций и оказывают иммунодепрессивное воздействие не только на плод, но и на **постнатальное** развитие ребёнка (Оразмурадов А.А., 1999). Осложнённое течение беременности и родов, спровоцированное абортom (или абортами), особенно длительная угроза прерывания или сочетание с гестозом и анемией в 2,2 раза повышает количество часто и длительно болеющих младенцев.

Таковы последствия. Однако, хотя мы и «боремся» с абортami, утверждая, что «...аборт страшен, аборт вреден, аборт приводит к нежелательным последствиям», в системе **обязательного медицинского страхования хирургический аборт царит как единственное бесплатное средство регулирования рождаемости**. Зная о тяжелейших осложнениях, резонно спросить: почему государство продолжает спонсировать эту крайне жестокую акцию, разрушающую репродуктивное здоровье российских женщин?

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»,



а женщин, пользующихся современными средствами контрацепции, всего 17% (в цивилизованных странах — 80%).

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) программы по развитию контрацепции не развивались. 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 годы). На Западе в это время развернулась борьба за рынки сбыта, острая конкуренция фармацевтических компаний, что свидетельствовало о востребованности и приемлемости этих средств.

Появление современных противозачаточных средств произошло в 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. Достойно сожаления, что закрытие проекта «Планирование семьи» произошло не без участия Государственной думы, поддержавшей отмену финансирования. И вот результат — тема сексуального просвещения подростков открыта, национальная проблема абортот не решается.

Результаты собственных наблюдений (Оразмурадова Л.Д., 2007) показали, что в анамнезе женщин с искусственным прерыванием первой беременности не было рациональной контрацепции (наиболее часто используемый метод — прерванный половой акт: 76,7%). 60% пациенток из числа опрошенных не предохранялись вовсе, а 58,8% женщин указывали на желанность (!) данной беременности. Оральные контрацептивы применялись ранее 15,5% пациентками, средняя длительность приёма — $2,6 \pm 1,8$ мес. Отказ от данного метода различался по мотивации: боязнь ожирения и избыточного роста волос — 38,9%, нежелание получать «гормональные препараты» — 38,9%, запрет врачом (!), в частности маммологом — 22,2%.

Данный анализ соответствует в целом общероссийским тенденциям. В отличие от западных респонденток в России в 2007 году только 27,7% женщин фертильного возраста использовали современные методы контрацепции, в том числе 14,3% — внутриматочные контрацептивы и 13,4% — гормональные. К со-

жалению, это не может эффективно снизить число искусственных прерываний беременности.

Из мировой практики известно, что женщина с большей вероятностью будет использовать метод контрацепции, предложенный непосредственно в лечебном учреждении и не требующий дополнительных визитов к специалисту для его назначения. Существующая система здравоохранения в вопросе медицинской помощи после аборта не отвечает стандартам качества для этой целевой группы. Консультирование об использовании контрацепции после первого аборта проводится только с 47% женщин.

Несмотря на все усилия, 70% женщин, проконсультированных при выписке после первых родов весьма грамотным, обученным по программе ВОЗ специалистом, в анонимном опросе 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 родственников. 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 нежелательной беременности у России «особый путь», приведём неожиданные результаты собственного эксперимента.

После искусственного прерывания первой беременности 70 женщин бесплатно получили по упаковке оральных контрацептивов на месяц¹. За второй упаковкой пришли 17, а за третьей — лишь восемь женщин (рис. 10-12). С позиций здравого смысла необъяснимо, почему они отказываются даже от бесплатных, безвредных, современных контрацептивов, а при нежеланной беременности лучше пойдут на аборт?

Согласно анализу 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, причём ситуация такова не только среди подростков. Решение коллегии МЗ РФ (2002) предусматривает проведение **информационных и образовательных мероприятий, особенно среди подростков и молодёжи**. Цели — формирование у подростков и молодёжи ответственного отношения к здоровью, пропаганда разумного репродуктивного поведения, снижение частоты искусственных прерываний беременности. Однако реализовать всё это до сих пор не удалось: в России нет единой концепции, касающей-

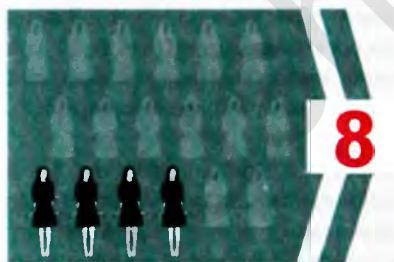
¹ Это был «Регулон», любезно предоставленный компанией «Гедеон Рихтер».



1-я упаковка



2-я упаковка



3-я упаковка

Бесплатные КОК («Регулон»)

Рис. 10-12. Обращаемость за бесплатными контрацептивами в ходе эксперимента. Мотивация репродуктивного поведения всё так же загадочна.

ся просвещения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья подростков.

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 вспомогательные репродуктивные технологии (например, 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.

Медикаментозный аборт

Альтернативой хирургическому аборту, опасному даже в случае вакуум-эксхолеации плодного яйца, можно считать медикаментозный (по этому пути пошли в Китае и во всех развитых странах).

История медикаментозного способа прерывания беременности началась ещё 40 лет назад. ВОЗ в 1970 году огласила концепцию «менструального» аборта как наиболее перспективного на ближайшие 100 лет (!). Первоначально подразумевалось, что при наступлении нежелательной 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. Мизопропростол 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.

Препарат RU-486 в настоящее время производят в разных странах под различными названиями: «Мифепристон», «Мифегин», «Миропристон», «Пенкрофтон». Для монотерапии мифепристон («Миропристон») в настоящее время не используют, поскольку вероятность неполного аборта в этом случае достигает 40%.

Сочетанное использование мифепристона и мизопростола позволяет повысить эффективность метода медикаментозного прерывания беременности до 95–98%. Россия одна из первых стран мира, которая зарегистрировала мизопропростол для медикаментозного аборта («Миролют»), в то время как многие европейские страны и США используют мизопропростол off label (не по показанию).

В наши дни медикаментозное прерывание беременности принято в большинстве стран мира как атравматичный метод, позволяющий снизить риск осложнений до минимума. В марте 2010 года Всемирный конгресс по проблемам аборта (Лиссабон) признал, что **медикаментозный аборт — самая цивилизованная, признанная мировым сообществом технология прерывания беременности.**

У нас большой опыт осуществления медикаментозных абортов, собраны статистические данные по осложнениям после этой процедуры (клинические базы кафедры работают в скорпомощном режиме). За минувшие 4 года число осложнений резко пошло на убыль, в настоящее время соотношение осложнённых и нормальных медикаментозных абортов составляет 1:60.

К началу XXI века человечество обрело радикальную альтернативу хирургическому аборту, комплексное использование препаратов антигестагена и утерогоника. В России оба препарата разрешены для применения в лечебных учреждениях. Однако в силу достаточно высокой стоимости этот метод не стал рутинным. До настоящего времени в России данные препараты используют преимущественно коммерческие медицинские центры. Невзирая на несомненные достоинства медикаментозного аборта, проблемой остались сугубо материальные трудности. С другой стороны, внедрение медикаментозного аборта в акушерско-гинекологическую работу в масштабах государства снизило бы стоимость процедуры. Безусловно, подобный шаг в финансовом отношении несопоставимо выгоднее, чем затраты государства на решение проблем бесплодия.

К сожалению, некавалифицированное применение особых 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 (рис. 10-13).

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.

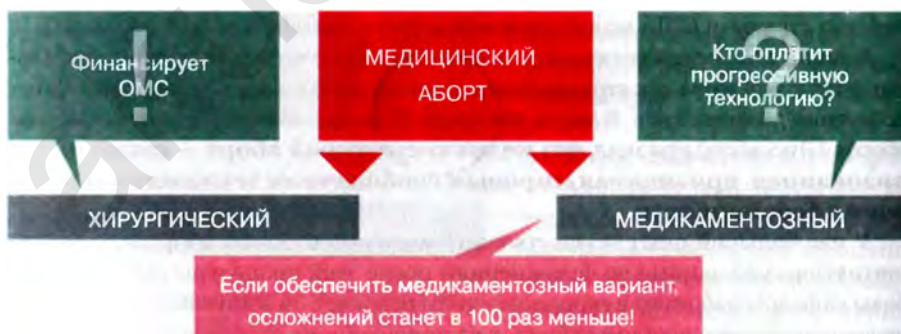


Рис. 10-13. Перспективы и проблемы медицинского аборта.

Это необходимо до тех пор, пока пропагандистские и организационные мероприятия не позволят населению страны уйти от аборта — настоящего анахронизма в регулировании рождаемости вообще.

Пути преодоления

Медико-демографическая ситуация в Российской Федерации на протяжении последних 5 лет весьма напряжённая. По данным Росстата (2010), суммарное число родов и абортов за эти годы существенно не изменилось: в 2005 году общее количество учтённых беременностей составило 2 914 334, в 2009-м — 2 880 386 (–1,2%). Однако соотношение роды : аборты улучшилось кардинальным образом — с 1 : 1,06 до 1 : 0,67.

И всё же несмотря на неуклонное снижение количества абортов (за период 2005–2009 годы их общее число сократилось в 1,3 раза), Россия остаётся страной, где решение проблемы регулирования рождаемости носит **нецивилизованный характер**. В 2009 году на территории страны зарегистрировано 1 161 690 абортов, из которых каждый тринадцатый приходится на возрастную группу до 19 лет (7,8%). При этом за минувшие 5 лет состояние здоровья женского населения заметно ухудшилось:

- заболеваемость эндометриозом (на 100 тыс. человек в возрасте 18 лет и старше) возросла на 18,4%: 2005 год — 318, 2009-й — 376,5;
- заболеваемость расстройствами менструации (также на 100 тыс. человек в возрасте 18 лет и старше) увеличилась на 24,8%: 2005 год — 1664,9, 2009 год — 2077,6;
- заболеваемость бесплодием (на 100 000 женщин фертильного возраста) выросла на 41,9%: 2005 год — 369,9, 2009 год — 524,9;
- заболеваемость в период беременности, родов и послеродового периода (на 100 000 женщин фертильного возраста) увеличилась на 27,2%: 2005 год — 7586,7, 2009-й — 9652,2.

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.**

Безопасный аборт

В последние годы всё чаще звучит тезис о том, что 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 абортов РФ всегда занимала одно из лидирующих мест. В частности, при опросе 23 972 женщин репродуктивного возраста, 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 аборты. 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 10–19 лет проводятся уже повторнوبرеменным женщинам.**

Социологические исследования и клинический опыт свидетельствуют, что стару изменить отношение российских женщин к аборту как 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. По данным Росздравнадзора (2010), медикаментозным методом в России осуществляется лишь 4,9% всех искусственных абортов, причём характерны колебания показателя от 23,1% в Санкт-Петербурге до 2,4% в Москве (Суханова Л.П., 2010). Эта более щадящая в сравнении с хирургическим абортом технология должна стать в случае императивной необходимости «золотым стандартом» хотя бы у первобеременных и подростков.

Экономическая целесообразность данной альтернативы совершенно очевидна, её можно легко рассчитать. Известно, что частота бесплодия как осложнения хирургического аборта составляет около 5%; при этом у первобеременных цифра гораздо выше. Таким образом, из числа первобеременных (150 000), превративших беременность в хирургическим методом, минимум 7500 женщин будут стра-

дать бесплодием. Затраты государства на их лечение наиболее эффективным методом (на сегодняшний день таковым считают ЭКО) составят, не считая стоимости предшествующей диагностики и других лечебных методов:

$$130\ 000 \times 7500 = 975\ 000\ 000\ \text{руб.},$$

где 130 000 руб. — стоимость одной попытки ЭКО. По данным статистики, для достижения желаемого результата нужно провести не менее трёх попыток ЭКО. Значит, полученную цифру следует увеличить в 3 раза (получится 2,93 млрд рублей).

Таким образом, затраты, необходимые для восполнения «потерь» от прерывания беременности хирургическим методом, составляют около 3 млрд рублей только у юных (до 18 лет) первобеременных. Если принять долю первобеременных, прибегших к аборту после 18 лет, хотя бы за 10% (в реальности эта цифра выше минимум в 2,5 раза), то вычисленные затраты, соответственно, ещё возрастут. В то же время затраты на медикаментозное прерывание беременности составляют:

$$1450 \times 150\ 000 = 217\ 500\ 000\ \text{руб.},$$

где 1450 руб. — минимальная рыночная цена комплекта препаратов (мифепристон 200 мг №3 и мизопропростол 200 мг №4), а 150 000 — число только юных (до 18 лет) первобеременных, желающих прервать беременность. Кроме того, для проведения медикаментозного аборта не требуется наркоз, поэтому не приходится оплачивать услуги врача-анестезиолога. Таким образом, затраты на медикаментозные аборты составят 217 млн руб., что в 13 раз дешевле хирургического прерывания беременности и преодоления их последствий.

Даже если минимизировать в расчётах частоту бесплодия после хирургического аборта до 0,5% (эта цифра в разы меньше реальной), то восстановление фертильности этого контингента обойдётся в 292,5 млн руб., что больше, чем при переходе на прерывание беременности медикаментозным способом.

Отдавая предпочтение медикаментозному аборту у первобеременных, государство может сэкономить почти 2,5 млрд руб. Иными словами, на 82% сократятся расходы на восстановление репродуктивной функции женщин. Как показано выше, в расчёте участвовали минимальные затраты на преодоление последствий артификального аборта.

Таким образом, внедрение стандартов диагностики, применение современных технологий безопасного аборта и адекватного обезболивания, своевременные и правильно подобранные лечебные мероприятия будут способствовать минимизации органических повреждений при прерывании беременности.

Молодым необходимо разяснить 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 нежелательной беременности; 2) внедрение так называемого безопасного аборта. Это единственный безальтернативный путь снижения числа абортот и их вреда в России.

Что же касается «права женщины решать», то среди пациенток, благополучно перенёсших 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.

Послеабортная реабилитация

То, что аборты угрожают репродуктивному здоровью в будущем, не вызывает сомнения. Наиболее грозное последствие аборта — материнская смертность. В структуре причин материнской смертности за 2009 год в РФ на долю абортов пришлось 8,1% (каждая двенадцатая умершая женщина).

Снижение материнской смертности от причин, связанных с абортом, возможно при своевременной диагностике осложнений беременности, совершенствовании интенсивной и анестезиолого-реанимационной помощи при осложнениях аборта. Во избежание инфекционных осложнений, согласно концепции безопасного аборта, необходима профилактика — периабортная санация. С целью предупреждения послеабортного сепсиса следует исключить любую акушерскую агрессию, формирующую «ятрогенные вагинозы». **После любого антибактериального лечения совершенно необходимо восстановление зубиоза половых органов.**

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 метаанализ данных 37 ис-

следований 1965–2006 годов, включая рандомизированные клинические исследования (Shah P.S., Zao J., 2009), показал, что аборт повышает риск преждевременных родов в будущем и вероятность рождения маловесных детей, особенно у женщин, перенёсших более одного аборта. В связи с этим 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 обнаруживаются на всех уровнях репродуктивной системы. Это и повреждение эндометрия, и контаминация полости матки влагалищной и цервикальной микрофлорой (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 реабилитацию 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 (предгравидарная подготовка). Клинический опыт с использованием различных медикаментозных препаратов (антибиотики, фитоэстрогены, иммуномодуляторы и пр.) и немедикаментозных технологий (Завалко А.Ф., 2001) при всей успешности позволяет восстановить функции репродуктивной системы лишь частично.

Следует признать, что всем вышеперечисленным требованиям одновременно отвечают только **комбинированные оральные контрацептивы (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 инфекционных агентов в полость матки и труб.

Немаловажна и блокада подвижности сперматозоидов (Серов В.Н., 2000; Радзинский В.Е. и соавт., 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, однако преимущество, безусловно, остаётся за КОК. Следует сказать, что почти все прочие методы контрацепции после прерывания беременности в I–II триместре относятся к категории приемлемости 1 («Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции», ВОЗ, четвёртый пересмотр, 2009 год). Определённые ограничения существуют только в отношении внутриматочных контрацептивов (как медьсодержащих, так и гормоновыделяющих) — им присвоена категория 2 после аборта во II триместре или категория 4 (невозможность использования) после селективного аборта. Современные представления о безопасности применения КОК сразу после аборта основаны на данных доказательной медицины и имеют самый высокий уровень доказательности (A).

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 B). **Преимущество работы различных лечебных учреждений, оказывающих помощь пациенткам, значительно повышает качество медицинской помощи на всех этапах аборта.** Проведение консультирования 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 B).

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. После прерывания беременности повышенный уровень эстрогена и прогестерона через несколько дней снижается, минимальные концентрации определяются 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 с ними обсуждалась возможность использования контрацепции после аборта. В результате после перенесённого аборта 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. На этом фоне 35,9% опрошенных переносили повторный аборт в течение ближайших 12 мес (Савельева И.С., 2002). Аналогичные данные получены нашей сотрудницей Хамошиной М.Б. (2005) 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. Один из наиболее часто назначаемых с этой целью КОК в отечественной практике — «Регулон» (этинилэстрадиол 30 мкг + дезогестрел 150 мкг), однако индивидуальный выбор определяется лечебными преимуществами гестагена, входящего в состав контрацептива.

Ряд зарубежных экспертов и отечественных учёных видят в высоком уровне аборт, проводимых хирургическим методом, угрозу генитального эндометриоза, поскольку при указанном внутриматочном вмешательстве разрушается гистологический барьер между базальным слоем эндометрия миометрием.

Таким образом, после хирургического аборта в программу постабортной реабилитации желательно включать КОК, обладающие в том числе антипролиферативным воздействием, в частности диеногест. Это представитель нового класса «гибридных» прогестагенов, сочетающий преимущества произ-

водных 19-нортестостерона и прогестерона. Указанный гестаген обладает специфическим антипролиферативным эффектом, что уже позволило включить диеногест в мировые схемы лечения эндометриоза и миомы матки. Антипролиферативное воздействие реализуется за счёт подавления ангиогенеза и влияния на синтез ряда воспалительных цитокинов и иммунных факторов (Ottel M. et al., 1995; Kisuri Y et al., 1999), в первую очередь за счёт ингибирования протеинкиназы С. Диеногест входит в состав КОК «Жанин» (30 мкг этинилэстрадиола + 2 мг диеногеста). Этот контрацептив может быть рекомендован для контрацепции женщинам, страдающим эндометриозом или формирующим группу высокого риска по его развитию, в том числе после аборта (Савельева И.С., Хамошина М.Б., 2011).

В случае невозможности использования оральной контрацепции после аборта либо в комбинации с гормональными контрацептивами весьма полезным может оказаться препарат «Мастодинон», основным действующим веществом которого является экстракт растения *Vitex agnus-castus* (витекс священный), обладающий доказанным допаминергическим эффектом. Препарат нормализует умеренно повышенный уровень пролактина, восстанавливает лютеиновую фазу менструального цикла¹. В сравнительном исследовании, посвящённом течению послеабортного периода без реабилитации и на фоне применения «Мастодинона» в течение 6 мес (Сандакова Е.А. и соавт., 2010), было отмечено более раннее (уже к 3-му месяцу лечения) прекращение жалоб, связанных с медицинским абортom, 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. Это подавляет острую фазу воспаления, предотвращает реактивный рост соединительной ткани и развитие фиброза, восстанавливает морфофункциональное состояние эндометрия и предупреждает внутриматочные сращения и спайки.

При этом пролонгированное действие и термостабильность гиалуронидазы может обеспечиваться её комбинацией с полимерными веществами. Этими

¹ «Мастодинон», созданный для лечения доброкачественных заболеваний молочной железы, эффективно купирует мастодинию, 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).

свойствами обладает «Лонгидаза» — конъюгат гиалуронидазы с сополимером N-оксида 1,4-этиленпиперазина и (N-карбоксиметил)-1,4-этиленпиперазиния бромидом 3000 ME. «Лонгидазу» можно назначать женщинам после аборта по 3000 ME внутримышечно каждые 4–5 дней. Курс лечения составляет 5–10 инъекций.

Плановая контрацепция как профилактика аборт

В цивилизованном мире постулировано, что чем выше уровень использования контрацепции, тем меньше в популяции аборт. Так, в Нидерландах, где частота использования оральных контрацептивов у женщин 15–49 лет достигает 41%, уровень аборт на 1000 женщин фертильного возраста не превышает 5. В России же, где частота использования оральных контрацептивов женщинами репродуктивного возраста составляет около 13–14%, распространённость аборт на 1000 женщин 15–49 лет достигает 55.

Принято считать, что причинами «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, принимаются довольно добросовестно.

Печально, что новой гранью проблемы становится недостаточная информированность и неприятие контрацепции как социального (и медицинского!) феномена врачами различных специальностей, порой и гинекологами. Далеко не все готовы рекомендовать гормональную контрацепцию только для предупреждения нежелательной беременности, если нет лечебных показаний; нередко врачи не хотят назначать гормональные препараты вообще (скопом отрицая как гормональную контрацепцию, так и заместительную гормонотерапию).

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 снотворному, «медикаментозному сну-отдыху». Нужно ли прерывать его, когда весь в том числе лечебный эффект основывается на адекватном торможении эндокринной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси?

Если начало приёма КОК можно сравнить со «стартом», то перерывы в их использовании — это «фальш-старт». Всё начинается заново: активируются компенсаторные изменения 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 — положительное влияние на кожу, купирование симптомов предменструального синдрома, сокращение менструальной кровопотери, снижение риска рака яичников. Весьма важен и тот факт, что все риски конкретной женщины-потребителя КОК, в том числе сердечно-сосудистые, максимально выражены сразу после начала приёма, а через год после начала использования они минимальны. Возобновление приёма после перерыва полностью нивелирует это преимущество. **Подобные факты неадекватного использования препаратов — яркий пример теперь уже гинекологической агрессии.**

Между тем медработники должны 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 I), специалисты здравоохранения и образования должны не только признать необходимой, но и рекомендовать для повсеместного внедрения. Два академических часа лекций, прочитанных с привлечением специалиста акушера-гинеколога, позволяют **сократить число абортс среди студенток на 26%** (Хамошина М.Б. и соавт., 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 (с 5,6% до начала реализации программы, 25,2% — через 2,5 года), о чём свидетельствует опыт работы кабинета контрацепции в медицинском центре РУДН.

Примечательно, что в мотивации женщин в последние годы уже не прослеживается такой жёсткой зависимости от стоимости контрацепции: если женщина приняла информированное решение, то финансовые вопросы не имеют для неё столь большого значения, как раньше. В частности, в рейтингах розничных продаж последних лет числятся в том числе дорогостоящие препараты («Ярина»)¹, а двукратное снижение цены на изначально не самый дорогой КОК «Микрогинон» в 2009 году по данным компании-производителя заметного влияния на уровень продаж препарата не оказало.

¹ В 2009 году по объёму продаж в упаковках КОК лидировал препарат «Регулон», а по вырученной сумме в рублях — «Ярина».

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 не ниже, а порой даже выше популяционного. Вот несколько цифр, полученных в ходе опроса 25 590 женщин репродуктивного возраста, проживающих в 18 странах Европы (Pan European FC Study, 2009). Среди российских респонденток использовали контрацепцию только 16%; при этом среднее число детей в семье составило 1,8. Для сравнения, в Норвегии, Дании и Франции среднее число детей в семье составило 2, в то время как частота использования контрацепции респондентками из этих стран — соответственно 25, 29 и 49%.

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 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 2 годам и более, 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, чистопрогестиновые инъекционные и оральные контрацептивы, внутриматочные контрацептивы и барьерные методы. При этом любые оральные контрацептивы противопока-

заны в течение 6 нед после родов (ВОЗ, 2009); а затем до окончания периода лактации без ограничений могут быть использованы чистопрогестиновые 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 (Korver T. et al., 1998, 2005]. Их контрацептивный эффект связан с подавлением овуляции в 99% циклов (Тихомиров А.Л. 2011). При этом современные дезогестрел-содержащие чистопрогестиновые оральные контрацептивы («Чарозетта» и «Лактинет», содержащие 75 мкг дезогестрела) не влияют на качество и количество грудного молока. По некоторым данным, они даже способствуют усилению лактации, а 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. (Прилепская В.Н., 2010; Fraser J.S., 2006). Отсутствие эстрогенового компонента расширяет возможности применения дезогестрелсодержащих чистопрогестиновых препаратов у женщин, нуждающихся в эффективной контрацепции на фоне противопоказаний к использованию эстрогенов.

В послеродовой период также возможно применение левоноргестрелвыделяющей внутриматочной системы («Мирена»), среди преимуществ которой: обратимость, отсутствие влияния на лактацию, высокая эффективность (превосходящая хирургическую стерилизацию), снижение риска воспалительных заболеваний органов малого таза и внематочной беременности, терапевтический эффект при гиперполименорее и дисменорее.

Контрацепция юных женщин

Начинать использовать контрацепцию следует с того времени, когда у женщины появляется потребность в предохранении от беременности, непланируемой или нежелательной 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 (2009) 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 женщин не посещают ги-

некогда перед началом половой жизни, становится понятным, почему так медленно снижается количество абортс у подростков: **они попросту не предохраняются.**

Комментируя необходимость контрацепции, нельзя не заметить, что, по данным мировой статистики, ежегодно у 10–14% всех девушек возникает нежелательная беременность. Наряду с ранним сексуальным дебютом современных молодых людей характеризует положительное отношение к добрачным отношениям при отсрочке желанной беременности в среднем на 3–5 лет. Даже среди подростков, которые постоянно используют контрацепцию, у 12–15% наступает беременность; в течение 5 лет сексуальной активности это значение увеличивается до 50%.

Контрацепция «старта» отдаёт предпочтение КОК с минимальной дозой эстрогенов (15–30 мкг). Индивидуальный подбор препарата необходим при потребности в антиандрогенном эффекте («Джес», «Ярина», «Мидиана»), для купирования дисменореи («Логест», «Линдинет 20», «Жанин»), коррекции метаболического риска («Джес», «Логест», «Линдинет 20», «Новинет»), предпочтительности удобной схемы приёма («Джес»).

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** и **диеногеста**. На данный момент в России зарегистрированы три КОК с дроспиреноном: «Джес» (этинилэстрадиол 20 мкг + дроспиренон 3 мг), «Мидиана» (этинилэстрадиол 30 мкг + дроспиренон 3 мг), «Ярина» (этинилэстрадиол 30 мкг + дроспиренон 3 мг). Диеногест включен в препараты «Жанин» (этинилэстрадиол 30 мкг + диеногест 2 мг) и первый препарат с эстрогеном, отличным от этинилэстрадиола, «Клайра» (эстрадиола валерат в динамическом режиме дозирования в дозе от 30 до 10 мкг, что повторяет колебания концентрации эстрогенов в естественном цикле, + диеногест 2 мг).

И.С. Долженко и соавт. (2011) в качестве стартового контрацептива девушкам, в том числе с гипоталамической дисфункцией, рекомендуют также препарат «Линдинет 20» (этинилэстрадиол 20 мкг + гестоден 75 мкг).

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 инфекций, передаваемых половым путём.

Контрацепция в разных клинических ситуациях

Рекомендации Конференции «Современная контрацепция для репродуктивного здоровья женщины» (2008) по применению гормональной контрацепции гласят: «...Контрацепция как единственный медицинский метод профилактики абортов и их осложнений является 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 (продолженный режим «63+7»), различные пути введения стероидов (трансдермально, трансвагинально, местно в полость матки).

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-гипофизарной системы, прекращение ежемесячной овуляции, поддержание постоянной концентрации этинилэстрадиола в сыворотке крови, снижение концентрации простагландинов, дистрофические изменения в эндометрии, повышение вязкости цервикальной слизи), так и специфическим фармакологическим профилем гестагенов, входящих в состав препарата. Так, КОК с **остаточной андрогенной активностью** («Ригевидон», «Микрогинон») незаменимы при остановке маточных кровотечений. Препараты, содержащие **дезогестрел** («Регулон»), обладают уникальным центральным (антигонадотропным) действием. Средства, в состав которых входит **гестоден**, успешнее других справляются с симптомами дисменореи («Логест», «Линдинет 20»). КОК, содержащие **диеногест**, способны быстро и надёжно купировать гиперполименорею («Жанин», «Клайра»), а **дроспиренон-содержащие** («Ярина», «Мидиана», «Джес») избавляют от предменструального синдрома. Существенный плюс для принимающих КОК — их антиандрогенный (сиречь косметический) эффект. Данные доказательной медицины свидетельствуют, что любой КОК действует на кожу лучше, чем плацебо, а лидерами в борьбе за здоровую кожу являются **дроспиренон, ципротерон и диеногест**. На отечественном рынке зарегистрирован «Джес», пер-

вый в истории КОК с лечебными показаниями при предменструальном синдроме и угревой болезни.

У женщин с выраженной дисменореей или дисгормональными доброкачественными заболеваниями молочных желёз предпочтительны низкодозированные препараты на основании 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 эффективности (и безопасности) «Линдинета 20» было проведено рандомизированное исследование с участием 60 женщин репродуктивного возраста, имеющих ту или иную форму мастопатии [Пекарев О.Г. и соавт., 2010]. Контрацептив назначали в пролонгированном режиме 63/7; при оценке результатов лечения ориентировались на данные клинического осмотра, данные УЗИ и маммографии (у женщин старше 40 лет), а также на субъективные жалобы пациенток. 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 наблюдалось существенное улучшение.

В изучении «Линдинета 20» при альгодисменорее участвовали 30 женщин 16–39 лет с жалобами на болезненные менструации с длительностью дисменореи от 6 до 12 мес. Органическая причина дисменореи была исключена при комплексном обследовании. Через 3 мес приёма препарата «Линдинет 20» был отмечен положительный терапевтический эффект: уменьшение болевых ощущений при менструации у 17 (56,7%) пациенток. Ни у одной женщины после лечения дисменорея уже не достигала тяжёлой степени. Через 6 мес лечения симптомы дисменореи исчезли у 28 (93,3%) пациенток.

Эффективность недавно появившегося комбинированного контрацептива «Мидианы» исследована в работе М.А. Геворкян, И.Б. Манухина и А.Л. Тихомирова в течение 324 циклов (у 54 женщин в течение 6 мес). Контрацептивная надёжность составила 100%, ациклических кровотечений не было в 96% циклов. Незначительная (на 1–2 кг) прибавка массы тела произошла у пяти женщин; в основном это были начинающие пользователи оральных контрацептивов. Среди дополнительных лечебных эффектов «Мидианы» был отмечен регресс угревой сыпи. У 28% женщин на фоне приёма «Мидианы» произошло снижение массы тела.

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 сегодня, в эпоху вспомогательных репродуктивных технологий.

Экстренная контрацепция

Если бы экстренная контрацепция применялась повсеместно после каждого незащищённого полового акта (когда пара не планирует беременности), то число искусственных абортов можно было бы снизить на 75%. Экстренная контрацепция могла бы ежегодно предотвращать 1,7 млн незапланированных беременностей (Speroff L., 1998).

Наиболее востребованные и изученные варианты аварийной контрацепции сводятся к следующим методам:

- применение КОК по методу Альберта Юзпе;
- использование левоноргестрела (в виде «Постинора» или «Эскапела»);
- применение мифепристона («Гинепристона»);
- установка внутриматочного контрацептива.

Данные доказательной медицины (многоцентровое «WHO 1998 study») свидетельствуют о сопоставимости эффективности метода Юзпе и применения чистого левоноргестрела в дозе 750 мкг дважды с интервалом 12 ч («Постинор»), соответственно 96,8% и 98,9%. Однако преимущества применения «Постинора» в качестве метода экстренной гормональной контрацепции обусловлены ограничениями в приёме эстрогенов (используемых в методе Юзпе), а именно с риском тромбоза (ИБС, инсульт, тромбозомболия в анамнезе, мигрень, нарушения свёртывающей системы крови, гепатит, беременность, курение более 15 сигарет в день и др.). Более позднее исследование «WHO 2002 study» показало эффективность 10 мг мифепристона («Гинепристон») и двух режимов применения левоноргестрела, 750 мкг дважды с интервалом 12 ч («Постинор») и 1,5 мг однократно в пределах 120 ч («Эскапел»). Наряду с сопоставимой эффективностью всех трёх режимов были получены данные, позволившие обосновать **однократный режим приёма как метод первого выбора**.

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 («Эскапел»), либо 0,75 мг в двух дозах («Постинор»). В качестве альтернативы можно использовать «Гинепристон», метод Альберта Юзпе или внутриматочный контрацептив.

Если с момента незащищённого полового контакта прошло уже 4–5 дней, методом выбора следует считать внутриматочный контрацептив, а альтернативой ему — приём «Эскапела» или «Постинора». Безусловно, важно учитывать индивидуальные противопоказания к каждому методу.

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, чистопрогестиновые контрацептивы и любые другие способы регулярной контрацепции — сразу или в первый день 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.

Неразвивающаяся беременность

Особую форму невынашивания беременности представляет собой неразвивающаяся беременность. Скрытое течение этого состояния затрудняет диагностику; замершее плодное яйцо надолго остаётся в матке и провоцирует серьёзные коагулопатические кровотечения (Салов И.А., 1998).

Доля неразвивающейся беременности в структуре ранних репродуктивных потерь составляет от 45 до 88,6% (рис. 10-14), причём показатель не снижается, даже наоборот, ежегодно возрастает на 7% (Фролов А.Л. и соавт., 2006). По данным госпитализаций в ГКБ №64 (Москва), частота неразвивающейся беременности в 2002 году составила 15,3%, в 2003-м — 15,5%, в 2004-м — 18,9%, в 2006-м — 18,3%.

Эти цифры впечатляют. Следует признать, что реабилитировать женщин после эвакуации «замершей» беременности мы не научились, а диагностику обеспечивает широкое применение УЗИ на ранних сроках. Для сравнения: в 90-е годы прошлого века женщина чаще поступала в стационар с клиникой прервавшейся беременности (20%). Зарубежные данные более оптимистичны: в Англии частота неразвивающейся беременности составляет 2,8% (по типу гибели эмбриона — 62,5% и по типу анэмбрионии — 37,5%), в США — 15% (Lindsey J.L., Verena T.V., 2007). По нашим данным, неразвивающаяся беременность после искусственных абортов составляет 24,5%, после перенесённых, особенно патологических, родов — 46%, после первой «замершей» беременности — 13%.

Есть ещё проблема несовершенства рубрикации; в иностранной литературе современную классификацию называют устаревшей. Термину «неразвивающаяся беременность» уже, без преувеличения, 100 лет, и он не удовлетворяет требованиям современной медицинской номенклатуры.

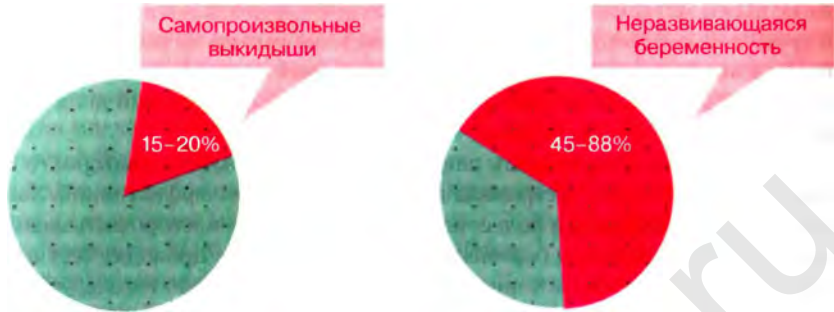


Рис. 10-14. Невынашивание беременности.

Согласно действующим протоколам, неразвивающаяся беременность в I триместре может быть выставлена не с 10 нед, а гораздо раньше. Даже один этот факт извращает статистический учёт и противоречит эффективным мерам реабилитации пациентки после устранения неразвивающейся беременности. Зарубежные авторы считают более целесообразным определения «внутриматочная гибель эмбриона в I триместре», «...во II триместре», «гестация без эмбриона» (Pridjian G., Moawad A.H., 2004). Наши взгляды на диагностику гестации без эмбриона (код по МКБ-10: 002.0) уже подробно изложены и опубликованы (Мисник В.В., 2004; Климова О.И., 2004).

Иногда самопроизвольное прерывание беременности не распознаётся вследствие малого срока (задержки менструации может и не быть) и не регистрируется. Если учёт беременностей происходит по концентрации ХГЧ, частота потерь возрастает до 31%, причём 70% выкидышей происходит раньше, чем беременность может быть распознана клинически.

Современный подход к неразвивающейся беременности предусматривает прежде всего принятие рекомендаций XVII съезда FIGO (Куала-Лумпур, 2006): после установления диагноз «неразвивающаяся беременность» следует продолжить словами «хронический эндометрит» без дополнительного обследования. Это заключение основано на результатах нескольких многоцентровых исследований: у женщин с неразвивающейся беременностью персистирующий воспалительный процесс в эндометрии диагностируется в 100%. По сути, неразвивающаяся беременность — апогей декомпенсации воспалительного процесса, зачастую недиагностированного и нелеченного, во многих случаях это его закономерный исход. Первопричина настолько

тяжких нарушений — пренебрежительное отношение к вагинальному биотопу, особенно после «калечащего» хирургического аборта без реабилитации. В других случаях виновато извращение биоценоза на фоне изолированной, зачастую необоснованной антибиотикотерапии. В дальнейшем снежный ком только нарастает, в функционально неполноценном эндометрии беременность нормально развиваться не может.

Что используют в качестве диагностических ориентиров? Исследователи сомневаются в информативности однократного определения β -ХГЧ. Концентрация этого вещества в сыворотке крови при неразвивающейся беременности по сравнению с физиологической сроком 6–12 нед ниже в 8,6 раза, в 13–26 нед — в 3,3 раза, в 28–30 нед — в 2,7 раза. Едва ли при неразвивающейся беременности можно ориентироваться на концентрацию плацентарного лактогена: она снижается, но не так значительно (в 1,8–2,7 раза). Падение уровня эстрадиола выражено лучше, при этом концентрация прогестерона в крови сохраняется довольно высокой. АФП много у женщин с анэмбрионией и неразвивающейся беременностью в сроки 18–26 нед.

Особенность лейкоцитарной формулы у женщин с неразвивающейся беременностью — моноцитоз и уменьшение количества базофилов и эозинофилов, увеличение СОЭ. Также меняется эритропоэз: суточный возрастает на 14%, а средняя продолжительность жизни эритроцитов уменьшается на 6–7-е сутки. Средняя продолжительность жизни тромбоцитов у пациенток с неразвивающейся беременностью снижается на 3–4-е сутки (Радзинский В.Е., Милованов А.П., 2004).

Следует отметить, что всецело полагаться на лабораторные маркеры при диагностике неразвивающейся беременности не стоит, поскольку отсрочка начала лечения отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщины в дальнейшем. Длительное присутствие в матке погибшего плода (эмбриона) — угроза не только здоровью, но и жизни женщины, так как высок риск гемостазиологических осложнений (Серов В.Н. и др., 1997; Mahomed K., Jayaguru A.S., 1997).

По данным И.А. Салова (1998), из-за патологической инертности матки самопроизвольный выкидыш (роды) у женщин с мёртвым плодом происходит слишком редко — в 27,3%. При этом регресс сократительной функции миометрия при неразвивающейся беременности наиболее выражен в первые 3 нед внутриматочной задержки плодного яйца.

Задержка эвакуации плодного яйца вкупе с профилактической антибактериальной терапией провоцирует прогрессирующие коагулопатические нарушения и ДВС-синдром. Среди распространённых ошибок при обследовании пациентки с подозрением на неразвивающуюся беременность — не только отложенное опорожнение матки в ожидании результатов анализов, но и не-

достаточное внимание гемостазиологическим параметрам, что допускает развитие коагуляционных осложнений.

Коагулопатические нарушения развиваются, как правило, через 2-3 нед после внутриматочной гибели эмбриона. Независимо от причины, вызвавшей гибель, нарушения гемостаза обусловлены подострой или острой формой ДВС-синдрома в результате поступления в материнский кровоток тромбопластических субстанций разлагающегося эмбриона.

В наших исследованиях нарушение свёртывающей системы крови по типу гиперкоагуляции у женщин с неразвивающейся беременностью происходило в 56,9%. Данные коагулопатические изменения находились в прямой зависимости от срока беременности (10–12 нед гестации) и давности гибели плодного яйца (более 3 нед). Независимо от типа неразвивающейся беременности нарушение свёртывающей системы по типу гиперкоагуляции чаще встречалось у пациенток с родами в анамнезе (88,5%). У женщин с неразвивающейся беременностью по типу анэмбрионии достоверно реже отмечалась гипокоагуляция — 0,7–2,6%.

Коагулопатические кровотечения у больных с неразвивающейся беременностью возникают, как правило, во время и в первые часы после опорожнения матки. До этого момента клинические проявления отсутствуют, и коагулопатия протекает скрыто. Согласно нашим данным, ДВС-синдром формируется у всех женщин с неразвивающейся беременностью (у 86,9% — в хронической форме, у 13,1% — в подострой декомпенсированной форме). Риск кровотечения при хирургической эвакуации содержимого матки при неразвивающейся беременности составляет 15,8% при одновременном удалении плода и плаценты, **Эти осложнения требуют полноценной заместительной терапии, однако в большинстве случаев коррекция не проводится вовсе либо неадекватна.**

Длительное пребывание плодного яйца в полости матки нередко связано с интимным прикреплением плаценты, поэтому при опорожнении велика опасность перфорации.

Не так давно предложен метод медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности не только в I, но и во II триместре. Накопленного опыта пока недостаточно для окончательного заключения, однако перспективы колоссальные, если будет доказана возможность эвакуации всего плодного яйца без инструментального вмешательства под гистероскопическим контролем, А пока в большинстве лечебных учреждений распространено ещё одно проявление акушерской агрессии — опорожнение матки **без гистероскопического контроля эффективности процедуры.** Между тем во время гистероскопии можно диагностировать эндометрит и начать соответствующее лечение, не дожидаясь результатов гистологического исследования.

При гистероскопии по поводу неразвивающейся беременности нами отмечены частое интимное прикрепление хориона/плаценты с некротическими изменениями, тромбоз сосудов с тотальным наложением нитей фибрина (Майскова И.Ю., 2008). Часто эндоскопически диагностируют местный воспалительный процесс (42,4%), преимущественно у женщин с абортми/родами в анамнезе; заключение подтверждается гистологически (83%).

Специфические признаки эндометрита при гистероскопии: поверхность стенки матки гиперемирована, ярко-красного цвета, стенка легко ранима, при малейшем прикосновении кровотоцит, стенки матки дряблые. Иногда определяются островки белесоватого или желтоватого цвета — участки гипертрофированной отёчной слизистой оболочки матки.

У пациенток с первичной неразвивающейся беременностью достоверно чаще встречалась ретрохориальная гематома. **Выскабливание стенок полости матки без гистероскопической визуализации в 93,7% привело к осложнениям:** гематоме (50,4%), эндометриту (31,5%), задержке остатков плодного яйца (11,8%). Характерно, что меньше всего осложнений было в группе с первичной неразвивающейся беременностью (11%); это объяснимо, ведь ранее внутриматочным вмешательствам эти женщины не подвергались. Диагностированные осложнения вынудили провести повторное выскабливание стенок полости матки с гистероскопией, промыть полость матки 1% раствором диоксидина и назначить антибиотики с учётом результатов бактериологического анализа.

При гистероскопии остатки плодного яйца выглядят как бесформенная ткань тёмно-багрового или желтовато-белесоватого цвета с кровоизлияниями различной величины, чаще располагающаяся в дне матки (рис. 10–15). Помимо этого в полости матки видны сгустки крови и слизь, легко удаляемые промывной жидкостью. Уточнение локализации патологической ткани позволяет прицельно удалить её без травмы окружающего эндометрия. Средняя длительность пребывания в стационаре пациенток после хирургического опорожнения матки по поводу неразвивающейся беременности составила 12,1–2,1 дня. Средняя длительность пребывания в стационаре при условии гистероскопического контроля во время операции снижается до 5–1,7 койко-дней, что экономически выгодно.

Гистероскопическое подспорье при опорожнении полости матки позволяет полностью извлечь плодное яйцо, своевременно диагностировать эндометрит, немедленно начать его лечение и уменьшить число послеоперационных осложнений более чем на 90%.

Реабилитационные мероприятия после травматичного опорожнения матки выполняют довольно редко. Между тем неразвивающаяся беременность ухудшает течение эндометрита, возникающего у каждой четвёртой пациентки после искусственного прерывания беременности.

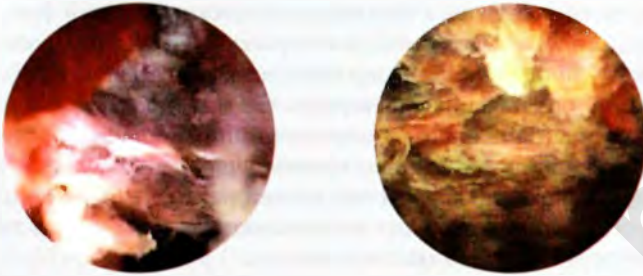


Рис. 10-15. Неразвивающаяся беременность. Гистероскопическая картина эндометрита на фоне остатков плодного яйца.

После удаления «замершей» беременности эндометрий восстанавливается дольше, чем после артифициального аборта. Поэтому **без реабилитационных мероприятий и в случае наступления беременности ранее чем через 6 мес высока вероятность повторной неразвивающейся беременности.**

По данным 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, значительно замедлены процессы репарации. Именно неполноценность регенерации эндометрия в сочетании с инфицированностью матки условно-патогенной микрофлорой — основная причина развития осложнений послеабортного периода у женщин при неразвивающейся беременности. Хронический вирусный эндометрит диагностируют у 73,3% таких пациенток. По данным Т.С. Чередниченко (2001), при неразвивающейся беременности у 61% обследованных женщин в соскобах из цервикального канала и влагалища были антигены аденовирусов (в контрольной группе — только у 5%). По данным О.Ф. Серовой и А.П. Милованова (2001), при неразвивающейся беременности лишь 10% осложнений были вызваны одним возбудителем, в остальных 90% случаев инфекция была смешанной. Обсеменённость мочеполовой системы в группе с привычной неразвивающейся беременностью составляла 38,5% с преобладанием кишечной палочки — 52,9% (Майскова И.Ю., 2008).

У большинства пациенток с анэмбрионией, согласно собранным нами данным, были воспалительные гинекологические заболевания. Эти сведения согласуются с результатами Н.М. Подзолковой и соавт. (2002), указывающих, что эндометрит, хронический эндометрит и сальпингоофорит, миома матки, аденомиоз и поликистоз яичников часто сопутствуют анэмбрионии. У этих пациенток также часто обнаруживается хламидийная инфекция (51,4%), трихомоноз (23,6%), кандидозы. Наличие во влагалищном биоценозе условно-патогенных микроорганизмов, размножение анаэробных бактерий повышают риск восходящего инфицирования эндометрия.

При лечении хронического эндометрита необходимо учитывать все звенья патогенеза заболевания. Из-за присутствия повреждающего агента ткань не переходит к третьей фазе воспаления — регенерации, нарушается тканевой гомеостаз и формируется каскад вторичных повреждений. Нарушение микроциркуляции в эндометрии приводит к ишемии и гипоксии ткани, активированные макрофаги в очаге воспаления продуцируют активные формы кислорода и перекиси водорода, запускают процесс перекисного окисления липидов и повреждения клеточных мембран. Постоянная антигенная стимуляция иммунокомпетентной системы вызывает её функциональную перегрузку и провоцирует аутоиммунные реакции.

Все эти данные свидетельствуют о том, что **большой части пациенток после неразвивавшейся беременности вновь беременеть без предварительной подготовки и необходимого лечения противопоказано!** В анамнезе всех обследованных женщин профилактика повторного выкидыша до наступления следующей беременности не проводилась, предупреждением повторной неразвивающейся беременности тоже никто не занимался либо лечили патогенетически необоснованными способами. Из этого можно сделать вывод, что последующие репродуктивные неудачи были вызваны теми же причинами, что и первая «замершая» беременность.

Пути преодоления¹

После каждого выкидыша с установленной неразвивающейся беременностью следует ставить диагноз «хронический эндометрит» и не допускать последующей беременности без специального лечения, реабилитации и морфологически доказанного устранения воспалительных нарушений в слизистой оболочке матки.

¹ Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. — М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2009. — 164 с.

При постановке беременных на учёт в женской консультации обязательно определение группы риска по неразвивающейся беременности. К факторам такого риска относятся:

- высокая частота 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).

Целесообразно использование алгоритма обследования и ведения пациенток группы риска по неразвивающейся беременности.

Диагностика неразвивающейся беременности

Ранняя диагностика неразвивающейся беременности сокращает сроки обследования пациенток и уменьшает риск осложнений, связанных с пребыванием погибшего плодного яйца в полости матки.

УЗИ — основной метод диагностики, позволяющий выявить остановку в развитии беременности задолго до появления клинических симптомов. По результатам УЗИ выделяют два типа неразвивающейся беременности: анэмбриония — до 5–6 нед и гибель эмбриона (плода) на сроке 9–15 нед.

При анэмбрионии фиксируют либо «пустое» плодное яйцо, диаметром не превышающее 2–2,5 см, причём размеры матки соответствуют 5–7 нед беременности (I тип анэмбрионии), либо отсутствие эмбриона (в некоторых случаях возможна визуализация его остатков).

При увеличении размеров плодного яйца с нормальной скоростью роста до 10–11 нед беременности (II тип анэмбрионии) не происходит отчётливой закладки ворсинчатого хориона. Несмотря на отсутствие эмбриона, функция трофобласта сохраняется долго (3–8 нед), с чем и связан положительный гормональный тест на беременность.

Внутриматочную гибель эмбриона/плода диагностируют, если невозможно зарегистрировать его сердечную деятельность и двигательную активность.

Таким образом, основные эхографические признаки неразвивающейся беременности в I триместре:

- отсутствие сердечной деятельности эмбриона;
- отсутствие спонтанных и спровоцированных движений;
- дегенерация структурных элементов плодного яйца;
- изменение размеров матки, амниотической полости, эмбриона.

Эхографическая картина несостоявшегося выкидыша: в полости матки видны множественные структуры, непохожие на обычное плодное яйцо. Главный способ, позволяющий отличить несостоявшийся выкидыш от пузырного заноса

са, — подтверждение выраженного отставания величины матки от предполагаемого срока беременности.

Лечение неразвивающейся беременности

Пациенток с установленным диагнозом «неразвивающаяся беременность» следует направлять в круглосуточные стационары для оказания квалифицированной помощи.

При задержке плодного яйца менее 3 нед ДВС-синдром протекает в хронической компенсированной форме, что не требует специальной коррекции. Во всех иных случаях предоперационная подготовка предусматривает лечение имеющихся нарушений гемостаза в зависимости от специфики. После полноценной заместительной терапии риск кровотечений минимален и не зависит от длительности пребывания плода в полости матки.

На данных предварительной оценки коагуляционной активности крови лечащий врач основывает тактику подготовки к прерыванию беременности (противотромботические препараты, заместительная терапия, гемостатические средства).

Эвакуация плодного яйца при неразвивающейся беременности сроком менее 12 нед проводится медикаментозно (мифепристон + мизопростол) или хирургическим путём одномоментно: инструментальное опорожнение полости матки путём расширения цервикального канала и вакуум-аспирации либо кюретажа **под гистероскопическим контролем**. Следующая задача — лечение выявленного эндометрита.

Реабилитационные мероприятия для женщин, перенёсших неразвивающуюся беременность, направлены на повышение иммунобиологической резистентности организма (лучше с учётом иммунореактивности), лечение воспаления (по результатам бактериологического исследования с определением чувствительности причинно-значимой микрофлоры), улучшение маточной микроциркуляции и тканевого метаболизма, усиление фагоцитоза и ферментативной активности, стимуляция репарации.

Иммунореактивность, оцениваемая по эмбриотропным аутоантителам методом ELI-P-теста¹, позволяет прогнозировать неразвивающуюся беременность либо патогенетически обоснованно лечить это состояние во избежание последующих потерь беременности. В зависимости от результатов различается и дальнейшая тактика.

- Нормореактивным пациенткам показаны обследование на предмет эндокринных нарушений и последующая коррекция.

¹ ELI-P-тест (ELISA-detected Probability of Pathology in Pregnancy) — проба, позволяющая определить сывороточное содержание естественных регуляторных аутоантител, взаимодействующих с белками ОБМ, S100, АСВР 14/18 и МР 65. Предложена в 1998 году.

- Гипореактивным пациенткам необходимо установить, есть ли в мочеполовой системе персистирующие инфекционные агенты. По результатам назначают противовоспалительное лечение и стимуляцию иммунной системы (иммуномодуляторы и ферментные препараты).
- Гиперреактивным пациенткам следует лечить сопутствующие экстрагенитальные и гинекологические заболевания. При обнаружении сопутствующего острого/подострого инфекционного процесса показана специфическая антимикробная или противовирусная терапия.

Определение аллельной принадлежности по гену *GP IIIa* женщин с неразвивающейся беременностью позволяет строить дифференцированный прогноз.

- У гомозигот с генотипом A1A1 весьма вероятно вторичное бесплодие, есть склонность к острым инфекциям после выкидышей, аборт, родов. Сроки возможных репродуктивных потерь — 6–9 нед гестации. Высок риск формирования эндокринопатий, влияющих на развитие и вынашивание беременности.
- У носительниц аллеля A1A1 часто формируется хронический эндометрит после выкидышей, аборт, родов. Повышена вероятность кровотечений в родах и в раннем послеродовом периоде. Сроки возможных репродуктивных потерь — до 5 нед гестации, возможна анэмбриония.

Наиболее благоприятен прогноз восстановления фертильности при сочетании нормореактивности и гомозиготного генотипа A1A1. При сочетании носительства аллеля A1A1 с изменённой иммунореактивностью наступление беременности без полноценной патогенетической терапии и предгравидарной подготовки нецелесообразно.

Для повышения иммунобиологической резистентности организма, устранения воспалительных изменений данным пациенткам назначают (опять ренессанс, вспомним схему акад. Н.С. Бакшеева!):

- иммуностимуляторы (пирогенал, протидигиозан через день до повышения температуры тела);
- глюконат кальция (внутривенное введение 10 мл 10% раствора в течение 14 дней);
- свечи с индометацином (с 6-го дня лечения ректально);
- тампоны с лечебными мазями (в задний свод влагалища с 3-го дня лечения);
- токоферола ацетат (с 4-го дня по 400 МЕ в течение 10 дней);
- антибиотикотерапия (начинают с дня повышения температуры тела на фоне применения пирогенала только при обнаружении причинно значимой микрофлоры, с учётом чувствительности выделенных микроорганизмов); если реакции на введение пирогенала нет (у 83% пациенток), то антибиотики назначать не нужно;

- физиотерапия — лазеролечение, переменное магнитное поле, электрофорез с цинком, медью, магнием, йодом, фонофорез с лидазой, трипсином (с 7-го дня лечения, 7–10 процедур).

Более 20 лет с целью неспецифического воздействия на иммунную систему мы используем ультрафиолетовое облучение аутокрови (3–4 процедуры на курс лечения) и плазмаферез (3 процедуры). Результаты весьма неплохие, хотя и не имеют пока доказательной базы.

Для профилактики отдалённых осложнений очень важны следующие мероприятия:

- восстановление влагалищной микрофлоры;
- гормонокоррекция (для нормализации состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, восстановления рецепторов к гормонам на клетках повреждённого эндометрия).

В нашем исследовании всем больным при выписке из стационара рекомендовали применение КОК не менее чем на 6 мес, поскольку нейроэндокринные изменения после неразвивающейся беременности встречаются у каждой второй пациентки, а вероятность формирования «вторичных» поликистозных яичников сохраняется 3–4 года (В.Н. Серов, 2004). По мнению Дикке Г.Б. и Башлыковой И.А, после завершения неразвивающейся беременности гормональная реабилитация (например, с помощью «Регулона») должна продолжаться не менее 6 мес. Препарат уменьшает кровоточивость, оказывает противовоспалительный и регенераторный эффекты, снижает вероятность гиперплазии эндометрия.

Профилактика неразвивающейся беременности

Меры, позволяющие предупредить «замирание» беременности:

- профилактика первого аборта;
- реабилитация после прерывания беременности;
- недопущение повторных абортов у девушек 15–20 лет.

Через 12–18 мес после эвакуации неразвивавшейся беременности проводилась оценка эффективности реабилитационных мероприятий. Из 318 женщин с неразвивавшейся беременностью на комплекс реабилитационных мероприятий в условиях дневного стационара согласились 47 (14,8%), в условиях общего стационара — 106 (33,3%) и амбулаторно — 49 (15,4%). Остальные 116 (36,5%) пациенток отказались от предложенных реабилитационных мероприятий.

И вот результат. Благодаря комплексному лечению и реабилитации с повышением иммунитета, элиминацией выделенных причинно значимых возбудителей, гормональной коррекцией полностью восстановить репродуктивное здоровье удалось в 70% случаев!

Наши критерии эффективности — восстановление эндометрия по данным эхографии, элиминация или снижение активности инфекционного агента, вос-

становление морфологической структуры ткани. Для оценки адекватности лечения обязательны ультразвуковой мониторинг, а также контрольное морфологическое и бактериологическое исследование эндометрия.

Среди пациенток, прошедших такой комплекс реабилитационных мероприятий, забеременели 202 (84,6%), из них у 141 (69,8%) женщины беременность закончилась срочными родами. Из пациенток, не получавших лечения и предгравидарной подготовки, забеременели 116 (82,8%), число доношенных беременностей составило 21 (18,1%).

Современные перинатальные технологии

Инфекционно-воспалительные заболевания перинатального периода, повинные во многих неблагоприятных исходах беременности и перинатальных потерях, на фоне низкой рождаемости по праву считаются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства.

Ежегодно в мире из 130 млн новорождённых 4 млн умирают в течение первых 4 нед жизни, причём 99% всех смертей происходят в развивающихся странах. Каждый четвёртый случай смерти новорождённого вызван гнойно-септическим заболеванием. Значительная доля инфекционно-воспалительных заболеваний в структуре неонатальной заболеваемости и смертности стабильна, а в условиях «всплеска» рождаемости может даже стать ведущей причиной в отечественном родовспоможении. Так уже было в 70–80-е годы прошлого столетия.

Сейчас в РФ инфекции, специфические для перинатального периода, и болезни органов дыхания (пневмония — более 20%), в структуре заболеваемости и младенческой смертности занимают 3-е место после гипоксии/асфиксии в родах и врождённых пороков развития. Заболеваемость новорождённых сепсисом увеличилась с 2,8 до 4,4 на 10 000 родившихся живыми (на 57,1%).

Особенно сильно выросла заболеваемость сепсисом с 1992 по 1999 год — в 2 раза, но с 2000 года показатель стал снижаться, составив в 2002 году 3,5 на 10 000 родившихся живыми. В дальнейшем рост гнойно-септических осложнений в структуре неонатальной смертности продолжился (26% в 2008 году).

Частота инфекционно-воспалительных заболеваний среди 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 у 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%.

S. Poorbarfehee приводит другие данные по эпидемиологии данной инфекции — 9,1% (Чили, 2003). При этом частота передачи инфекции от матери к новорождённому составила 60%. У 36% женщин, положительных по стрептококку группы В, произошли преждевременные роды (средний срок родов 32,8 нед), причём почти в половине случаев причиной стал преждевременный разрыв плодных оболочек. Хотя абсолютной доказательной базы необходимости скринингового исследования в мире нет, но очевидна его целесообразность у женщин с отягощённым анамнезом.

Если учесть, что в России анализы на стрептококк группы В у беременных практически не проводятся, а ПЦР-исследования на «урогенитальную инфекцию» все врачи трактуют по разному (см. раздел «Биоценозы»), то и лечение назначается, мягко говоря, наугад. Это, увы, далеко не безвредно. Назначаемые «с потолка» дезинфектанты или (чаще) антибиотики уничтожают естественную защитную микрофлору, 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 или хуже того — госпитальные штаммы. А вот для борьбы с ними средств уже практически нет.

Современные инструментальные и медикаментозные технологии реанимации и интенсивной терапии новорождённых появились в 60–80-е годы XX века. Были усовершенствованы принципы выхаживания (предложены кувезы и ИВЛ), разработаны фототерапия для лечения гипербилирубинемии и мониторингирование жизненно важных функций организма. Стали применять УЗИ, проводить 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 страшная цифра: ведь для того, чтобы через 18–20 лет родить здоровых детей, необходимы хотя бы 50% здоровых будущих родителей.

Мысль одна: совершенно необходимо создать здоровьесберегающую технологию для взращивания новорождённых и детей первого года жизни. По единодушному мнению отечественных акушеров и неонатологов, существу-

ющие ныне технологии родовспоможения, выхаживания, лечения и реабилитации не позволяют снизить частоту перинатальной (внутриутробной и неонатальной) инфекции. В сложившейся ситуации следует широко внедрить **современные перинатальные технологии**, способствующие эффективному снижению частоты и тяжести инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорождённых. Подсчитано, что указанные технологии способны снизить инфекционно-воспалительные заболевания среди новорождённых в 7–15 раз, младенцев — в 6 раз, повысить индекс здоровья детей в 2 раза и более.

В мире широко освещён опыт экспертов ВОЗ в Кении (1989). Столица страны, Найроби, располагает только одним бесплатным госпиталем для рожениц. На 75 койках всегда находилось 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 среди новорождённых составил 1,1% (снижение в 15 раз); материнская смертность от сепсиса снизилась на 30%! О собственном опыте мы расскажем далее.

Основа современных перинатальных технологий — комплекс мер и методов, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности:

- совместное пребывание матери и ребёнка;
- эксклюзивное грудное вскармливание;
- ранняя выписка из родильного стационара;
- формирование иммуномикробиологического контакта матери и новорождённого с первых минут и до выписки.

Второе необходимое условие профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний у матерей и младенцев — **постоянный мониторинг возбудителей во внешней среде, смена дезинфектантов в зависимости от резистентности госпитальных штаммов** (информационное письмо Министерства здравоохранения РФ №2510/824-04-32 от 30 января 2004 года «О состоянии и мерах по предупреждению внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»).



Совместное пребывание и раннее прикладывание

В роддомах советских времен не могли даже думать о **совместном пребывании** с младенцем в одной палате, не представлялось возможным и 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. В большинстве случаев нет необходимости в привычных манипуляциях: профилактике гонобленореи, «санации» дыхательных путей. Естественно, что никакого кожного контакта 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 вирусной 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 микрофлору.

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 микрофлору 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 — докторов медицинских наук, профессоров Н.И. Захаровой (1991–2008) и С.В. Орловой (1989–2007), помимо всех известных эффектов кормление грудью тотчас после родов эффективно восстанавливает силы и избавляет от утомления, вызванного родовой деятельностью.

В случае выполнения кесарева сечения (вновь о преимуществах эпидуральной анестезии!) кожный контакт также следует обеспечить максимально рано, в течение 30 мин. Совместному пребыванию в родзале и проведению первичного туалета новорождённого на животе матери способствует создание индивидуальных родильных залов.

Известно, что иммунобиологическая связь матери и ребёнка не прерывается до 1,5 лет постнатального развития, психоземotionalная 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 4-местной палате других детей всего трое, 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 микроорганизмов предметы ухода за новорождёнными. В отделениях интенсивной терапии новорождённых наиболее часто происходит нозокомиальное инфицирование при катетеризации сосудов и проведении инъекций. Для вирусной инфекции наиболее актуален воздушно-капельный путь.

Наиболее мощной защитой от инфекционно-воспалительных заболеваний для новорождённого оказывается формирование общего биоценоза при совместном пребывании с матерью. Гарантированное получение плодом микрофлоры матери в родах чрезвычайно важно для новорождённого. 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, участвует в переваривании и лёгком усвоении пищи, активизирует выработку многих биологически активных веществ.

Без совместного пребывания **полноценное грудное вскармливание** невозможно, его подменяет навязанное кормление ребёнка по часам, строгая регламентация времени кормления и интервалов между кормлениями.

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.

Женское молоко представляет собой уникальный состав из белков, жиров, углеводов и минералов, созданный именно для этого младенца. Несмотря на малый объём молозива в первые 3 сут после родов, частое прикладывание но-

Историческая справка

Ещё в 1973 году А.Ф. Тур отмечал, что, к сожалению, естественное вскармливание во всём мире сдаёт позиции, множество детей (во всяком случае в условиях больших промышленных городов) с 2–3 мес получают докорм или даже переводятся на искусственное вскармливание. Это произошло 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.

ворождённого к груди по его требованию, не реже 10–12 раз в сутки, обеспечивает необходимый калораж и иммунную защиту ребёнка. Грудное молоко — «живая субстанция», по составу напоминающая плазму крови: секреторный IgA, Т- и В-лимфоциты, макрофаги, нейтрофилы, ферменты (лактоферрин, лизоцим, липаза, щелочная фосфатаза, протеаза, амилаза, гистаминаза, аминосахараза), простагландины и множество гормонов, способствующих росту и развитию ребёнка. Частые прикладывания новорождённого к груди усиливают продукцию окситоцина и пролактина у матери, предупреждая послеродовые кровотечения, и необходимы для формирования лактации.

У детей, находящихся на грудном вскармливании, наиболее важные микробные компоненты микрофлоры фекальных масс сохраняются даже в тех случаях, когда окружающая среда сильно загрязнена бактериями.

Общезвестен 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 С. Mattar, S. Ng и Y. Chan (2003), основанные на интернациональном наблюдении 180 детей в течение 6 мес, свидетельствуют, что жировая ткань у детей, находящихся 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.

«Ренессанс» грудного вскармливания пришёлся на начало 80-х годов XX века. В сравнении с индустрией детского питания грудное вскармливание

ние — малозатратная и высокоэффективная технология, ей нет равных в снижении младенческой заболеваемости и смертности, в закладке фундамента для здорового биологического и социального начал. Лактирующие женщины теоретически способны творить незаменимое грудное молоко в объёме, вполне сопоставимом с молочно-товарным производством, например коровьего молока в России.

Игнорирование приоритетов грудного вскармливания приводит к тому, что детей вскармливают искусственно, а лактация у матерей неуклонно снижается. Возможности индустрии составили мощную конкуренцию, 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 информированность медицинских работников о преимуществах грудного вскармливания сформировали ситуацию в её нынешнем виде. Отсутствие своевременной поддержки грудного вскармливания привело к тому, что даже за 20 лет борьбы идеального результата (97% грудного вскармливания) достичь не удаётся! Истинных цифр настоящего грудного вскармливания (без допаивания и докорма) в России не знает никто, не говоря уж об «эксклюзивном», когда не допускаются «пустышки».

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 привело к улучшению показателей 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 год).

В 1991 году ЮНИСЕФ при полной поддержке ВОЗ выступил с инициативой «Больница, доброжелательная к ребёнку», в концепции — 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 «технолога» внедрения рекомендаций по поддержке грудного вскармливания в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений на всех этапах оказания помощи женщинам и детям. Это создаёт препятствия профилактике инфекционно-воспалительных заболеваний среди новорождённых и родильниц.

Известно, что частота гипогалактий составляет 3%; остальные же случаи представляют собой дефекты вскармливания! Так, ещё С.М. Ямпольский утверждал в 1913 году, 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 родильных 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 детей, собрать детей, допоить, докормить, взвесить, закапать и пр.) — провал, ничего привычного делать не надо! Ника-



ких 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. При слабом сосании не происходит полного опорожнения многослойной зоны соска, опустошения альвеол и нет полноценного стимула для выработки пролактина. Эта 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 среди новорождённых в 70-х годах прошлого века имели водный путь распространения: раствор глюкозы и кипячёная в воде соска! Аналогичная ситуация возможна при инфицировании молочных смесей или питьевых растворов, поэтому использование бутылочек и сосок для вскармливания и выпаивания (в том числе для дачи лекарств) в родильном стационаре крайне нежелательно. 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 отделение второго этапа выхаживания 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. Указанные факторы способствуют дозреванию 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 тем лекарством и пищей, как грудное молоко.

Рутинное контрольное взвешивание оказывает отрицательное психологическое воздействие: лактация у матери снижается. Подобные назначения целесообразны лишь для динамической оценки прибавки массы тела хотя бы за 3 сут, если у ребёнка наблюдается дефицит массы тела. В боль-

шинстве случаев женщине нужны 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 в детские стационары и лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях).

Первичный туалет новорождённого

Требует некоторого уточнения практика первичного туалета новорождённых. При вторичной обработке пуповины (после пережата) накладывают стерильную скобку, пуповину пересекают. Предпочитающие обойтись без хирургического отсечения пуповинного остатка 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: закладывают 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.

Хирургическое отсечение пуповинного остатка после 12 ч жизни ребёнка имеет свои преимущества. Основное из них — значительное уменьшение частоты инфицирования пуповинного остатка и возможность ранней выписки. Однако, по результатам 20-летнего (!) сравнения этого способа с самостоятельным отделением мумифицированного пупочного остатка, разницы в результатах не оказалось (Захарова И.Н., 2008).

Отторжение культи пуповины и эпителизация пупочной ранки зависят от регенераторных способностей организма ребёнка и методики обработки. Веду-

ние 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), пусть это очень пугает не готовых 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 третьи (реально — на четвёртые) сутки, после вакцинации против туберкулёза. Этот фактор и тормозит раннюю выписку. Цель же ранней выписки — профилактика инфекций у родильниц и новорождённых.

К третьему дню пребывания женщины и новорождённого в родильном доме они 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 заселяется болезнетворными микроорганизмами, 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 «будет лучше в роддоме», 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, касающийся усиления 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, но любые задержки должны происходить не в роддоме, а на II этапе выхаживания. В идеале ни мать, ни ребёнок не должны задерживаться 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. Вот и всё «совместное пребывание»! Один из руководителей Минздрава прокомментировал: главврач либо не очень умный, либо «вредитель». Если просто 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 один райцентр. 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.

Порядок, утверждённый приказом №808н, чётко регламентирует совместное пребывание и максимальный срок пребывания в роддоме — 5 дней!

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 родильного 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 оче-

редной эпидемической вспышки. В ходе этого ремонта, например, соорудили... наружную лестницу для входа студентов в актовъый 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 — мошкара! 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 годах главных врачей увольняли именно из-за «групповых вспышек» в родильных отделениях. Тут, в условиях многоорождаемости, 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. Атаева¹, собрав главврачей центральных районных больниц (44) и областных родильных домов (5), сказала по-туркменски²: «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. Ни в сельских участковых больницах, ни в колхозных родильных домах не предусматривалось даже штатов для ухода за новорождёнными, всё делали акушерка и мать.

После переезда в Москву в 1994 году я убедился, что возрождение грудного вскармливания здесь только начинается. Инертность — невообразимая, столичная!

¹ А.Т. Атаева — доктор медицинских наук, с 1993 года — посол Туркменистана в ООН.

² Во времена СССР коллегии велись на русском языке.

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, недопонимания (чаще со стороны детских медсестёр неонатальных отделений). Бывшая главврач устроила провокацию — доложила, что пятеро новорождённых после совместного пребывания поступили в детские стационары с инфекционновоспалительными заболеваниями. Этим она оказала нам большую услугу: расследование выявило, что все инфицированные младенцы поступили именно из того стационара, где не практиковались 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, малыша 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 прежних 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 г. 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)



Рис. 10-16. Современные перинатальные технологии в роддоме №25.

обнаружилось, что, несмотря на возрастание количества родов (до 100 тыс. в 2008 году), количество инфекционно-воспалительных заболеваний среди 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 проводилось сплошное ретроспективное клинико-эпидемиологическое исследование санитарного состояния и инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорождённых, включавшее анализ основных показателей качества работы до и после внедрения алгоритма.

Внедряемые современные перинатальные технологии включали следующие требования (рис. 10-16):

- немедленное прикладывание ребёнка к груди матери;
- контакт ребёнка с кожей матери;
- совместное пребывание матери и ребёнка;
- свободный режим вскармливания;
- исключительное грудное вскармливание по требованию ребёнка без ночного перерыва;
- ранняя выписка.

На начальных этапах внедрения (1998–1999 годы) были сложности в понимании сути и целей реформы. В связи с этим организовали социологиче-

ское исследование, охватившее более 700 респондентов, связанных с внедрением этих технологий. Проведённый нами анализ проблем, связанных с внедрением современных перинатальных технологий 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 свободному грудному вскармливанию только 2% респондентов (рис. 10-17). 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. 10-18).

В родильном стационаре наиболее часто приходилось сталкиваться с необоснованным убеждением в необходимости докармливания, «выпаивания» ребёнка в первые дни, когда у матери «мало молока». Также медицинский персонал ошибочно уверен в безобидности использования сосок и пустышек (рис. 10-19; 10-20).

Гипогалактию, согласно опросу, отметила у себя каждая третья женщина. С той же частотой отказ от грудного вскармливания в предыдущую беременность мотиви-

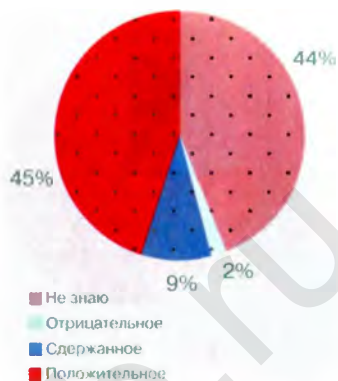


Рис. 10-17. Отношение старших родственников к методу свободного грудного вскармливания.



Рис. 10-18. Источники информации о свободном грудном вскармливании.

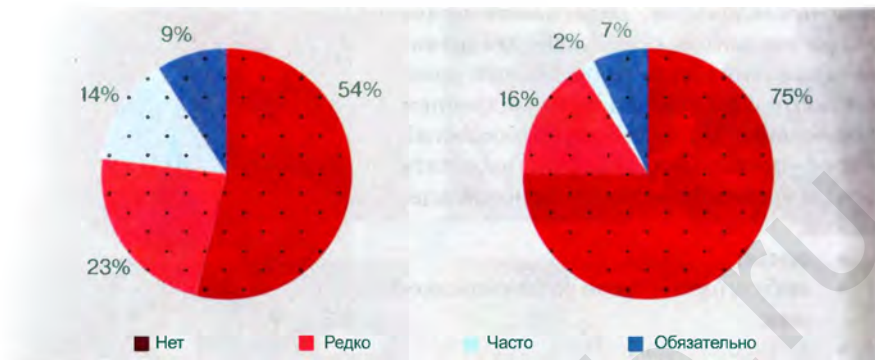


Рис. 10-19. Тактика использования сосок, пустышек (мнение медицинского персонала). Интервал между исследованиями – 2 года.

ровали «отказом ребёнка от груди». Несомненно, всё это — недоработки персонала детской поликлиники (рис. 10-21).

Современные перинатальные технологии предусматривают особый подход к **антисептике**. Дезинфекционный режим, разработанный с учётом конкретной микрофлоры, выделяемой с объектов родильного дома и рук персонала, включает использование только эффективных в отношении обнару-



Рис. 10-20. Тактика докармливания ребёнка (интервал между исследованиями – 2 года).

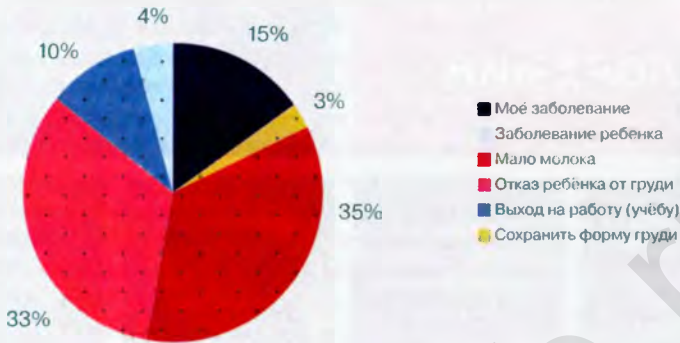


Рис. 10-21. Причины прекращения грудного вскармливания в предыдущих родах.

женных возбудителей дезинфектантов. С учётом способности микроорганизмов вырабатывать устойчивость к антибактериальным препаратам и дезсредствам (например, синегнойную палочку случалось высевать из фурацилина) следует разработать графики смены дезсредств в зависимости от эпидобстановки. Необходимо отказаться от бесконечного хлорамина и воспользоваться широким ассортиментом современных дезсредств: кислородсодержащих («Виркон», «Перформ», «Дисмозон Пур»), дезинфицирующих и моющих («Бриллиант», «Велтолен»), дезинфицирующих («Аламинол», «Бианол», «Лизафин», «Славин», «Самаровка»), дезинфицирующих и стерилизующих («Сайдекс»). Эти препараты используют по специальной системе и ежеквартально меняют, благодаря чему значительно снижается микробная обсеменённость воздуха, инструментов, предметов ухода (рис. 10-22). В результате из очагов воспаления у новорождённых всё реже стали высевать патогенные микроорганизмы; их место заняла условно патогенная микрофлора родильниц.

Известно, что от характера послеродового периода зависят не только последующая репродуктивная функция женщины, успешность и продолжительность лактации, здоровье новорождённого, но и гнойно-септическая заболеваемость родильниц и детей. М.А. Оленева (2006) исследовала особенности течения послеродового периода у женщин при совместном пребывании с ребёнком и при раздельном пребывании за 10 лет. При исходно паритетных условиях при раздельном пребывании преобладает неблагоприятное течение послеродового периода: гистероскопию и опорожнение матки приходилось

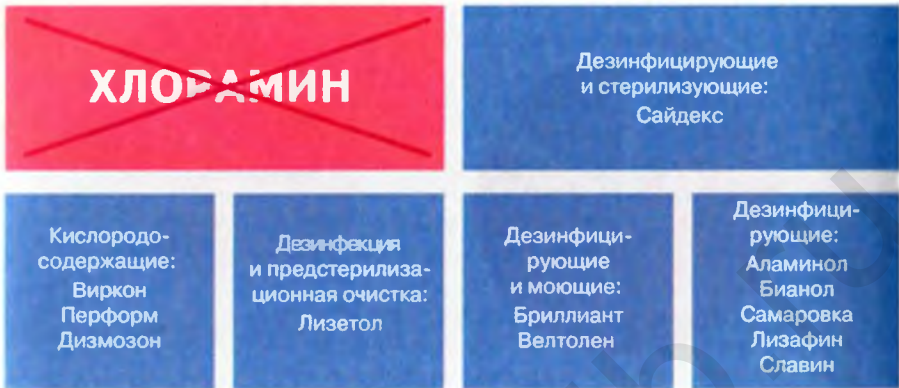


Рис. 10-22. Современные дезинфектанты.

делать в 2,5 раза чаще, эндомиометрит диагностировался в 4,5 раза чаще, послеродовая язва — 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 раздельном пребывании чаще, чем при совместном, возникали конъюнктивит (0,6% по сравнению с 2%) и омфалит (0% по сравнению с 0,7%). 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 2,5 раза, причём эти различия были статистически значимыми. Динамика показателя внутрибольничной инфекционно-воспалительной заболеваемости (более корректная оценка внедрённых технологий): почти 7-кратное снижение внутрибольничной гнойно-септической заболеваемости новорождённых (после внедрения показатель составил 0,6%, а до внедрения был 4%, рис. 10-23).

Очень важно анализировать динамику результатов микробиологического обследования женщин и детей, окружающей среды и предметов ухода. Реорга-

низация родильного дома (посменная работа родовых залов, ежеквартальное 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 раздельного пребывания новорождённых и родильниц кожа детей колонизируется преимущественно штаммами, циркулирующими 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 нитробактерий снизилась более чем в 2 раза (рис. 10-24).

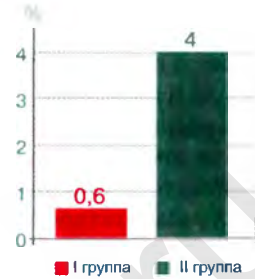


Рис. 10-23. Структура заболеваемости новорождённых, %.

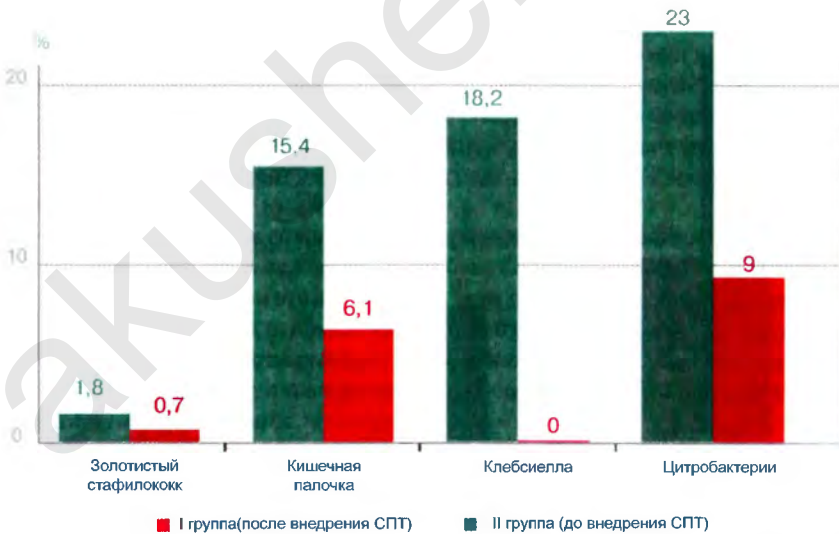


Рис. 10-24. Видовой состав микроорганизмов, выделенных из внешней среды, % ($p < 0,05$)

Аналогичные изменения отмечены в посевах из воспалительных очагов у новорождённых. После внедрения 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 при внедрённых перинатальных технологиях (рис. 10-25).

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 диапазоне от 2 до 7 раз (в зависимости от возбудителя).

Инфекционно-воспалительная заболеваемость в роддоме за период с 1998 (когда началось внедрение) по 2005 год значительно снизилась: у родильниц в 20 раз, у новорождённых — в 13 раз! (рис. 10-26).

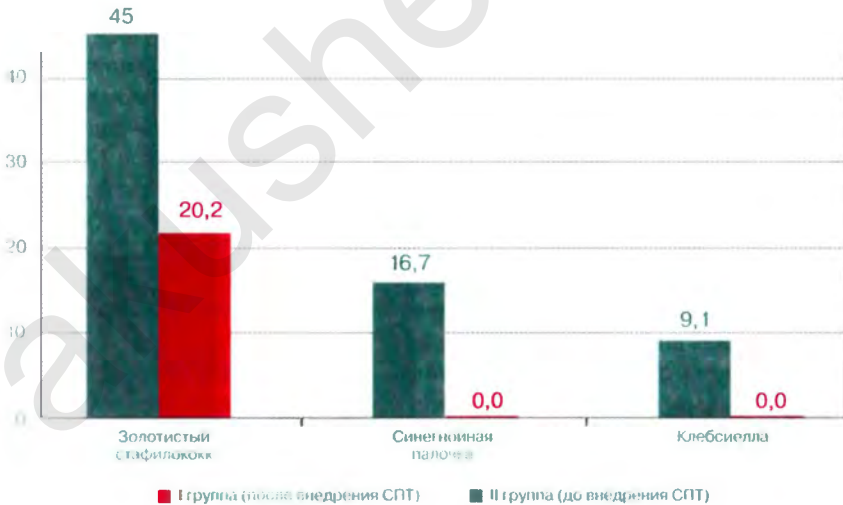


Рис. 10-25. Видовой состав микроорганизмов, выделенных из очагов воспаления, %.



Рис. 10-26. Динамика инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорождённых, %.

Алгоритм профилактики инфекционно-воспалительной заболеваемости среди родильниц и новорождённых оценивали, сравнивая результаты работы до и после внедрения современных перинатальных технологий, в том числе современного дезинфекционного режима. Блестящие результаты стали поводом для присвоения родильному дому №25 почётного звания «Больница, доброжелательная к ребёнку» в 2006 году, а главный врач (кандидат медицинских 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 мамы, экономия ресурсов благодаря ранней выписке), огромна. Независимо от инженерно-технических особенностей родильного стационара, внедрение указанных методов приводит к многократному снижению инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорождённых.

За 14 лет приверженности современным перинатальным технологиям в 4 раза снизилась частота маститов, эндометритов и расхождений швов, в 5 раз — вероятность инфекционно-воспалительных заболеваний у новорождённых. Случающиеся эпизоды относятся к «малым» формам, представлены конъюнктивитом, дакриоциститом и не требуют госпитализации в детскую больницу. Сочетание



Рис. 10-27. Биотоп родильного дома.

перинатальных технологий с ежеквартальной сменой современных дезинфектантов заметно меняют микробную обсеменённость женщин, детей и окружающей среды в более благоприятную сторону (рис. 10-27).

Аналогичные результаты получены и в других роддомах, где внедрены современные перинатальные технологии. По данным А.Н. Рымашевского (Ростов-на-Дону, 2007), ранняя реабилитация новорождённых от матерей с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями (кроме ВИЧ-инфекции) позволяет нивелировать отставание в физическом развитии у детей с диагнозом «задержка роста плода» в анамнезе к 6–12 мес жизни. При опоре на современные перинатальные технологии младенческая заболеваемость таких детей сопоставима с общепопуляционными показателями.

Пути преодоления

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 его обеспечения необходимы следующие меры.

- Гарантированное получение плодом микрофлоры матери в родах. Это обеспечивает физиологическое становление микробиологической, пищеварительной и иммунной систем в раннем периоде развития ребёнка. Сле-

дует как можно строже ограничить применение дезинфектантов при поступлении в роддом, в родах и послеродовом периоде.

- Выкладывание на живот матери сразу после рождения и раннее (в первые 20–30 мин жизни) прикладывание к груди матери.
- Совместное пребывание матери и ребёнка в послеродовом отделении (обеспечивает не только 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 малоэффективной БЦЖ — на 2–3-и сутки).

Реализация 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;
- недопустимость применения сосок, рожков и пустышек, ослабляющих оральную моторику новорождённого.

Грудное вскармливание — наилучший способ предоставления идеального питания для здорового роста и развития детей грудного возраста, неотъемлемый компонент репродуктивного процесса, важный для здоровья матерей (см. Приложение «10 шагов успешного грудного вскармливания»). 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 указаниях Министерства здравоохранения РФ №225 «Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни» (1999), противопоказаниями к раннему прикладыванию к груди со стороны матери могут быть:

- тяжёлые формы гестозов;
- кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- открытая форма туберкулёза;
- декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, лёгких, почек, печени;
- острые психические заболевания;
- злокачественные новообразования;
- положительная серологическая реакция на ВИЧ-инфекцию.

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны ребёнка:

- состояние новорождённого по шкале Апгар ниже 7 баллов;

- тяжёлая асфиксия новорождённого;
- нарушения мозгового кровообращения II–III степени;
- глубокая недоношенность;
- тяжёлые пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, желудочно-кишечного тракта и др.).

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 гонобленорей (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.) лучше выполнять через 2 ч после родов.

Согласно рекомендациям ВОЗ, мать и дитя можно разлучать лишь в крайних случаях, а все необходимые осмотры следует проводить, когда ребёнок находится в тесном контакте с матерью, в послеродовой палате, а не в «смотровой», манипуляционной и т.д., включая БЦЖ в этой же палате 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 пребывания 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 для недоношенных и незрелых детей, находящихся в отделении интенсивной терапии. Новорождённому закапывают молозиво, сцеженное мамой в ложечку¹, на слизистые оболочки полости рта и носа. Маловесных детей кормят нативным молоком матери ежедневно возможным способом (через

¹ В нашей практике для этой цели применялся одноразовый шприц.

зонд капельно или медленно струйно, из рожка). Свободный режим вскармливания исключает потребность в допаивании водой.

Для маловесных и недоношенных детей особенно полезно выхаживание «методом кенгуру» — фиксация 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.

Перечень манипуляций, без которых вполне можно обойтись при уходе за новорождённым в отделении:

- ежедневная рутинная обработка глаз (нет оснований);
- ежедневное взвешивание, за исключением больных и маловесных детей (здоровым достаточно лишь двукратного взвешивания — при рождении и перед выпиской, всё остальное неинформативно);
- рутинная обработка пупочного остатка при сохранной скобке или лигатуре (неэффективно для профилактики воспалений).

Подмывание новорождённого следует проводить проточной водопроводной водой.

При свободном вскармливании нет необходимости в сцеживании грудного молока.

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!

Главными задачами медицинского персонала должны стать информирование женщин о современных перинатальных технологиях и грудном вскармливании, 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 молозива (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, поэтому 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 цифры 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 — проведение прививок против туберкулёза новорождённым и отсутствие вакцинации детей против гемофильной инфекции. В США прививки осуществляют по совершенно другой системе: новорождённым вакцинация БЦЖ не проводится, 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, однако в 60–90% случаев предупреждает развитие туберкулёзного менингита и диссеминированного туберкулёза. Однако здесь речь пойдет не о низкой эффективности БЦЖ в борьбе с туберкулёзом, а о потенциальной опасности для новорождённых, особенно для детей с ослабленным иммунитетом.

Массовый прививочный охват противоречит общеприродной природе человека, игнорирует генетически детерминированный период адаптации иммунной системы. Недоучитывается риск осложнений, ведь новорождённые по-разному переносят искусственную стимуляцию иммунитета. В подобной «помощи» легко усмотреть явную агрессию со стороны системы здравоохранения.

Решить эту проблему возможно лишь при взаимодействии эпидемиологов, неонатологов, организаторов здравоохранения и акушеров.

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 регламентирующих безопасность препарата. До 2004 года методики оценки качества вакцин не соответствовали даже требованиям РФ к лекарственным средствам, не говоря уж о международных стандартах. В такой ситуации утверждать, что массовая ранняя вакцинация полностью безопасна по меньшей мере рискованно.

Вмешательство в иммунную систему предусматривает оценку напряжённости иммунитета, однако полноценному сотрудничеству педиатров с иммунологами препятствует то, что в штате сотрудников санитарно-эпидемиологических станций их попросту нет, вопреки приказу №260 от 11 апреля 1960 года Минздрава СССР. А поскольку диагностику состояния иммунитета не проводят, невозможно и регламентировать, кому из новорождённых показана вакцинация, а кто должен её избежать.

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% случаев — таких детей (из группы риска

по осложнениям после вакцинации против туберкулёза) даже вне роддома прививают вакциной БЦЖ, а не щадящей БЦЖ-М.

Пути преодоления

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 (когда созреет иммунная система младенца, после 3 мес) возобладает, и больше ничто не будет препятствовать выписке детей на 2–3-и сутки.

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 не менее 2500 г.

Однако уже сегодня ничто не мешает передать вакцинацию БЦЖ в ведение педиатрической службы. Раз такая судьба 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 новорождённости в 80–90% случаев приводит к хроническому течению процесса, повышает риск развития цирроза и рака печени. Однако даже эти аргументы не оправдывают массовой вакцинации от гепатита В. Известно, что с помощью вакцинации можно снизить в 20 раз риск заражения новорождённого от матери — носительницы НВ_sAg, однако как объяснить стремление прививать даже детей, не имеющих доказанных контактов с носителем инфекции?

Прививки против вирусного гепатита В в первые 12 ч после рождения необходимы новорождённым, чьи матери являются носителями НВ_sAg 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 проводят обязательный скрининг на наличие фенилкетонурии, врождённых гипотиреоза и глухоты, галактоземии, муковисцидоза и адреногенитальный синдром.

Историческая справка

Скрининг новорождённых на генетические заболевания существует с 1962 года, когда Роберт МакКриди, 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 проводилось 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.

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 новорождённым 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 4–6 заболеваний. Программа, включающая тестирование по всем возможным заболеваниям (более 10), 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 «О массовом обследовании новорождённых детей на наследственные заболевания».

Нарушения слуха — наиболее распространённое врождённое нарушение. Согласно данным II Международной конференции по скринингу новорождённых, диагностике и раннему вмешательству (2002), нарушения слуха наблюдаются у трёх из 1000 новорождённых. Это в 2 раза чаще, чем незаращение губы (нёба) и синдром Дауна, в 10 раз больше, чем показатель для врождённой фенилкетонурии. Необходимость тотального аудиологического скрининга новорождённых не вызывает сомнений.

Программы тотального аудиологического скрининга новорождённых действуют в США, Канаде, Великобритании, Бельгии, Голландии и других странах. Принятые сегодня стандарты эффективного скрининга рекомендованы Американской академией педиатрии.

- 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 коррекции этого нарушения. Несомненно, что подобная тактика экономически целесообразнее, чем необходимость пожизненного обеспечения инвалидов. К сожалению, несмотря на 5–10-кратную экономическую выгоду, массовое обследование новорождённых возможно только в странах с развитым здравоохранением.

Во многих странах муковисцидоз включён в список наследственных болезней, подлежащих неонатальному скринингу, это оправданно как с медицинской, так и с экономической точки зрения. Скрининг сокращает время постановки диагноза, в сочетании с медико-генетическим консультированием позволяет ограничить рождение больных муковисцидозом в семьях, где уже есть больной ребёнок. Продолжительность жизни пациентов, выявленных с помощью скрининга, выше, чем в других группах.

Массовый скрининг новорождённых на фенилкетонурию и врождённый гипотиреоз большинство ученых считают одним из мощнейших инструментов профилактической медицины, но мы с сожалением отмечаем явную агрессию, сопряжённую со сроками проведения вмешательства. Такая тактика (скрининг в родильном стационаре на 4-е сутки у доношенных, на 7-е сутки — у недоно-

шенных) **перечёркивает возможность настоящей ранней выписки**, что в корне неверно. Акушерам-гинекологам следует заботиться о ранней выписке матерей и новорождённых, а педиатрическая служба может и должна заниматься скринингом амбулаторно.

Пути преодоления

Скрининг новорождённых должен происходить обязательно, но не в родильном доме. Это мнимое «удобство» с позиций малокомпетентных организаторов территориального здравоохранения, превращающее роддом в подобие казармы. В то же время приказ МЗСР не препятствует тому, чтобы скрининги проводить в детских поликлиниках или других медицинских учреждениях по месту жительства новорождённого. Эта безусловно важная процедура не должна препятствовать ранней выписке.

Организационная агрессия системы родовспоможения

Никак нельзя обойти вниманием крайне важную составляющую акушерской агрессии — организационную. Представление об её слагаемых складывается не только 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 материнской смертности оборачиваются прогнозируемыми репродуктивными потерями.

Территориальная разобщённость функциональных единиц службы родовспоможения (женские консультации, родильные дома, родильные отделения многопрофильных больниц) не позволяет вести всю беременность, включая предгравидарный и поздний послеродовый 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)?

Уровень материнской и младенческой смертности стабильно высок ещё и потому, что **качество медицинской помощи на основных этапах родовспоможения неадекватно**, протоколы диагностики и лечения не соблюдаются, алгоритмы для экстренных акушерских ситуаций просто игнорируются. 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 гестозе, 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. 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!

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. Возможны и худшие варианты, когда невозможно оказать адекватную и своевременную помощь новорождённым в экстренных ситуациях.

К сожалению, пробелы в организации системы родовспоможения не способствуют реализации концепции ВОЗ по безопасному материнству. Очевидно, что 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 акушерская помощь оказывается именно так (Creasy M.K., Creasy R.K.J., 1997).

- Для беременных с низкой степенью риска предусмотрен Центр для родов (The Birth Centre). В нём работают только акушерки, врачебного персонала нет, как и специального оборудования. При осложнённом течении родов пациентку переводят в специализированное учреждение.

- В Центре для родов при госпитале (The Alongside Unit) также работают акушерки, проводится аппаратный мониторинг состояния плода и беременной. В случае осложнений роженицу переводят в госпиталь.
- В многопрофильном учреждении (Integral Unit) помимо акушеров имеются врачи общего профиля, проводится мониторинжное наблюдение за процессом родов. При необходимости приглашают акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов и прочих специалистов, оказывающих медицинскую помощь на месте, без перевода роженицы.

В некоторых странах существует **трёхуровневая система акушерской помощи**.

I уровень. Беременным с невысокой степенью риска акушерки оказывают помощь при нормальных родах, элементарные реанимационные мероприятия. Как правило, женщина проводит в таком стационаре около суток.

II уровень. Комплексное наблюдение за состоянием беременных и новорождённых, помощь при наиболее распространённых акушерских осложнениях, включая оперативные пособия. Штат стационара включает акушера-гинеколога, владеющего оперативными навыками. Этого врача приглашают в госпиталь при необходимости.

III уровень. Комплексная специализированная акушерская и неонатологическая помощь. Сюда направляют беременных с высоким перинатальным риском. Штат укомплектован акушерами-гинекологами, неонатологами, владеющими приёмами интенсивной терапии, анестезиологами-реаниматологами, врачами смежных специальностей.

По нашему мнению, женская консультация, первичное звено службы родовспоможения, занимающееся своевременным обнаружением и оценкой факторов акушерского и перинатального риска, используется неэффективно. Введение этих учреждений в структуру здравоохранения реально снизило материнскую смертность, но не повлияло на показатели перинатальной заболеваемости и смертности, не снизило мертворождаемость.

Однако попытки улучшения специализированной антенатальной помощи беременным предпринимаются и сейчас. В консультациях, располагающих методами лабораторной и функциональной диагностики, центрах планирования семьи организованы кабинеты антенатальной охраны плода. По результатам обследования врач формулирует заключение о состоянии плода и рекомендует дальнейшую тактику ведения беременности и родов.

Большой недостаток существующей службы родовспоможения — нет преемственности и взаимодействия между районными поликлиниками, женскими консультациями, специализированными центрами, акушерскими стационарами и детскими поликлиниками. Из-за этого не получается сформировать логическую цепочку событий в репродуктивной жизни женщины.

В России для улучшения репродуктивного здоровья населения были созданы **перинатальные центры на базе многопрофильных лечебных учреждений**¹. 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, или 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 нет областного роддома или перинатального центра, не так давно успешно завершили краевые руководители².

Изолированно функционирующие роддома, как и родильные отделения многопрофильных больниц, не взаимодействующие с женскими консультациями, не могут похвастаться снижением показателя материнских и перинатальных потерь. Лечебные учреждения, не имеющие в своём составе отделения для **II этапа выхаживания новорождённых**, перинатальными центрами считаться не могут.

Проблема междисциплинарной разобщённости объектов здравоохранения достаточно сложна. Тем не менее экстрагенитальные заболевания у женщин репродуктивного возраста встречаются всё чаще, так что актуальность этого вопроса беспорна.

В Российской Федерации из всех родовспомогательных учреждений почти 75% относятся к I уровню (группе) оказания помощи. При такой многочисленности в них проводится 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). Основным родовспомогательным учреждением I уровня является центральная районная больница (84,4%). Кроме того, к этому уровню относятся маломощные городские больницы (7,4%), рай-

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 декабря 2004 года №308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров».

² 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 близкой стране — до идеала далеко, а до головы и сердца любого руководителя должно быть близко. Иначе не надо руководить, а честно (если можешь) работать врачом.

онные 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 была проведена в учреждениях II уровня, доля которых в России составляет 20%. Поэтому среднее количество родов в учреждениях этого уровня составило 1960 в год. 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%).

Таким образом, более 70% родов в России проведено в учреждениях II и III уровня, призванных оказывать специализированную акушерскую и перинатальную, порой дорогостоящую помощь. При этом доля такого рода учреждений составляет всего 25% (рис. 10-28).

«Проблема первого уровня» копилась годами. Финансировались и оборудовались эти учреждения по остаточному принципу. Большой вопрос — кадровое обеспечение этих учреждений и профессионализм сотрудников. В 33 родовспомогательных учреждениях I уровня в течение года проведено менее

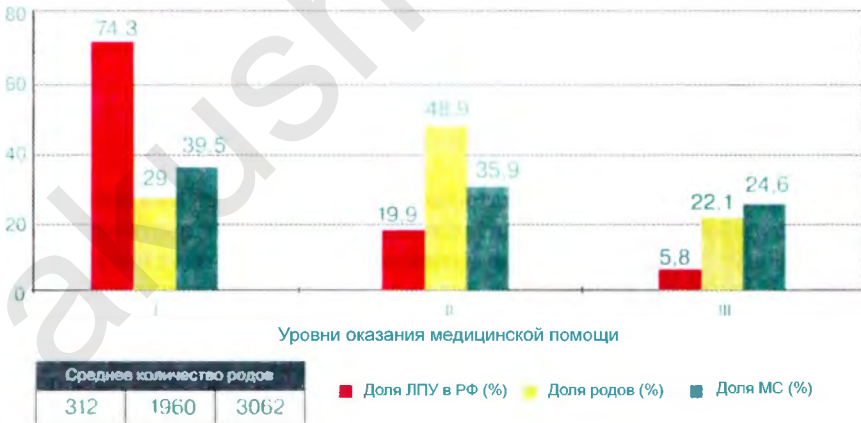


Рис. 10-28. Распределение учреждений родовспоможения в Российской Федерации в зависимости от уровня оказания помощи, количества родов и материнской смертности.

10 родов (рис. 10-29), 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 проводится менее 100 родов, а более чем 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. 10-30).

Как результат, больше всего женщин погибли в родовспомогательных учреждениях I уровня (почти 40%), и это притом что в них произошло только 29% родов (поэтому и самый высокий показатель материнской смертности — недостаточно опыта у врачей и среднего персонала). На I уровне основной причиной материнской смертности оказалось кровотечение (в каждом третьем случае). Можно согласиться, что в большинстве случаев спрогнозировать кровотечение в родах и послеродовом периоде довольно трудно, но уж если оно возникло, **первичная** врачебная помощь должна оказываться в полном объеме 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 случаев).



Рис. 10-29. Распределение количества родовспомогательных учреждений в Российской Федерации по количеству родов в 2008 году.



Рис. 10-30. Показатель материнской смертности в зависимости от мощности родильного стационара (количество родов в год).

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 новым Порядком — профильных стационаров.

Опасность родов в учреждениях I уровня подтверждают данные статистики. Риск материнской смертности 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.

Пути преодоления

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



Рис. 10-31. Перинатальный центр и взаимодействующие с ним подразделения.

высокого риска, и их детям. Структурные подразделения перинатального центра: консультативно-диагностическое, акушерское и педиатрическое отделения, анестезиолого-реанимационные блоки в акушерских и неонатальных отделениях.

Преимущества перинатального центра — концентрация высококвалифицированных кадров и современной медицинской аппаратуры. Основная концепция сводится к соблюдению трёх основных правил.

1. Качество перинатальной помощи обеспечивается 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 перинатальными, лечебно-диагностическими технологиями, в перинатальных центрах создаются условия для оказания специализированной медицинской помощи даже в самых тяжёлых случаях (рис. 10-31).

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. 10-32). 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.

Улучшение гестационных исходов для матери и плода требует объединения усилий акушера-гинеколога и неонатолога, совместного ведения всей беременности, а не только консилиума на этапе родоразрешения. Содружественные, адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия позволят скорректировать нарушения течения беременности, оптимизировать перинатальные исходы и свести потери среди недоношенных новорождённых до уровня непредотвратимых.

Для повышения качества акушерско-гинекологической и неонатальной помощи на базе акушерского отделения городской многопрофильной больницы целесообразно организовать амбулаторно-поликлиническое подразделение. Здесь будет проходить дородовое консультирование беременных и послеродовая диспансеризация родильниц вместе с новорождёнными (катамнез). Преимущества этого организационного «манёвра»:



Рис. 10-32. Перинатальный центр.

- обеспечение преемственности на всех этапах от планирования беременности до катamnестического 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 специалистов 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 год). 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 катamnеза или дневной стационар.

В амбулаторно-поликлиническом подразделении под наблюдением находятся следующие группы пациенток:

- планирующие беременность (пациентки с отягощённым акушерским анамнезом, бесплодием, невынашиванием беременности, эндокринными 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 функциями (роль координатора выполняет амбулаторно-поликлиническое подразделение), высокотехнологичными или уникальными методиками, возможностью ведения пациенток высокой степени перинатального и акушерского риска от стадии планирования беременности до контроля состояния новорождённого (рис. 10-33).



Рис. 10-33. Координирующая роль амбулаторно-поликлинического подразделения. Реализация преемственности в условиях многопрофильной больницы.

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 МЗСР РФ за 2009 год: заболеваемость беременных анемией (35%), болезнями мочеполовой системы (19%) и системы кровообращения (10%) составляет в сумме 64% только по этим трём нозологиям. По собственным наблюдениям, почти половина пациенток, обратившихся в амбулаторно-поликлиническое подразделение, нуждались в консультативной и лечебной помощи специалистов больницы (40,2% — в 2003 году, 53,8% — в 2008-м).

Для преемственности 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, лактостаз).

Финальный этап медицинской помощи женщине, реализующей репродуктивную функцию, — катамнез детей. Здесь принцип преемственности 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 развития 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 10,2%, количество гистерэктомий при массивных кровотечениях снижается до единичных случаев, послеродовые гнойно-септические заболевания — в 4,8 раза, послеоперационные осложнения — в 9,3 раза. Показатель перинатальной смертности недоношенных новорождённых с 28% сокращается до 19%, в том числе заболеваемость детей от матерей с хронической плацентарной недостаточностью с 76 до 430% (ниже популяционной). 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 участковым 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 (кардиоаку-

шерский, 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 плода должен проводить врач стационара **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 риска (см. главу «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).

Санэпидрежим

Ура! В 2010 году утверждены новые СанПиНы, полностью соответствующие мировым установкам. Это победа здравого смысла — разрешение всех современных перинатальных технологий, возможность упразднить обсервационные отделения, а там, где они сохраняются, — проектировать совместное пребывание и многое другое. Ведь в подавляющем большинстве случаев роды проходят в родильном доме (отделении), где существуют правила и стандарты эффективного оказания медицинской помощи женщинам и детям. Профилактика госпитальных инфекций и борьба с ними — главная составляющая безопасности для пациентов в лечебном учреждении. Несомненна лишь важность совершенствования структуры инфекционного контроля, мониторинга внедрения нового СанПиНа (рис. 10-34).

Актуальность проблемы внутрибольничной инфекции связана с крайне высокой заболеваемостью и смертностью новорождённых и родильниц. Эти показатели не имеют тенденции к снижению, наносят колоссальный социально-экономический ущерб.

Раньше распространённости послеродовых инфекционных заболеваний способствовали недостатки организационных аспектов медицинской помощи,



Рис. 10-34. Новые СанПиНы в контексте требований доказательной медицины (2010).

а также санитарно-противоэпидемический режим, во многом не соответствующий позициям доказательной медицины.

Старые воззрения о раздельном пребывании матерей и новорождённых противоречили физиологии человека и современным перинатальным технологиям; ряд пунктов санитарно-эпидемического режима допускали активацию условно-патогенной микрофлоры родильниц. Но и поныне инфицирование в акушерских стационарах происходит при несоблюдении персоналом **противоэпидемического 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 кувезах, ветошь, бельё, щётки, мыльницы, вскрытые растворы и жидкие лекарственные формы, дезинфицирующие растворы низкой концентрации).

Причиной распространения внутрибольничной инфекции зачастую бывают 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

и с нарушениями правил использования провоцирует приблизительно 15% вспышек внутрибольничной инфекции. Однако выполнять перечисленные манипуляции необходимо, поэтому так актуальна проблема инфекционного контроля.

Ятрогенными факторами, повышающим эпидемиологическую напряжённость в родильном стационаре, можно назвать недостаточный контроль стерильности окружающей среды, отсутствие достоверной статистики по заболеваемости как новорождённых и родильниц, так и медицинского персонала, недооценка факторов риска.

Недостаёт налаженной системы обследования медперсонала на носительство, алгоритма немедленного эпидемиологического расследования по факту инфекционной вспышки, профилактических и противоэпидемических мероприятий. Если плановой диспансеризации нет или к ней относятся формально, источниками инфекции могут быть сотрудники стационара, тесно контактирующие с родильницами и новорождёнными. В то же время возможность свободного режима посещения пациенток родильного стационара могла бы создать конкуренцию между «вольными» микроорганизмами и «завсегдатаями» стационаров. Это будет способствовать решению проблемы госпитальных штаммов лучше любого дезинфектанта. Актуальность подобной тактики можно было бы оспорить, но арсенал стационарных 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 приводит к учащению внутрибольничных инфекций. Здесь и перегрузка стационара, 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: функционирование роддома в аварийных условиях (перебой 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

Неотъемлемым стандартом безопасного функционирования родильного дома признана система инфекционного контроля (эпиднадзор).

Последовательность действий при мытье рук

1. Снимите украшения с рук. Вымойте руки и предплечья (нижнюю треть) с жидким мылом под проточной водой, повторно намыльте кисти рук. При использовании твёрдого мыла с куска необходимо смыть остатки пены. Твёрдое мыло должно храниться сухим, на решётке.

2. Нельзя дотрагиваться до крана после мытья рук. Для закрытия крана можно использовать бумажные полотенца.

3. Руки высушивают одноразовым бумажным полотенцем. На сухие руки надевают одноразовые перчатки. После процедуры вымойте руки в перчатках под проточной водой и снимите перчатки.

Инфекционный контроль — совокупность эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, препятствующих возникновению и распространению инфекционных заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях. Для медицинского персонала родильного дома основные методы инфекционного контроля должны стать **частью ежедневной практической деятельности**.

Современная стратегия борьбы с госпитальными инфекциями предусматривает создание системы инфекционного контроля в стационаре. Участвовать в работе этой системы должны все врачи лечебного профиля, госпитальный эпидемиолог (заместитель главного врача по противоэпидемической работе) и медицинские сёстры.

Эффективно контролировать внутрибольничные инфекции можно только в том случае, если работа основана на результатах эпидемиологической диагностики. В свою очередь, эпидемиологическая диагностика возможна, если правильно организовано эпидемиологическое наблюдение.

Система инфекционного контроля должна безукоризненно функционировать во всех учреждениях системы 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.

Организационные и эпидемиологические мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций необходимы. Однако не менее важны ранний 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 крайней необходимости не следует транспортировать новорождённых по иным помещениям акушерского стационара. Особого внимания заслуживает **правильное мытьё рук медицинским персоналом**. Медицинские маски и колпаки на территории родовспомогательного учреждения носить не нужно, за исключением ситуации, когда в помещении происходит инвазивное вмешательство¹.

Присутствие членов семьи во время родов, свободное посещение женщины и ребёнка в послеродовом отделении значительно **уменьшают** распространённость госпитальной инфекции в родильных стационарах. Нет необходимости заставлять посетителей родильного дома надевать сменную одежду и обувь (если гости пришли в чистом, разумеется).

Циклическое заполнение палат необходимо для обеспечения стерилизационного режима. Предродовые и родовые палаты могут быть отдельными боксами, при необходимости их можно использовать в качестве операционной (если в них есть необходимое оборудование). Отдельных палат должно быть вдвое больше, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой (работа не более 3 сут подряд). Основной способ предупреждения передачи инфекции от ребёнка медицинскому персоналу и от медицинского персонала ребёнку — **правильное мытьё рук**. В ежедневной практике медицинского персонала **мытьё рук до и после осмотра каждого новорождённого** считают единственным методом противодействия нозокомиальной инфекции (см. приложение «Способы обработки рук»). И вот победа здравого смысла! Роспотребнадзор разработал СанПиНы (2010)².

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 (см. главу «Современные перинатальные технологии»).

Согласно нашему опыту, преодоление устаревших стереотипов и внедрение современных перинатальных технологий занимает 3–5 лет и заканчивается после количественного и качественного улучшения эпидемиологической обстановки, снижения заболеваемости родильниц и новорождённых.

¹ См. раздел «Современные перинатальные технологии».

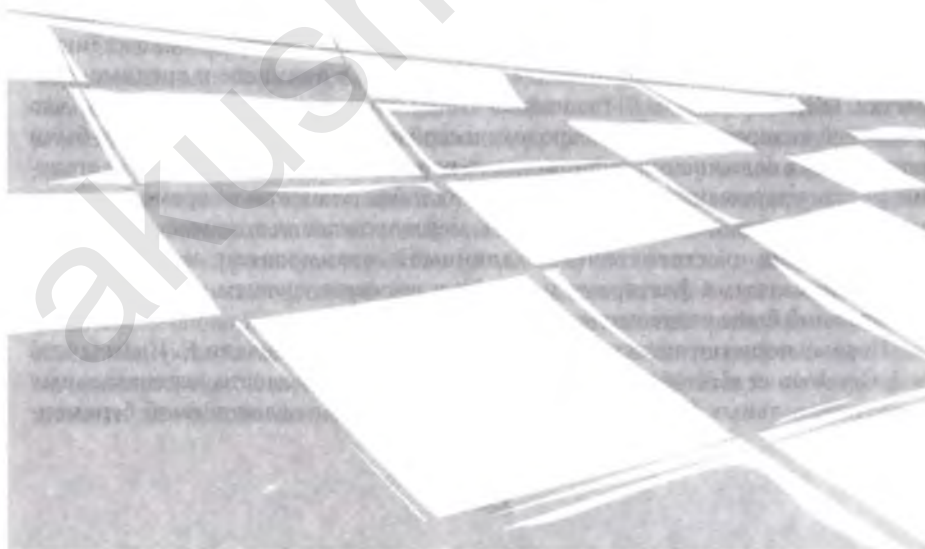
² См. Приложение «Доклад «Новые акушерские технологии и новации в санитарном законодательстве», канд. мед. наук Е.П. Игониной, руководителя Отдела надзора за лечебно-профилактическими учреждениями Управления Роспотребнадзора по г. Москве (24 февраля 2011 года, Международная конференция «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии», Москва, РУДН).

Литература, глава X

- Абикарова П.Р. и соавт. Руководство по контрацепции / Под ред. В.Н. Прилепской. 2010.
- Дикте Г.Б., Башлыкова И.А. Реабилитация после медицинского аборта: методические рекомендации. ГУ НИИ АГиП ТНЦ СО РАМН. — С. 2.
- Долженко И.С. и соавт. Терапия нарушений менструального цикла у девочек с гипоталамической дисфункцией // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. — 2011. — №1
- Кузнецова И.В. Методические рекомендации: гиперпластические процессы эндометрия. — М.: ММА им. Сеченова, РМАПО. — 2009.
- Кузнецова И.В. Методические рекомендации: эндометриоз. — М.: Кафедра акушерства и гинекологии РМАПО, 2010.
- Кузнецова И.В. Плановая контрацепция — простой путь к снижению распространённости аборта // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2011. — №2.
- Молочные железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Медиаборо Статус Презенс. — 2010.
- Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Возможности применения препарата Лонгидаз в комплексной терапии патологических изменений эндометрия // Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. — С. 95–98.
- Оленева М.А. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в оптимизации здоровья матерей и новорожденных. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 2006. — 27 с.
- 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.
- 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.
- Рыманцевский А.Н. Перинатальная заболеваемость плодов и новорождённых у женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 2006. — С. 44.
- Сандакова Е.А., Скрябина В.В., Рылова О.В. Реабилитация женщин после медицинского аборта // Акушерство и гинекология. — 2010. — №6. — С. 119–122.
- Серов В.Н., Никитин С.В. Новые возможности лечебного действия КОК Гинекология. — 2000. — №6. — С. 180–183.
- Тихомиров А.Л. Новый, только прогестин-содержащий контрацептив // РМЖ: акушерство и гинекология. Мать и дитя. — 2011. — Том 19. — №1 (395).
- Тур А.Ф. О некоторых вопросах в питании здоровых детей первого года жизни // Педиатрия. — 1973. — №1. — С. 3–9.
- Уварова Е.В. Гормональная контрацепция: что это такое, какой она бывает, зачем и кому она нужна, как ее применять? // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. — 2001. — №1.
- Хабаров С.В. Осложнения артифициального аборта // Искусственное прерывание беременности. — Саратов, 2002. — С. 45–47.
- Чередниченко 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.
- Halaska M., Beles P., Gorkow C., Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing an extract of Vitex agnus castus: Recent results of a placebo-controlled double blind study // The Breast. — 1999. — N8. — P. 175–181.
- Mattar C.N., Chan Y.S., Chong Y.S. Breastfeeding: it's an important gift // Obstet. Gynecol. — 2003. — N102(6). — P. 1414.
- Wuttke W., Splitt G., Gorkow C., Sieder C. Treatment of cyclical mastalgia with medicinal product containing Agnus castus. Results of a randomized, placebo-controlled, double blind study // Geburtsh. U. Frauenheilk. — 1997. — N57. — P. 569–574.

ГЛАВА XI

Стратегия перинатального риска



В соответствии с постулатом медицины XXI века — «предупредить болезнь легче, чем её лечить в дальнейшем» — современная перинатология нуждается в стратегии, обеспечивающей сохранение жизни и здоровья плода и новорождённого. С этой целью выполняют анализ особых показателей:

- факторы риска перинатальной заболеваемости и смертности;
- особенности течения беременности, характер осложнений;
- возможные мероприятия по улучшению медико-социальной помощи беременным и детям.

Реализации этих условий способствует стратегия перинатального риска. Она предусматривает дифференцированный подход в зависимости от степени риска, раннее выявление группы женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерскими или экстрагенитальными проблемами. Предполагается организация интенсивного наблюдения за состоянием матери и плода буквально с самого начала беременности.

Существующее положение вещей вынуждает врача нести персональную ответственность за оценку принадлежности беременных к группе перинатального риска и выбор метода родоразрешения, адекватного степени риска, а также в целом за исход родов.

Исторические аспекты системы прогнозирования перинатального риска

Первые попытки прогнозирования перинатального риска были предприняты 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. Lilienfeld (1955) и В. Pasamanick (1955) одними из первых отметили, 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, неправильные положения плода, мертворождения в анамнезе. Впоследствии теория о статистически значимой взаимосвязи между этими неблагоприятными факторами у матери и высоким уровнем перинатальных осложнений была подтверждена J.F. Donnelly (1957).

Первые попытки систематизации факторов риска сделали E. Hickz (1972) и J. Goodwin et al. (1969). Сравнение частоты встречаемости антенатальных и интранатальных факторов риска у 1013 матерей с осложнённой беремен-

ностью позволило разделить их на три группы в зависимости от состояния их детей: здоровые, дети с неврологическими нарушениями и перинатально умершие.

Авторы, разработавшие шкалы для служб перинатологии Англии и Америки, указывали на мультифакторность риска и синергизм между факторами, в связи с чем неблагоприятные исходы при высокой степени перинатального риска значительно ухудшаются. Они рекомендовали выделять группу женщины «высокого риска» и организовывать интенсивное наблюдение за состоянием матери и плода буквально с начала беременности. Таким пациенткам следовало предлагать родоразрешение в специализированных центрах.

Шкалы риска как безальтернативный способ прогнозирования

Несмотря на более высокую чувствительность и точность изолированных шкал риска, они больше подходят для учёта наиболее распространённого в конкретном учреждении фактора риска. Например, если шкала разработана в учреждении, специализирующемся на помощи пациенткам с сахарным диабетом.

Однако у каждой шкалы есть свои минусы. Например, недостатки «Шкалы риска наступления преждевременных родов» вызваны прежде всего тем, что она **старая**. В ней не учтены такие значимые факторы современного акушерства, как индуцирование беременности, ЭКО, герпесвирусная инфекция II типа, оперативные вмешательства лапароскопическим доступом в анамнезе. Всё это снижает практическую значимость шкалы.

Достаточно противоречива и не очень удачна «Шкала прогноза родов при тазовом предлежании». Чего стоят хотя бы варианты срока беременности: «37–38; более 41, 40–41, 38(?)–39». В таблице множество оговорок; некоторые из приведённых параметров (масса плода, ножное предлежание) — абсолютные показания к кесареву сечению. Не учтён такой важный критерий, как задержка роста плода. По нашему мнению, разработать универсальную модель для прогнозирования риска в этом случае невозможно в принципе. Дело в том, что роды в тазовом предлежании несут немалую долю риска; плод при прохождении родового канала испытывает «неправильное» воздействие.

Шкала риска развития гипоксии плода в случае обвития пуповиной также небезупречна: многофакторность изучаемых показателей с использованием нескольких сложных дорогостоящих аппаратных методов исследования (цветное доплеровское картирование, КТГ, эхография) и длительность диагностики (на запись одной кардиотокограммы без анализа требуется не меньше часа) значительно осложняют его практическое использование.

В то же время есть акушерские ситуации, когда разработать шкалу для прогнозирования совсем нереально. Анализ аномалий родовой деятельности, проведённый А.Д. Подтетеневым и соавт. (2004), показал, что сформировать группы риска по аномалиям родовой деятельности прежде начала родов не удастся. Такой важнейший фактор, как незрелость шейки матки, сильно влияет на характер родовой деятельности, а учесть его можно только при перенашивании беременности, в начале прелиминарного периода, при родовом излитии околоплодных вод или в начале I периода родов.

Среди универсальных шкал определения перинатального риска особого внимания заслуживают работы С. Nobel с соавт. — интранатальная и неонатальная шкалы с балльной системой подсчёта, включающие от 40 до 126 факторов риска. Более удобна и проста система Manitoba, названная по месту первого применения (одна из канадских провинций). Среди детей, чьи матери по данной системе были отнесены к группе высокого риска, неонатальная заболеваемость была в 2–10 раз выше. Недостаток системы Manitoba в том, что оценка некоторых показателей происходит довольно субъективно. Поэтому F. Agias (1984) дополнил систему балльной оценкой часто встречающихся у беременных экстрагенитальных осложнений.

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, пренатальные (А) и интранатальные (В). Пренатальные 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) также были разделены на три подгруппы:

- 1) материнские факторы;
- 2) изменения плаценты и пуповины;
- 3) плодовые факторы.

Вероятность неблагоприятного исхода беременности и родов для плода и новорождённого в этой шкале имеет три степени: высокую, среднюю и низкую. К группе высокого риска относят всех беременных с суммарной оценкой пренатальных факторов 10 баллов и более, к группе среднего риска — 5–9 баллов, низкого — до 4 баллов. Кроме того, наличие одного фактора, оцененного в 4 балла, трактуется как высокая степень перинатального риска.

Наибольшее практическое признание получила шкала оценки перинатального риска О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой. В приказе МЗ 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.

Разделение беременных на группы риска, дифференцированное их ведение во время беременности и родов позволило снизить уровень перинатальной смертности на 30% по сравнению с показателями аналогичной группы беременных, находившихся под обычным наблюдением.

Единственное упущение применявшейся системы — неудовлетворительная преемственность амбулаторного и стационарного звена: подсчёт риска проводился 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 организации соответствующих стационарных условий для этого контингента беременных. Однако для своего времени эта система была поистине прорывом в перинатальной охране плода, существенно снизившим перинатальную смертность на территории бывшего СССР.

В последующие годы поиски оптимального способа определения высокого перинатального риска продолжились. В.Н. Серов (1989) предлагал различать три степени риска предстоящих родов. Однако условность такой системы распределения беременных по степеням риска, без балльной оценки факторов, необъективна. Исследования показывают, что факторы риска в родах сильнее влияют на уровень перинатальной смертности, чем такие же факторы во время беременности. Сочетание факторов высокого риска во время беременности с факторами высокого перинатального риска в родах значительно повышает показатели перинатальной смертности.

В настоящее время для определения степени перинатального риска руководствуются приказом МЗ РФ №50 от 2003 года. Согласно этому документу диспансерное наблюдение за беременными, а также формирование групп высокого акушерского и перинатального риска возложено на акушера-гинеколога женской консультации. Заключение формулируется на основании данных обследования и лабораторных анализов. Всех беременных из группы риска осматривает главный врач (заведующий) женской консультации. По показаниям женщину направляют к соответствующим специалистам для получения консультации и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. В случаях, когда необходимо обследование в условиях стационара, беременную направляют в профильное лечебное учреждение. При наличии особых факторов риска (рубец на матке, предлежание плаценты, многоплодная беременность) рекомендуется госпитализация в 36–37 нед для определения срока и метода родоразрешения. Дородовая госпитализация в 37–38 нед показана при узком тазе, артериальной гипертензии, инфекциях мочевыводящих путей,

варикозном расширении вен нижних конечностей, возрасте старше 35 лет, массе плода более 4000 г. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют по графикам областных или городских здравотделов для профилактического лечения в определённые акушерские стационары. Для беременных из группы высокого перинатального риска целесообразно расширить показания к операции кесарева сечения. Если ни одного из перечисленных факторов риска нет, дородовое наблюдение осуществляют по протоколу приказа МЗ РФ №50 «Физиологическая беременность».

Подобная система определения степени перинатального риска на первый взгляд удобнее прежней шкалы О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой. В ней учтены новые факторы риска: индуцированная беременность, нарушения гемостаза и т.д. Однако на деле **отказ от балльной системы представляет собой «шаг назад»**. Определить суммарное влияние факторов другим методом не получается, к тому же некоторые из них (многоводие, возраст матери) поодиночке не опасны для матери и плода.

Оптимальный способ определения риска, на наш взгляд, — дополнение именно балльной шкалы риска новыми факторами.

Надо признать, что как положительная, так и отрицательная оценка прогностических систем до сих пор субъективны. Чаще всего обсуждается вероятность излишней акушерской агрессии в учреждениях, располагающих мощной диагностической и лечебной базой, и напротив, отсутствие должного наблюдения в учреждениях, не имеющих достаточных ресурсов. Пожалуй, к неоправданным врачебным вмешательствам, провоцирующим излишний стресс и растрату ресурсов без повода, приводит неправильный подсчёт баллов.

Нельзя ограничиваться однократным подсчётом степени риска. Если переоценивать риск хотя бы по триместрам (лучше ещё чаще), результат окажется более точным. Следует отмечать все результаты перерасчётов в обменной карте.

Очевидна необходимость реструктуризации шкалы перинатального риска. Справедливо было бы обновлять шкалу регулярно, поскольку предсказать «ценность» и сохранность того или иного фактора риска в будущем затруднительно. При современном информационном потоке дополнение и реструктуризация понадобятся каждые 15–20 лет.

Модификация шкалы перинатального риска

Важнейшая проблема, связанная с адекватной оценкой перинатального риска, — определение возможностей каждой женщины с высоким перинатальным риском родить естественным путём, в результате программирования родов или методом абдоминального родоразрешения. Только такая акушерская тактика способна улучшить перинатальные исходы.

Информационный бум, внедрение инновационных диагностических методов, совершенствование лечебно-профилактических мероприятий вынуждают менять представления о высоком перинатальном риске. Одновременно с изменением структуры перинатальной и материнской заболеваемости значительно развивается и акушерская сфера.

Распространённость экстрагенитальных заболеваний, анемии, гестоза, хронической гипоксии плода сказывается на перинатальных исходах. Оказывается, у 70–80% всех обследованных нами беременных есть что-нибудь из перечисленных факторов риска. Последствия предсказуемы: дородовая госпитализация, расширение показаний к абдоминальному родоразрешению и т.д. Следовательно, границы высокого перинатального риска, определённые с помощью балльной системы оценки факторов риска, с течением времени следует модифицировать. Вследствие этого **необходима переоценка границ высокого перинатального риска.**

Для выявления зависимости между перинатальными исходами и количеством баллов перинатального риска было проведено исследование **2989** историй родов (Князев С.А., 2003). Мы сопоставили данные при родах через естественные родовые пути и при абдоминальном родоразрешении. В нашем исследовании перинатальная заболеваемость детей от матерей, имевших от 10 до 15 баллов перинатального риска, не отличалась от таковой при 10 баллах и меньше.

В большинстве исследований достоверные различия между перинатальными исходами родов через естественные родовые пути и кесаревым сечением появляются при перинатальном риске, превышающем 15 баллов. Умеренное возрастание частоты перинатальной заболеваемости соответствует интервалу в 15–24 балла перинатального риска (средний риск), резкое возрастание — 25 баллов и более (высокий риск).

Полученные нами границы «высокого риска» могут быть рекомендованы для крупных акушерских стационаров, расположенных в мегаполисах. Эти цифры могут корректироваться 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.

Интранатальный прирост

Основное назначение стратегии риска в акушерстве — выделение групп беременных, у которых высока вероятность нарушения жизнедеятельности плода, акушерских или экстрагенитальных осложнений. Однако тщательный подсчёт суммы баллов пренатального риска, как оказалось, в прямом смысле поддела. Недооценка или игнорирование **интранатальных** факторов риска

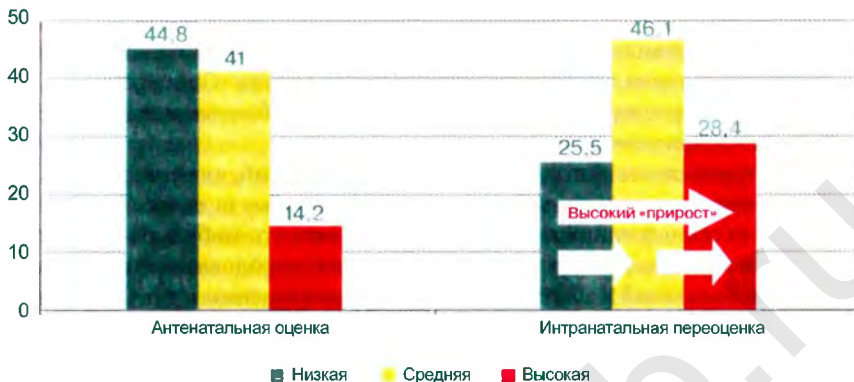


Рис. 11-1. Распределение матерей «аппаратных» доношенных новорождённых в зависимости от степени перинатального риска по результатам оценки накануне и в процессе родов. Но это «задним умом все крепки», а если бы врач пересчитал баллы риска в родах и соответственно изменил план родов... Исход можно было бы значительно улучшить!

(патологический прелиминарный период, аномалии родовой деятельности и др.) могут привести к неблагоприятному исходу для матери и для плода.

Анализ историй родов, проведённый Т.В. Златовратской (2008), показал, что интранатальную переоценку факторов риска акушеры проводят лишь в 30% случаев. И при этом считается, что в стационаре, на базе которого проводилось 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 повторный подсчёт суммы баллов риска во время родов дал бы совершенно иные результаты (рис. 11-1).

Присоединение 8 баллов риска и более расценивалось как равнозначное высокой степени риска. Такая картина сложилась у 17,2% рожениц, что в сумме с уже попавшими в группу высокого риска пациентками и составило 45,4% всех обследованных. 11,9% рожениц после присоединения интранатальных факторов риска перешли из группы низкого риска сразу в группу высокого риска. Исход родов у женщин с заведомо высоким перинатальным риском (28,9%) был благоприятнее для новорождённых, роды были оптимизированы в пользу планового кесарева сечения. Самые популярные показания: рубец на матке



(61,5%), сумма относительных показаний (28,6%), нарастание тяжести гестоза (9,9%). Кесарево сечение было запланированным у 8,9% женщин.

По большей части абдоминальное родоразрешение с рождением «аппаратных» доношенных детей проводилось в экстренном порядке (62,2%). При этом на долю срочных ситуаций (преждевременная отслойка плаценты, острая гипоксия плода), диагностированных в приёмном отделении, пришлось лишь шесть случаев, в остальных случаях переоценки степени риска в родах не было. Именно это привело к запаздыванию абдоминального родоразрешения. Операция происходила в условиях интранатального страдания плода. Таким образом, высокая частота кесарева сечения не была оправдана перинатальными результатами.

Из троих детей, оказавшихся в тяжёлом состоянии (4,51%) и впоследствии нуждавшихся в ИВЛ, двое родились через естественные родовые пути, третий был извлечён во время экстренного кесарева сечения. Для иллюстрации причин рождения детей в состоянии тяжёлой асфиксии мы приводим выписку из трёх историй родов.

История родов В., 34 года

Беременность первая, роды первые. Соматический анамнез отягощён вегетативно-сосудистой дистонией, гинекологический — первичным бесплодием трубно-перитонеального генеза. Лечилась 1,5 года.

Данная беременность осложнилась водянкой. При УЗИ в III триместре диагностировано маловодие, преждевременное старение плаценты. Сумма баллов перинатального риска составила 25 (высокий риск). При доношенной беременности, зрелой шейке матки была произведена амниотомия. Излились светлые околоплодные воды. I период родов осложнился вторичной слабостью родовой деятельности. Была проведена родостимуляция окситоцином на протяжении 6 ч.

Во II периоде по результатам КТГ была диагностирована острая гипоксия плода. Интранатальный прирост факторов риска составил 14 баллов, итоговый показатель — 56% прироста.

Роды велись **консервативно под эпидуральной анестезией**. Проводилось лечение слабости родовой деятельности путём внутривенного капельного введения окситоцина через инфузомат. Продолжительность родов — 15 ч 30 мин. Продолжительность I периода — 14 ч, II периода — 50 мин, III периода — 40 мин. Ребёнок родился в состоянии асфиксии тяжёлой степени, по шкале Апгар на первой минуте получил оценку 0 баллов, на 5-й минуте — 2 балла. Ребёнку проводились реанимационные мероприятия, находился на ИВЛ. Третий период родов осложнился плотным прикреплением плаценты.

История родов М., 24 года

Беременность вторая, роды вторые. Соматический анамнез отягощён эндокринопатией (диффузный зоб 1–2 степени, ожирение 1–2 степени). Акушер-

ский анамнез отягощён мертворождением. Женщина курит. Беременность осложнилась сочетанным гестозом (нефропатия I степени на фоне ожирения). Сумма баллов составила 22 (средний риск). При амниотомии излились околоплодные воды, окрашенные меконием. Роды осложнились слабостью родовой деятельности. При КТГ диагностирована острая гипоксия плода. Интранатальный прирост степени риска составил 22 балла, 100%. Роды велись **консервативно**, на фоне внутривенного введения окситоцина. Самостоятельно родоразрешилась ребёнком массой 3200 г. По шкале Апгар на первой минуте младенец получил оценку 1 балл, на 5-й минуте — 3 балла. Ребёнку проводились реанимационные мероприятия, находился на ИВЛ. Общая продолжительность родов составила 12 ч 10 мин. Продолжительность I периода — 10 ч 30 мин, II периода — 60 мин, III периода — 40 мин (осложнился плотным прикреплёнием плаценты).

История родов Ш., 39 лет

Беременность вторая, роды вторые. Первая беременность — неразвивающаяся, замерла на гестационном сроке 10–11 нед. Соматический анамнез отягощён ожирением I степени. Беременность осложнилась сочетанным гестозом (нефропатия I степени на фоне ожирения). Сумма факторов риска составила 18 баллов (средний риск). При амниотомии излились светлые околоплодные воды. Проводилось родовозбуждение окситоцином в общепринятой дозировке через инфузomat. В родах произошло изменение цвета околоплодных вод. При КТГ диагностирована острая гипоксия плода. Интранатальный прирост риска составил 12 баллов — 66,7%. Родоразрешена путём экстренного кесарева сечения. Извлечён ребёнок в асфиксии тяжёлой степени, массой 3400 г, оценка по шкале Апгар на первой минуте — 0 баллов, на 5-й минуте — 2 балла. Ребёнку проводились реанимационные мероприятия, находился на ИВЛ. Продолжительность I периода родов до момента операции составила 7 ч 10 мин.

Вышеприведённые клинические случаи наглядно демонстрируют взаимосвязь между интранатальным приростом факторов риска, методом родоразрешения и состоянием новорождённых. Несомненно, во всех этих случаях, несмотря на изначально среднюю степень риска, тактику ведения родов необходимо было пересмотреть: возникшие в родах осложнения перевели этих женщин в группу высокого риска.

Во всех трёх случаях план ведения родов был выработан неправильно, без учёта интранатального прироста, составившего более 30%. В двух случаях женщины были родоразрешены через естественные родовые пути, а в интересах плода было необходимо завершить роды путём кесарева сечения. В третьем случае кесарево сечение было сделано с опозданием. Результатом недооценки интранатального прироста стала неправильная тактика ведения родов, рождение «аппаратных» детей. По нашим данным (Лаврова Н.Ю., 2010) даже у бе-

ременных с низким антенатальным риском (менее 15) роды заканчиваются неблагоприятно: 10% из них в силу осложнений родов «переходят» в группу высокого риска (более 25 баллов), а более половины детей нуждались в ИВЛ.

Недоучёт степени перинатального риска и отсутствие интранатальной переоценки, непоказанные роды через естественные родовые пути были зарегистрированы в 71,9% родов. Столь агрессивная тактика родоразрешения стала одной из основных причин тяжёлого состояния доношенных новорождённых.

Балльная оценка степени перинатального риска перед родами и интранатальный пересчёт показателя позволяют своевременно откорректировать тактику родоразрешения, избежать агрессивного ведения родов.

Модификация системы перинатального риска интранатальными факторами

Интранатальный прирост — термин, за которым стоит современное научно-практическое воплощение родовспоможения. Так что же означает это понятие?

Здесь необходимо отметить важность отдельного подсчёта суммы баллов интранатальных факторов риска. Конечно, это не значит, что врач, ведущий роды, может забыть тщательно подсчитанную антенатальную сумму баллов пренатального риска. Ни в коем случае! Однако механическое суммирование баллов пренатального и интранатального риска имеет смысл лишь до определённых пределов. Баллы пренатального риска следует рассматривать как «фон», а вклад интранатальных факторов можно считать интегральной оценкой течения процесса (родов). Поэтому для клинического использования важно не столько абсолютное значение прироста, а его процентное отношение к исходной сумме баллов риска.

Как же соотносить эти два по-своему важных показателя? Для этого и нужен показатель интранатального прироста. Формула для его расчёта:

$$\text{Интранатальный прирост} = \frac{\text{Сумма баллов интранатальных факторов риска}}{\text{Сумма баллов пренатальных факторов риска}} \times 100$$

Пример: на момент родов женщина со средней степенью перинатального риска имеет 18 баллов (принимаем за 100%), интранатальный прирост составил 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. Следовательно, тактика ведения родов у роженицы с низкой степенью пренатального риска, но высоким интранатальным приростом должна быть незамедлительно пересмотрена.

По нашему мнению (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 является ситуация, 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).

На изменение суммы баллов перинатального риска интранатально влияет множество факторов (осложнений течения родов). Основные из них интегрированы в шкалу оценки факторов риска перинатальной патологии в виде «Четвёртого балльного скрининга» (см. табл. 11-3).

В идеале каждая женщина, вступающая в роды, должна иметь обменную карту с указанием суммы баллов факторов пренатального риска (подсчитывает врач женской консультации). На основании этого показателя беременную относят в ту или иную группу перинатального риска. С началом родов сумму баллов пренатального риска можно рассматривать, с одной стороны, как своеобразный «пренатальный 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 пренатальных факторов риска;
- постоянный пересчёт в течение родов суммы баллов интранатального риска;
- постоянный пересчёт интранатального прироста суммы баллов перинатального риска.

Итак, резюме.

Для определения степени перинатального риска можно использовать шкалу О.Г. Фроловой и Е.Н. Николаевой в нашей модификации.

Определять, не изменилась ли суммы баллов и принадлежность беременной к группе перинатального риска, врач женской консультации должен каждый триместр (последний раз — перед родами). 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, амниоскопию. 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 (не слишком рано и не поздно) госпитализировать женщину для планового родоразрешения.

Осложнения, возникшие в родах, следует оценивать в соответствии со шкалой факторов риска. Сумму баллов при этом следует 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 — 150% при сумме баллов более 25. При превышении этих значений нужно своевременно поставить и решить вопрос об оперативном родоразрешении.

Пути преодоления

Важнейшим резервом, позволяющим улучшить перинатальные показатели в группе высокого риска, следует считать совершенствование тактики ведения родов.

Обнаруженная нами прямо пропорциональная зависимость состояния новорождённых и интранатального прироста позволяет дифференцированно подходить к выбору метода родоразрешения у женщин с высокой степенью перинатального риска.

Необходим анализ причин, управляющих частотой перинатальной заболеваемости у контингента высокого риска. Тщательная интерпретация информации о состоянии плода позволит избежать гипердиагностики и непоказанных 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, требуется 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 (газовое предлежание или гипотрофия плода, экстрагенитальные заболевания или нефропатия 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

Пример

Согласно нашим данным, перинатальная заболеваемость при кесаревом сечении ниже таковой при родах через естественные родовые пути и практически не зависит от количества баллов перинатального риска (рис. 11-2). Однако при низкой оценке риска (менее 10 баллов) эти различия нивелируются. Если такие женщины рожают сами, показатели перинатальной заболеваемости и смертности не меняются, исходы вполне благополучные. Эта категория — реальный резерв снижения частоты абдоминальных родоразрешений.

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.

Возможности ведения родов при рубце на матке через естественные родовые пути определяют, тщательно собрав анамнез (установив причины предыдущего кесарева сечения), изучив состояние рубца, предполагаемую массу



Рис. 11-2. Перинатальная 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 ноздю». На этом отрезке перинатальная заболеваемость от тактики родоразрешения не зависит, поэтому предпочтительнее естественные роды.

плода. Если других показаний к кесареву сечению нет, перинатальный риск невысокий, а врач опытный, роды можно провести через естественные родовые пути.

Необходима профилактика перенашивания.

Запланированное кесарево сечение

Запланированное кесарево сечение — 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 спрогнозированных неблагоприятных обстоятельств в родах (Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., 1997). При нарастании интранатального риска показано кесарево сечение (рис. 11-3).

К запланированному кесареву сечению прибегают, если возможны роды через естественные родовые пути с благоприятным исходом для матери и плода, но высок риск осложнений в родах (рубец на матке, тазовое предлежание, анатомически узкий таз I степени, хроническая плацентарная недостаточность, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез).

Учитывая высокую зависимость перинатальных исходов от характера оперативного вмешательства, А.В. Куликов в 2004 году разработал шкалу анестезиологического перинатального риска. Эта шкала имеет некоторые преимущества перед традиционными методиками. Помимо традиционных критериев оценки тяжести состояния пациента в ней учтены специфические для акушерства состояния, а также статус плода. Это позволяет оптимизировать анестезиологическое пособие и интенсивную терапию в периоперационный период. Это особенно удобно для анестезиологов-реаниматологов, не работающих постоянно в акушерстве. А акушеру использование шкалы анестезиологического пери-

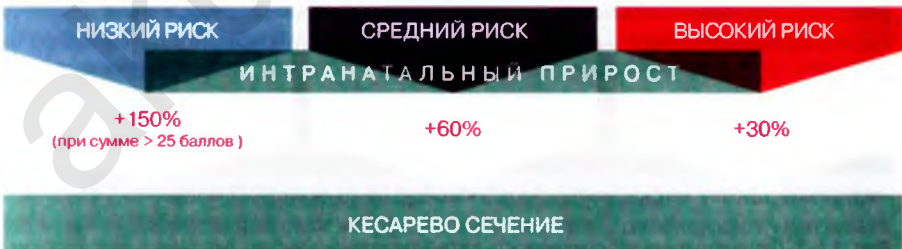


Рис. 11-3. Изменение акушерской тактики в случае критического интранатального прироста баллов перинатального риска.



Рис. 11-4. Алгоритм ведения родов у женщин с высокой степенью перинатального риска (в процентах выражен интранатальный прирост суммы баллов риска).

натального риска позволяет прогнозировать возможность расширения объёма операции, перинатальный результат, особенности послеоперационного периода. Неонатолог теми же данными может воспользоваться для планировки реанимационного пособия и интенсивной терапии, заблаговременной организации второго П выхаживания.

Анализ соотношения пациенток с различным анестезиологическим перинатальным риском, внедрение протоколов анестезии и послеоперационного периода позволит организаторам здравоохранения планировать потребность в лекарственных средствах, расходном материале и затраты на койко-день.

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 организма роженицы и плода. Программированные

роды у женщин с высоким перинатальным риском обеспечивают лучшие исходы, чем спонтанные.

Неотъемлемая часть ведения программированных родов — постоянный подсчёт суммы баллов интранатального риска и вычисление интранатального прироста. Это позволяет аргументированно менять тактику ведения женщин группы высокого перинатального риска. Мы разработали следующий алгоритм (рис. 11-4).

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. 11-1–11-3).

Таблица 11-1

Анамнестические факторы. Первый скрининг — при первой явке беременной (В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин)

Факторы риска	Оценка в баллах
Социально-биологические	
Возраст матери:	
• менее 18 лет	2
• 40 лет и более	4
Возраст отца 40 лет и более	2
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:	
• 4–7	1
• 8 и более	2

Продолжение табл. 11-1

Факторы риска	Оценка в баллах
Аборты перед первыми предстоящими родами: • 1 • 2 • 3 и более	2 3 4
Аборты перед повторными родами или после последних родов: • 3 и более	2
Внутриматочные вмешательства	2
Преждевременные роды: • 1 • 2 и более	2 3
Мертворождение, невынашивание, неразвивающаяся беременность: • 1 • 2 и более	3 8
Смерть в неонатальном периоде: • 1 • 2 и более	2 7
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
Бесплодие: • 2–4 года • 5 лет и более	2 4
Рубец на матке после операции	4
Опухоли матки и/или яичников	4
Истмико-цервикальная недостаточность, доброкачественные заболевания, деформация, перенесённая деструкция шейки матки	2
Пороки развития матки	3
Хронические воспалительные процессы и придатков, осложнения после абортов и родов, внутриматочный контрацептив	3
Внематочная беременность	3
Вспомогательные репродуктивные технологии: • ЭКО • интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида	1 2
Сумма баллов	

Окончание табл. 11-1

Факторы риска	Оценка в баллах
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
Заболевания почек	4
Эндокринопатии:	
• заболевания надпочечников, нейрообменный эндокринный синдром	5–10
• диабет	10
• заболевания щитовидной железы	7
• ожирение	2
Анемия:	
• содержание гемоглобина 90 г/л	4
• содержание гемоглобина 100 г/л	2
• содержание гемоглобина 110 г/л	1
Коагулопатии	2
Миопия и другие заболевания глаз	2
Хронические специфические инфекции (туберкулёз, бруцеллёз, токсоплазмоз и др.)	3
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 11-2

**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

Продолжение табл. 11-2

Факторы риска	Оценка в баллах
Отёки беременных	2
Гестоз:	3
• лёгкой степени	5
• средней степени	10
• тяжёлой степени	11
Преэклампсия	12
Эклампсия	
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	
β-ХГЧ:	
• повышение содержания	3
• снижение содержания	4
АФП:	
• повышение содержания	6
• снижение содержания	8
РАРР-А:	
• повышение содержания	2
• снижение содержания	3
Сумма баллов	
Оценка состояния плода	
Гипотрофия плода:	
• 1-й степени	10
• 2-й степени	15
• 3-й степени	20
Хроническая плацентарная недостаточность	4

Окончание табл. 11-2

Факторы риска	Оценка в баллах
Оценка КТГ по шкале Fisher W.M. >7 баллов	4
Оценка КТГ по шкале Fisher W.M. <7, но >6 баллов	8
Оценка КТГ по шкале Fisher W.M. <6, но >5 баллов	12
Оценка КТГ по шкале Fisher W.M. <5, но >4 баллов	16
Оценка КТГ по шкале Fisher W.M. <4 баллов	20
Сумма баллов	
Сумма баллов по факторам беременности	
Общая сумма баллов пренатальных факторов (анамнестических факторов и факторов беременности)	

Таблица 11-3

**Интранатальные факторы риска.
Четвёртый скрининг — проводится 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 пренатальных факторов, в процентах)	

Литература, глава XI

Златовратская Т.В. Современные подходы к абдоминальному родоразрешению в условиях многопрофильной больницы. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — 2008. — 49 с.

Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 19 с.

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. — www.ICJ.ru.

Лаврова Н.Ю. Беременность и роды у женщин с низким перинатальным риском. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 18 с.

Подтетенов А.Д., Братчикова Т.В. Тактика ведения родов при гестозе. — М.: Изд-во РУДН, 2004. — 237 с.

Приказ МЗ СССР №430 от 22.04.81 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женских консультаций». — М., 1981.

Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю. Оптимизация ведения беременности у женщин низкого перинатального риска с учетом бального скрининга // Материалы XI Все-

российского научного форума «Мать и дитя». — М., 2010. — С. 203.

Радзинский В.Е., Костин И.Н., Мямедова М.А. Влияние интранатальных факторов на исход родов «Интранатальный прирост» // Вестник Российского университета дружбы народов. — 2007. — №5. — С. 70–73.

Серов В.Н., Стрижаков А.П., 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.

akusher-lib.ru

Приложения



Приложение 1.

Бумм в XXI веке.

Предисловие к репринтному изданию руководства Эрнста Бумма¹

«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 — предпосылки 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 теоретичес-

¹ Руководство по акушерству / Э. Бумм; Пер. с нем. С.И. Розенфельд. — Репр. изд. 1922 г. — М.: МИА, 2007. — 600 с.: илл.

кими 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 круте кровообращения Гарвея (1619), яичниковых фолликулах Граафа, «*Отпе vivit 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 (титулованным особам, родственникам богатых купцов, а затем и простолюдином). Акушерство приобретает хирургический уклон. У вас не возникло никаких ассоциаций? Акушерский детектив — щипцы 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 предшественников — Смелли, Левре, Редерера из Франции; Оззи Андера, Буша, Негеле, Шредера, Бандля из Германии; Порро из Италии; Фергюссона, Гамильтона, Симпсона, Брекстон-Гикса, Дункана из Англии; Буша, Вилли, Шульце, 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, а Э. Бумм — ведущий участник этого процесса. 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 немислимой 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 — несомненное 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 очередной 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'y (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 прекрасного написанного Э. Буммом и высоко профессионально 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 приобретенного 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, д.м.н.,
профессор В.Е. Радзинский

Приложение 2.

Влияние на плод отдельных групп препаратов

Категория X — исследования на животных или опыт применения у людей указывают на большую опасность препарата, которая более значима, чем любая возможная польза от его применения во время беременности. Препарат противопоказан беременным и женщинам, у которых беременность может наступить (пример: варфарин, талидомид).

Антигипертензивные препараты

Некоторые авторы рекомендуют начинать медикаментозную терапию при диастолическом артериальном давлении выше 100 мм рт.ст.

К наиболее употребляемым средствам относят **центральные нейротропные гипотензивные средства**: метилдопу (зарегистрированную под названием «Допегит») и клофелин (например, «Клофелин»), категория В. Механизм их действия не совсем обычен. Они оказывают частичный центральный альфа-агонистический эффект и в то же время тормозят симпатическую активность на уровне преганглионарных симпатических окончаний. В связи с тем, что на фоне данных препаратов уменьшается экскреция ионов натрия и воды, целесообразно сочетать их назначение с диуретиками. Следует учитывать, что при высоких дозировках плод способен кумулировать препараты, что может понизить возбудимость его ЦНС, вызвать депрессивное состояние. Опасные осложнения — развитие аутоиммунной гемолитической анемии, поражение печени при длительном применении препаратов. **Ганглиоблокаторы** — гексаметония бензосульфонат («Бензогексоний»), азаметония бромид («Пентамин») и др. — всё реже применяются в акушерстве. Их следует использовать с осторожностью из-за возможного ухудшения маточно-плацентарного кровообращения. Описаны случаи смерти плода в связи с гипоксией. **Симпатолитики** — резерпин, раувольфия алкалоиды («Раунатин») — нарушают передачу возбуждения на уровне пресинаптической мембраны адренергических волокон. При длительном применении возможно истощение катехоламинов в головном мозге, что ведёт к угнетению ЦНС плода, сонливости, депрессии новорождённого.

Препараты этой группы могут вызывать задержку развития плода. Во время беременности применять с большой осторожностью.

β-Адреноблокаторы — пропранолол (например, «Анаприлин», «Обзидан»), атенолол, метопролол (категория С) — обладают структурным сходством с эндогенными катехоламинами, связываются с рецепторами постсинаптических мембран. Следует избегать их применения в I триместре и за несколько дней до родов в связи с возможными побочными эффектами. Препараты данной группы вызывают снижение почечного кровотока и падение гломерулярной фильтрации. Вызывают тормозящий эффект адреномиметиков, соответственно, могут привести к преждевременным родам, ухудшают маточно-плацентарное кровообращение, что чревато задержкой развития плода. Оказывают действие на плод в виде развития брадикардии, гипогликемии, желтухи, угнетения дыхания новорождённого.

Вазодилататоры. Различают венозные, артериолярные и смешанные вазодилататоры. К типичным венозным вазодилататорам относится нитроглицерин. Он снижает артериальное давление у матери, улучшает фетоплацентарное кровообращение, считают, не снижает артериальное давление плода. Однако препарат отнесён к категории С. Рекомен-

дуют применять его только во время родов. Артериолярный вазодилататор гидралазин (например, «Апрессин») относится к категории С. У женщин он может вызывать тахикардию, стенокардию, нарушение функции ЖКТ, сопровождающееся рвотой. Некоторые авторы утверждают, что препарат не оказывает отрицательного влияния непосредственно на плод. Диазоксид («Гиперстат») — тиазидиновое производное, обладает сосудорасширяющим действием. Препарат при переходе через плаценту тормозит секрецию инсулина плодом, что может вести к длительной гипергликемии.

Блокаторы кальциевых каналов препятствуют входу ионов кальция в клетку через потенциалозависимые каналы цитоплазматической мембраны. В результате этого вещества данной группы оказывают расслабляющее действие на сосуды, ЖКТ, мочевыводящие пути, матку. Различают следующие химические группы блокаторов кальциевых каналов:

- фенилалкиламины: верапамил (например, «Финоптин», «Изоптин»);
- бензодиазепины: дилтиазем;
- дигидропиридины: нифедипин (например, «Фенигидин», «Коринфар», «Кордафен»), никардипин, нимодипин, исрадипин; дифенилпиперазины: циннаризин, лидофлазин;
- производные тетрал и мибefрадил.

Накоплен опыт применения данных препаратов во время беременности при гипертензивных состояниях, преждевременных родах, асимметричной форме задержки развития плода. Однако к использованию этих лекарств необходимо относиться крайне осторожно. Действие их на плод изучено недостаточно. Большинство препаратов этой группы относится к категории С. Известно негативное действие на плод при применении больших доз в связи с ухудшением маточного кровотока.

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента предотвращают превращение ангиотензина I в ангиотензин II, который вызывает вазоспазм, способствует высвобождению альдостерона. Препараты данной группы (каптоприл, саралазин) противопоказаны в течение всей беременности, так как их приём приводит к задержке развития плода, маловодию, поражению почек плода.

Лекарственные растения. Антигипертензивной активностью обладают лекарственные растения: боярышника цветки, пустырника трава, сушеницы трава, ромашки цветки, тмина семена, валерианы корень, омелы белой трава. Их необходимо применять в виде сборов. Существуют биологически активные добавки (БАД), нормализующие артериальное давление. К ним относятся: циркулин, боярышник, гипотензин плюс (Радзинский В.Е., Михайленко Е.Т., Захаров К.А., 2002).

Диуретики. Мочегонными средствами называют вещества, увеличивающие выведение из организма мочи и уменьшающие содержание жидкости в тканях и серозных полостях. Назначают диуретики только по строгим показаниям, особенно при гестозе. Необходимо руководствоваться выраженностью нарушений концентрационной и выделительной функций почек, наличием симптомов перегрузки правых отделов сердца (Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А., 1998). Применяются препараты всех трёх групп, однако следует помнить, что производные спиронолактона (категория С) противопоказаны при исходной почечной недостаточности, не рекомендуют их применение до 12 нед беременности. Триамтерен (категория С) следует назначать только по строгим показаниям. Длительная терапия тиазидными диуретиками может привести к значительным нарушениям электролитного баланса у матери и плода. Гидрохлортиазид (категория D) при беременности противопоказан.

Применение сатуретиков перед родами может вызвать гипербилирубинемия у новорожденного. Некоторые авторы рекомендуют избегать назначения фуросемида (категория С)

во время беременности. Чем меньше срок гестации, тем выраженнее задержка фуросемида у плода. Обнаружились и отдалённые последствия применения фуросемида, который действует как поведенческий тератоген, вызывая повышенную раздражительность и возбудимость у детей.

Необходимо учитывать, что, по данным нескольких контролируемых исследований, применение диуретиков во время гестоза не только не улучшает отдалённые результаты, но и может ухудшить прогноз родов.

Следует обратить внимание на большой спектр растительных диуретиков, токсический эффект которых выражен гораздо меньше. Мочегонными свойствами обладают листья брусники, ортосифона тычиночного, толокнянки, цветки василька синего. При отёках беременных рекомендуют применение сборов, содержащих также листья и почки берёзы, корень солодки, ягоды брусники, траву хвоща полевого, листья вахты трёхлистной, измельчённые плоды шиповника. Возможно применение БАД (Радзинский В.Е., Михайленко Е.Т., Захаров К.А., 2002).

Противовоспалительные препараты

Наиболее распространённая группа — **нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)**. Эта группа препаратов обладает анальгетическими и жаропонижающими свойствами и особенно выраженной противовоспалительной активностью. К препаратам этой группы относят ряд производных фенилпропионовой, фенилуксусной кислот (ибупрофен, диклофенак — категория В), соединения, содержащие индольную группу (индометацин — категория С), препараты пиразолонового ряда (фенилбутазон — категория С).

Нередко эти лекарства беременные применяют при самолечении в различные сроки беременности, не отдавая себе отчёт о возможных последствиях. Препараты данной группы, за редким исключением, противопоказаны в **III триместре** беременности (переходят в категорию D) из-за опасности преждевременного закрытия артериального протока (Larimore W.L., Petrie K.A., 2000). В ближайшие часы после введения препаратов данной группы снижаются пульсационные показатели сосудов плода (Kramer W.B., Saade G.R., Belfort M.A., 2000; Sawdy R.J., Lye S., Fisk N.M., 2003). Приёма НПВП также необходимо избегать в ранние сроки беременности, так как они обладают эмбриотоксическим действием, могут приводить к гипоплазии левого желудочка, дефектам межжелудочковой перегородки.

Наиболее безопасным средством данной группы можно считать **ацетилсалициловую кислоту**. На основании результатов контролируемых исследований ацетилсалициловая кислота в малых дозах (до 100 мг/сут) безопасна во II и III триместрах беременности (Grab D., Paulus W.E., Erdmann M., 2000). **Ранее считали, что приём ацетилсалициловой кислоты приводит к внутренним кровоизлияниям плода, однако этот факт в настоящее время в научных исследованиях не подтверждён** (Parker C.R.Jr., Hauth J.C., Goldenberg R.L., 2000).

Проведённое многоцентровое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование (CLASP) по профилактическому применению малых доз ацетилсалициловой кислоты (60 мг) у беременных группы высокого риска развития акушерской и перинатальной патологии с отягощённым акушерским и соматическим анамнезом показало, что длительное назначение малых доз ацетилсалициловой кислоты начиная со второй половины беременности не оказывало влияния на частоту развития гестоза и гестационной гипертензии. Одновременно **назначение таких малых доз способствовало снижению**

частоты тяжёлых форм этих осложнений; отмечалась чёткая тенденция к пролонгированию беременности, снижению частоты преждевременных родов и рождения маловесных детей (Вихляева Е.М. и соавт., 1997).

Позже был накоплен опыт применения микродоз ацетилсалициловой кислоты у пациенток с угрозой раннего самопроизвольного выкидыша (Оразмурадов А.А., 2003; Мурашкин В.В., 2004), а также с экстрагенитальными заболеваниями начиная с ранних сроков гестации. Включение в комплекс профилактических и лечебных мероприятий **первичной плацентарной недостаточности микродоз ацетилсалициловой кислоты способствовало улучшению кровотока в микрососудах, коррекции тканевой гипоксии и подавлению апоптоза.**

Несмотря на то, что частота развития гестозов у женщин с отягощённым течением настоящей беременности не снижалась, отмечалось достоверное снижение их тяжести на фоне приёма микродоз ацетилсалициловой кислоты с ранних сроков гестации. В малых дозах ацетилсалициловая кислота воздействует на соотношение простаглицлинов/тромбоксан, избирательно ингибирует синтез тромбоксана, влияя таким образом на агрегационные свойства крови и микроциркуляцию. Ацетилсалициловая кислота блокирует циклооксигеназу эндотелиальных клеток, в которых синтезируется простаглицлин. Также описаны мембраностабилизирующие эффекты ацетилсалициловой кислоты (Фролов В.А., 1986).

В последние годы всё большее внимание специалистов направлено на новую группу **НПВС — селективные ингибиторы циклооксигеназы-2**. К ним относят целекоксиб, валдекоксиб, рефекоксиб. Их преимущества по сравнению с классическими НПВС заключаются в значительно меньшей токсичности, меньшем влиянии на плод, высокой эффективности. В 2002 году было проведено контролируемое исследование по сравнению безопасности применения селективного ингибитора циклооксигеназы-2 целекоксиба с неселективным НПВС индометацином. По данным исследования, целекоксиб значительно безопаснее индометацина (Stika C.S., Gross G.A., Leguizamon G., 2002).

Существует предположение, что селективные НПВС можно применять для лечения преждевременных родов. Исследования *in vitro* подтверждают их выраженную токолитическую активность (Энкин М., Крейс М.Дж., Ренфрью М. и др., 1999).

Необходимо учитывать, что существуют **лекарственные растения и БАД**, обладающие противовоспалительными свойствами. Например, масло примулы вечерней облегчает боль и снижает проявления воспаления, успокаивающе влияет на нервную систему. Его препараты рекомендуются при острых и особенно хронических, длительно текущих воспалительных процессах, обостряющихся во время беременности, в том числе ИППП, инфекциях органов дыхания и мочевыведения. В перинатальном аспекте перспективно их длительное применение в сочетании с антиоксидантами (витамин Е в виде суммы токоферолов) при плацентарной недостаточности, обусловленной или сочетающейся с хронической инфекцией, а также длительной интоксикацией (Радзинский В.Е., Михайленко Е.Т., Захаров К.А., 2002).

Глюкокортикоиды. Системное применение глюкокортикоидов безопасно только при надпочечниковой недостаточности у матери в случае применения дозировок, близких к физиологическим. Глюкокортикоиды отнесены к категории С, т.е. для их назначения необходимы веские причины (системные заболевания соединительной ткани, гормонозависимая бронхиальная астма). Иногда терапевтическому эффекту препаратов для матери уделяют больше внимания, чем риску дисморфогенеза плода. Однако следует помнить, что длительный приём преднизолона и других глюкокортикоидов, помимо аномалии развития соединительной ткани, может вести к задержке развития плода.

При длительном применении преднизолона (категория В) в III триместре беременности у новорождённого могут развиваться гипогликемия, адреналовые кризы. Описаны случаи мертворождения при приёме женщиной кортизола в течение всей беременности (на аутопсии у плода обнаружена атрофия коры надпочечников).

Для профилактики болезни гиалиновых мембран назначают глюкокортикоиды незадолго до родов. Максимальный эффект развивается, если ребёнок рождается не ранее чем через 24 ч и позднее чем через 7 дней после начала лечения (Энкин М., Крейс М.Дж., Ренфрю М. и др., 1999). Глюкокортикоиды снижают опасность развития не только респираторных заболеваний, но и некоторых других форм неонатальной патологии. Риск внутрижелудочковых гематом уменьшается вдвое после применения глюкокортикоидов. Положительный эффект развивается при некротическом энтероколите.

Фитогормоны, в частности корень солодки, оказывают глюкокортикоидоподобное, иммуномодулирующее, противовоспалительное действие и могут применяться для предгравидарной подготовки и во время беременности, что позволяет снизить дозу назначаемых глюкокортикоидов (Радзинский В.Е., Михайленко Е.Т., Захаров К.А., 2002).

Антигистаминные препараты

Гистамин играет важную роль в процессе развития плода. Он легко проникает через плацентарный барьер, обеспечивает нормальные условия для имплантации и развития зародыша, так как способствует превращению клеток стромы эндометрия в децидуальную ткань. Путём изменения проницаемости мембран он регулирует процессы обмена между матерью и плодом, органогенез. Именно поэтому к назначению антигистаминных препаратов во время беременности следует относиться с особой осторожностью.

В литературе описаны данные о тератогенности антигистаминных препаратов. Меклизин и циклизин (в настоящее время регистрация этих препаратов в РФ подтверждена) могут вызвать у плода стеноз привратника, синдактилии, атрезию анального отверстия, гипоплазию лёгких, мочевого пузыря, почек, гидроцефалию. При применении их в ранние сроки беременности развивается резорбция плода. Частота аномалий составляет 5% по сравнению с 1,5% в общей популяции.

Приём матерью дифенгидрамина (например, «Димедрола») незадолго до родов может привести к возникновению у ребёнка генерализованного тремора, диареи через несколько часов после рождения (проявление интоксикации дифенгидраминамином). В случае длительного применения дифенгидрамина у новорождённого может возникнуть абстинентный синдром (симптомы — беспокойство, повышенная возбудимость, судороги).

Противодиабетические средства

Вредное влияние на плод антидиабетических препаратов установить сложно, поскольку сахарный диабет сам по себе приводит к аномалиям развития плода.

Инсулин (категория В) имеет большую молекулярную массу и почти не проникает через плацентарный барьер. Влияние на плод инсулина минимально. Во время беременности женщины с сахарным диабетом должны применять инсулин. В последнее время появились сведения о повышении риска возникновения пороков сердца у детей на фоне инсулинотерапии, однако необходимы более глубокие исследования (Kallen В.А., Olausson Р., 2003).

Уровень перинатальной смертности при применении сульфаниламидных гипогликемических средств высокий: 63% при применении хлорпропамида (категория D), 23% на фоне лечения толбутамидом (категория D) (Верейна Т.Л., Матвеев А.Б., 2000). Нарушаются процессы имплантации, отмечают резорбцию плода, остановку роста. В 6–13% случаев наблюдают аномалии развития: микрофтальм, анофтальмия, катаракта, анэнцефалия. Применение данных препаратов во время беременности противопоказано. Также следует отказаться от глипизида, метформина, репаглинида (Larimore W.L., Petrie K.A., 2000).

Добиться основной цели в решении актуальной проблемы «диабет и беременность» — нормогликемии — и уменьшения дозы инсулина и производных сульфаниламидов можно с помощью растительных препаратов (фасоли створки, черники листья, лопуха корень измельченный, овса солома резаная, льна семена, крапивы двудомной листья, берёзы листья, одуванчика корень, зверобоя трава, земляники листья, заманихи высокой корень, хвоща полевого трава, шиповника плоды, череды трава, девясила корень, ромашки цветы, мяты перечной листья).

Противоинфекционные средства

Большинство противоинфекционных средств отрицательно влияют на плод, поэтому во время беременности используют лишь ограниченное их число. При назначении данных препаратов необходимо особенно тщательно учитывать соотношение пользы для матери и плода для плода.

Антибиотики. Наиболее безопасны для плода антибиотики группы пенициллинов (пенициллин, ампициллин, оксациллин, диклоксациллин, амоксициллин), макролидов (джозамицин) и группы цефалоспоринов (цефалексин, цефалотин) (Серов В.Н., Стрижков А.Н., Маркин С.А., 1998).

Пенициллин (категория B) достаточно легко проникает через плаценту (25–75%). Из крови плода вещество быстро поступает в ткани. По данным экспериментальных исследований и клинических наблюдений, пенициллин безопасен для плода. Однако в экспериментальных исследованиях на животных показано эмбриотоксическое действие при совместном применении пенициллина и сульфаниламидов в виде деформации конечностей, разрыва передней брюшной стенки, микрофтальмии, гидронефроза.

Ампициллин (категория B) способен накапливаться в амниотической жидкости при снижении его концентрации в крови плода. Целесообразно назначение ампициллина при хориоамнионите. Препарат не обладает ни тератогенным, ни эмбриотоксическим действием.

Цефалоспорины (категория B) различны по фармакологическим свойствам. Цефалотин быстро проходит через плаценту (до 100%), цефалексин проникает в меньшей степени (40%). Препараты назначают с целью лечения инфекций плода. В результате приёма цефалоспоринов возможно развитие гипопротромбинемии из-за нарушения обмена витамина K (повышается риск кровотечений).

Имипенем — широко распространённый бета-лактаменный антибиотик. Не обладает фетотоксическим и тератогенным действием.

Эритромицин (категория B) относят к группе макролидов. Относительно безвреден. Проникает через плаценту в незначительной степени (10–12%). Однако следует иметь в виду, что эритромицин способен накапливаться в печени плода, гепатотоксичен. Исключение — эритромицина эстолат (категория X), который ввиду гепатотоксичности противопоказан при беременности.

Левометицины медленно выводятся из организма плода, оказывают тератогенное, эмбриотоксическое действие. В экспериментах на животных под влиянием левометицина развивались анофтальмия, гидронефроз, а также отмечено снижение массы тела. Применение левометицина во время беременности опасно из-за возможности развития у плода «серого» синдрома, связанного с нарушением процесса глюкуронизации в печени.

Индекс проницаемости плаценты для тетрациклинов 25–70%. К данной группе относятся тетрациклин (категория D), доксициклин (категория D) и др. В экспериментах на животных показано, что эти препараты накапливаются в костной ткани, закладках зубов. Отмечены деформация конечностей, снижение массы тела, гибель плода, гидронефроз. Тетрациклины могут вызывать жировую дистрофию печени, нарушения синтеза белка. Применение тетрациклинов во время беременности противопоказано.

Аминогликозиды в различной степени способны проходить плацентарный барьер. Индекс проницаемости амикацина (категория C) и стрептомицина (категория D) равен 100%, канамицина (категория D) — 20–50%. Аминогликозиды обладают ототоксичностью, нефротоксичностью, наиболее опасен стрептомицин. Антибиотики этой группы максимально токсичны при приёме препаратов с 12 по 20 нед беременности. Аналогичными свойствами обладают и гентамицин (категория C), тобрамицин (категория C), сизомицин. Аминогликозиды во время беременности противопоказаны.

Необходимо уделять больше внимания лекарственным средствам растительного происхождения и БАД. Например, стабилизированный кислород — природный биоцид с широким спектром действия. Он воздействует на многие виды бактерий, простейших и паразитов, его можно использовать в комплексной терапии инфекционных заболеваний при беременности. Внутренний слой коры муравьиного дерева (*Paou D'Arco*) содержит биологически активные вещества, обладающие антибактериальными, антигрибковыми и иммунокорригирующими свойствами (Радзинский В.Е., Михайленко Е.Т., Захаров К.А., 2002).

Противогрибковые препараты (нистатин, миконазол) при местном применении у беременных не оказывают эмбриофетотоксического действия. Однако последствия системного использования препаратов изучены мало, поэтому их не рекомендуют к применению. Разрешён к применению в I триместре антимикотик сертаконазол («Залаин»).

Сульфаниламидные препараты преодолевают плацентарный барьер и проникают к плоду. Они вытесняют билирубин из связи с белком, усиливая желтуху и увеличивая опасность билирубиновой энцефалопатии. Наибольшую опасность для беременных представляют сульфаниламиды пролонгированного действия. Противопоказаны во время беременности комбинированные препараты, содержащие триметоприм (категория C), который нарушает синтез фолиевой и нуклеиновых кислот в тканях плода.

Также во время беременности противопоказаны **фторхинолоны** (категория C): офлоксацин, ципрофлоксацин.

Нитрофураны (категория B) проникают через плаценту и накапливаются в околоплодной жидкости в ограниченном количестве. Они могут вызвать гемолиз у плода вследствие нарушения работы глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы. Не рекомендуют назначать нитрофураны в I триместре, в конце беременности и в родах.

Метронидазол (например, «Трихопол», «Клион») — антипротозойное средство. Легко преодолевает плацентарный барьер и проникает к плоду. В экспериментах на животных и в клинических наблюдениях не отмечены фетотоксические влияния; полагают, что метронидазол безопасен. Однако получены данные о способности метронидазола угнетению некоторых печёночных ферментов плода, также существуют сведения о тератогенной его актив-

ности (Nardiello S., Pizzella T., Ariviello R., 2002). Препарат противопоказан в I триместре беременности.

Противотуберкулёзные средства вызывают серьёзные поражения плода. При применении в I триместре беременности гидразидов изоникотиновой кислоты (изониазида) возникают грубые аномалии развития плода (анэнцефалия, пороки сердца, гидроцефалия, эктопия мочевого пузыря, гипоспадия, заращение анального отверстия и др.). Препараты данной группы нейротоксичны (вызывают нейроплегию).

Противовирусные препараты. Среди противовирусных препаратов наиболее приемлем ацикловир (категория C), однако его назначают по строгим показаниям. Количество возможных последствий от его приёма уменьшается по мере увеличения срока беременности. При ВИЧ-инфекции используют зидовудин (категория C) с 14-й недели гестации.

В отношении иммуномодуляторов до настоящего времени нет ни одного проведённого с позиций доказательной медицины исследования, подтверждающего их положительный эффект.

Другие группы

Сердечные гликозиды легко проникают через плацентарный барьер. Во время их приёма концентрация вещества в плазме матери и плода одинаковая. Однако полагают, что плод обладает повышенной резистентностью к сердечным гликозидам. Некоторые авторы утверждают, что в I триместре беременности дигитоксин и дигоксин (категория V) оказывают выраженное влияние на плод, вызывая брадикардию (Ford A., 2001).

Данных о тератогенном действии сердечных гликозидов не найдено.

Антикоагулянты. Во время беременности риск возникновения тромбозов повышается, поэтому вопрос о применении антикоагулянтов остаётся актуальным. Длительное время препаратом выбора во время беременности считали гепарин (категория V). В силу своей высокой молекулярной массы он практически не проникает через плацентарный барьер и, следовательно, не оказывает непосредственного влияния на плод (Gohlke-Barwolf C., 2001). Возможно его применение при любом сроке беременности. Тем не менее его использование сопряжено с неудобствами — при продолжительном введении необходим контроль времени свёртывания крови в связи с риском тромбоцитопении. По этой причине некоторые авторы предлагают использовать низкомолекулярный гепарин, он лишён недостатков, свойственных гепарину (Eldor A., 2002).

В качестве профилактического антиагрегантного средства во II и III триместрах беременности возможно применение малых доз ацетилсалициловой кислоты.

С целью профилактики тромботических осложнений рекомендуют назначать экстракт черники. Он содержит более 15 различных антоцианозидов, которые улучшают функционирование клеточных мембран, предотвращают агрегацию кровяных телец, препятствуя образованию тромбов, разрушению коллагена, укрепляющего стенки кровеносных сосудов. Экстракт черники обладает также антиоксидантными свойствами, что позволяет использовать оба этих эффекта при нарушениях тонуса сосудов и гипоксии (Радзинский В.Е., Михайленко Е.Т., Захаров К.А., 2002).

Противорвотные средства. Лечение необходимо начинать с препаратов витамина B₆ (категория A) (пиридоксин, пиридоксаль фосфат). В случае неэффективности применяют относительно безопасный препарат метоклопрамид. Доксиламин, хлорпромазин («Аминазин») противопоказаны в последние недели беременности. Данные препараты могут вызвать пороки развития плода.

Противосудорожные средства. Среди антиконвульсантов наиболее безопасна серно-кислая магнезия. Она не оказывает эмбриофето-токсического действия. Сульфат магния — препарат выбора при лечении эклампсии. При эпилептических судорогах возможно применение карбамазепина, клоназепама, этосуксимида (категория С). Для данных препаратов доказан тератогенный эффект (поражают нервную трубку плода, повышают риск кровотечений у плода). Противопоказаны вальпроевая кислота, фенитоин, фенобарбитал в связи с выраженными тератогенными свойствами.

Седативные и снотворные средства. Наиболее приемлемы из этой группы препараты бупирон и золпидем. Необходимо отказаться от применения бензодиазепинов (диазепама, оксазепам, хлордиазепоксида). Они повышают риск развития пороков у плода (расщепление верхнего нёба, верхней губы, нарушение нервного развития), могут вызывать лекарственную депрессию плода, новорождённого. Длительное применение высоких доз данных препаратов при доношенной беременности может привести к лекарственной зависимости у плода. Барбитураты противопоказаны (см. выше «Противосудорожные средства»).

Седативным и снотворным эффектом обладают многие лекарственные растения. Их можно применять в том числе с целью обезболивания родов. В сборы включают мяты перечной листья, вахты трёхлистной листья, валерианы корень, хмеля соплodia, ромашки цветки, тмина семена, фенхеля плоды, пустырника траву. Рекомендуют назначение БАД (кава-кава, масло примулы вечерней, экстракт гинкго билоба, готу кола) (Радзинский В.Е., Михайленко Е.Т., Захаров К.А., 2002).

Антидепрессанты. Многие антидепрессанты относят к тератогенам, в том числе амитриптилин (категория D), кломипрамин (категория С), имипрамин (категория D). Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) противопоказаны во время беременности. Относительно безопасен флуоксетин — ингибитор обратного захвата серотонина. Его можно применять в I триместре беременности. Применяют также новые антидепрессанты сертралин (категория В), пароксетин (категория В) (данные об их влиянии на риск врождённых пороков развития плода пока отсутствуют).

Почти любое лекарственное средство оказывает влияние на развитие плода (прямо или опосредованно через материнский организм). Фармакологическое и тератогенное действие большинства лекарств на плод изучено недостаточно. В связи с этим к препаратам необходимо относиться как к потенциально опасным.

В условиях нарастающей полипрагмазии (необоснованного назначения комбинаций лекарственных веществ) необходимо помнить, что даже вне беременности назначение 1–5 препаратов приводит к развитию нежелательных эффектов у 5% пациентов, а при одновременном применении 15 медикаментов осложнения наблюдают у 54% больных. Беременность усугубляет данную ситуацию.

При назначении лекарственных средств беременным клиницисты должны следовать таким рекомендациям (Larimore W.L., Petrie K.A., 2000):

1. Стараться избегать назначения любых лекарств во время I триместра беременности.
2. Отдавать предпочтение монотерапии, используя препараты короткого действия.
3. По возможности применять местное лечение.
4. Использовать минимальные дозы наиболее безопасного препарата.
5. Назначать лекарственное средство, если польза от его применения превосходит возможный риск для плода.

Врач, назначая лекарства беременной, берёт на себя большую ответственность за жизнь, здоровье матери и её ребёнка (см. табл.).

Лекарственные средства и беременность

Группа препаратов	Безопасны	Относительно безопасны	Опасны, но польза может преобладать над риском	Противопоказаны
Анальгетики	Парацетамол	Диклофенак(б) Ибупрофен(б) Кетопрофен(б) Морфин(а) Напроксен(б) Пироксикам(б) Фентанил(а)	Ацетилсалициловая кислота(б) Индометацин(б) Кеторолак(б) Кодеин(а) (б) Трамадол	
Антидепрессанты		Пароксетин Сертралин Флуоксетин	Амитриптилин Венлафаксин	Ингибиторы МАО
Антикоагулянты/ антиагреганты		Гепарин(в) Дипиридамол Эноксапарин натрия(в)	Ацетилсалициловая кислота(б)	Варфарин
Антимикробные средства	Амфотерицин В Клотримазол (местно) Нистатин Пенициллины Пенициллины с ингибиторами β-лактамаз Цефалоспорины Эритромицин Джозамицин («Вильпрафен»)	Азитромицин Азтреонам Ацикловир Ванкомицин Имипенем/циластатин Кларитромицин Клиндамицин Метронидазол(г) Хлорамфеникол(д)	Аминогликозиды Изониазид(е) Итраконазол Кетоконазол (системное применение) Пиразинамид(е) Рифампицин(е) Ко-тримоксазол Флуконазол Этамбутол(е)	Доксициклин Тетрациклин Норфлоксацин Офлоксацин Ципрофлоксацин
Диуретики(л)			Гидрохлортиазид Индапамид Спиронолактон Триамтерен Хлортиазид Фуросемид	
Гиполипидемические средства			Гемфиброзил	Ловастатин Правастатин Симвастатин
Гормональные препараты			Глюкокортикоиды(з) (системное применение) Прогестагены(и)	Пероральные контрацептивы Эстрогены

Продолжение табл

Группа препаратов	Безопасны	Относительно безопасны	Опасны, но польза может преобладать над риском	Противопоказаны
Средства для лечения болезней пищеварительного тракта	Антацидные средства Лоперамид Метоклопрамид Подорожника семя	Дицикловерин Лансопразол Омепразол Симетикон Сукральфат Фенолфталейн Блокаторы H ₂ -рецепторов гистамина		Мизопростол
Препараты для лечения бронхиальной астмы		Беклометазон (ингаляционное применение) Ипратропия бромид Недокромил Сальбутамол(м) Теофиллин Триамцинолон (ингаляционное применение)		
Противокашлевые средства		Декстрометорфан	Гвайфенезин Псевдоэфедрин	
Противорвотные средства	Доксиламин(д) Метоклопрамид Пиридоксин	Гранисетрон Дименгидринат(д) Ондансетрон Прометазин Прохлорперазин Скополамин		
Противосудорожные средства(н)	Магния сульфат(о)		Габапентин Карбамазепин Этосуксимид	Вальпроевая кислота Примидон Фенитоин Фенобарбитал
Сахаропонижающие средства	Инсулины	Акарбоза Метформин	Глибенкламид(д) Глипизид(д)	
Сердечно-сосудистые средства		Атенолол(п) Гидралазин Дигоксин Доксазозин Клонидин Лабеталол<п) Лидокаин Метилдопа	Амлодипин Верапамил (до 12 нед и во время кормления) Дилтиазем Нитраты Нифедипин Фелодипин	Ингибиторы АПФ Лозартан

Группа препаратов	Безопасны	Относительно безопасны	Опасны, но польза может преобладать над риском	Противопоказаны
		Метопролол(п) Празозин Прокаиамид Пропранолол(п) Теразозин Тимолол(п) Хинидин		
Седативные и снотворные средства		Буспирон Золпидем	Бензодиазепины(а)	Барбитураты
Тиреоидные гормоны и антитиреоидные средства	Левотироксин тироид		Калия йодид Пропилтиоурацил(к) Тиамазол	
Нгблаторы(я)	Хлорфенамин	Астемизол Гидроксизин Дифенгидрамин Клемастин Лоратадин Фексофенадин Цетиризин		
Прочие препараты	Железа (II) сульфат Калия хлорид	Аллопуринол Оксибутинин Профол Суматриптан	Азатиоприн Галоперидол Пентоксифиллин Циклоспорин	Изотретиноин Тамоксифен Хинин

- (а) Длительное применение во время беременности или приём высоких доз при доношенной беременности ведёт к появлению у новорождённого лекарственной зависимости.
- (б) Применение в III триместре может вызвать преждевременное закрытие артериального протока у плода и, как результат, стойкую лёгочную гипертензию у новорождённого. Также снижают возбудимость и сократимость матки и могут вызвать перенашивание беременности или остановку родовой деятельности.
- (в) Применение в III триместре повышает риск послеродового кровотечения. Длительное применение может привести к остеопении у матери.
- (г) Противопоказан в I триместре.
- (д) Противопоказаны в последние недели беременности.
- (е) Нелеченый туберкулёз вызывает у матери и плода гораздо более тяжёлые осложнения, чем противотуберкулёзные средства.
- (ж) Не всасываются в кишечнике, но при длительном приёме в высоких дозах снижают всасывание жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К) и за счёт этого могут оказать тератогенное действие.
- (з) При надпочечниковой недостаточности у матери заместительная терапия глюкокортикоидами в дозах, близких к физиологическим, не оказывает вредного влияния на плод и новорождённого. Приём высоких доз часто приводит к надпочечниковой недостаточности у новорождённого.
- (и) Назначают в первые месяцы беременности для предупреждения привычного выкидыша и при угрожающем аборте, а также для лечения недостаточности жёлтого тела в ранние сроки беременности.
- (к) Препарат выбора для лечения тиреотоксикоза у беременных.
- (л) Применяют только при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях. Диуретики не предотвращают преэклампсию и не влияют на её течение, но уменьшают плацентарный кровоток.

- (м) Вызывают тахикардию у матери, реже у плода. Возможно развитие у матери гипергликемии и артериальной гипотонии, а у новорождённого — гипогликемии.
- (н) Дозу снижают, однако она должна быть достаточной для предупреждения эпилептических припадков. Все противосудорожные средства могут оказать тератогенное действие различной степени, но эпилептический статус и его осложнения вследствие отмены или смены препарата гораздо опаснее для матери и плода, чем приём противосудорожных средств. Для своевременного обнаружения пороков развития у плода и решения вопроса о прерывании беременности как можно раньше проводят УЗИ и исследования околоплодных вод.
- (о) Препарат выбора при эклампсии.
- (п) У новорождённого возможны брадикардия (обычно возникает внутриутробно), артериальная гипотония, гипогликемия и угнетение дыхания. Не назначают бета-адреноблокаторы по возможности в I триместре и отменяют за 2–3 сут до предполагаемого срока родов.

Таблица

**Наиболее безопасные лекарственные препараты
(Larimore W.L., Petrie K.A., 2000)**

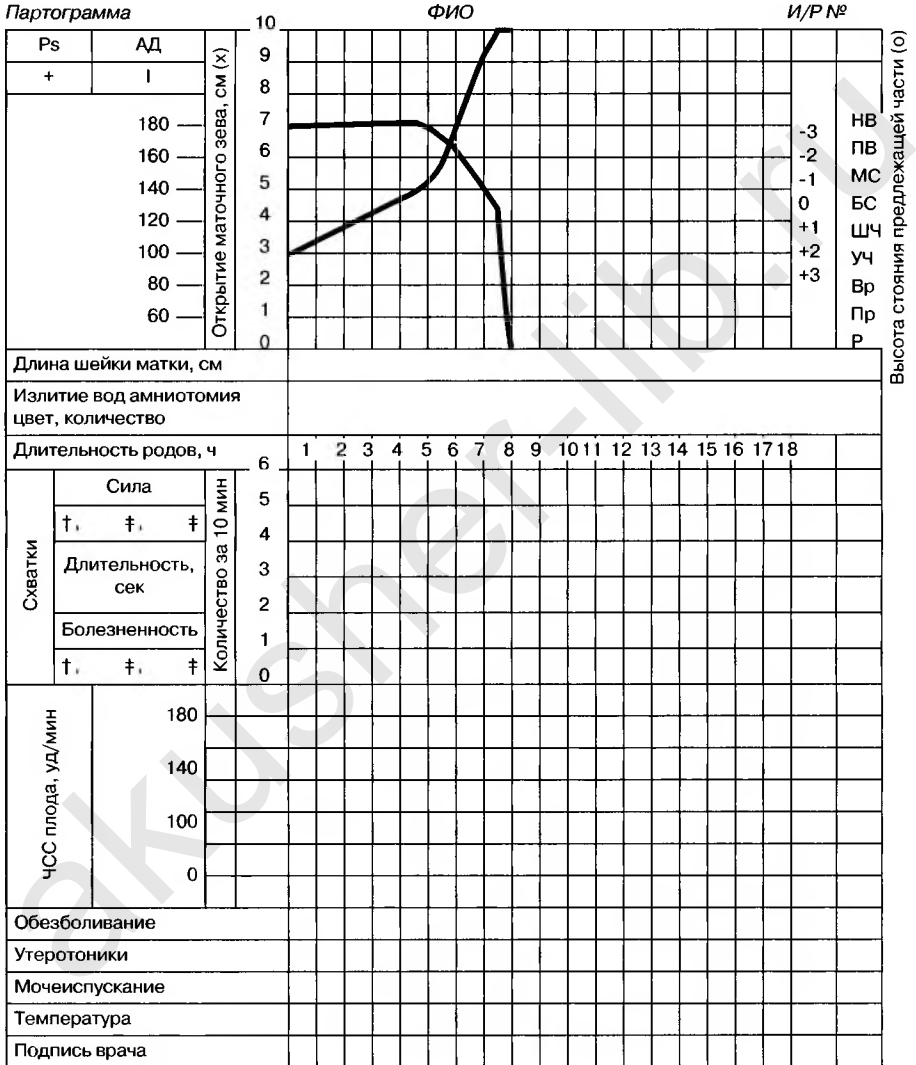
Группы препаратов	Наиболее безопасные препараты
Анальгетики	Парацетамол, наркотические анальгетики (короткими курсами), НПВС (кроме срока родов)
Антибиотики	Аминопенициллины (аминоксиллин, амиоциллин), макролиды («Вильпрафен»), азитромицин, цефалоспорины, клиндамицин, эритромицин, метронидазол (кроме I триместра), пенициллины, триметоприм (кроме I триместра)
Антидепрессанты	Венлафаксин, флуоксетин, тразодон
Антидиарейные средства	Лоперамид
Противорвотные средства	Антациды, доксиламин, прохлорперазин, прометазин, витамин B ₆
Антигипертензивные средства	β-Адреноблокаторы, гидралазин, метилдопа, празозин
Антипаразитарные средства	Перметрин
Глюкокортикоиды	Ингаляционные глюкокортикоиды, глюкокортикоиды эндоназально, преднизон, преднизолон
Противотуберкулёзные средства	Этамбутол, изониазид
Противовирусные средства	Амантадин, ацикловир
Антигистаминные средства	Цетиризин, лоратадин
Противоастматические/антиаллергические средства	Эпинефрин, ингаляционные бронходилататоры, стероиды (в ингаляциях), стероиды (эндоназально), теофиллин
Препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний	β-Адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, дигоксин, нитроглицерин
Средства, применяемые при запорах	Бисакодил, метилцеллюлоза
Противодиабетические средства	Инсулин
Препараты для лечения заболеваний ЖКТ	Сукральфат, метоклопрамид
Снотворные средства	Дифенгидрамин, золпидем
Тиреоидные гормоны	Левотироксин, лиотиронин

Приложение 3. Партограммы

Партограмма			ФИО	И/Р №																		
Ps	АД	Открытие маточного зева, см (х)																-3	НВ ПВ МС БС ШЧ УЧ Вр Пр Р			
+	I																	-2				
																		-1				
																		0				
																		+1				
																		+2				
																		+3				
Длина шейки матки, см																						
Излитие вод амниотомия цвет, количество																						
Длительность родов, ч			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Схватки	Сила																					
	†	‡																			‡	
	Длительность, сек																					
	Болезненность																					
†	‡	‡	Количество за 10 мин																			
ЧСС плода, уд/мин	180																					
	140																					
	100																					
	60																					
	0																					
Обезболивание																						
Утеротоники																						
Мочеиспускание																						
Температура																						
Подпись врача																						

Высота стояния предлежащей части (о)

Партограмма (первородящие).



Партограмма (повторнородящие).

Приложение 4.

Достучаться до небес

Новые акушерские технологии и новации в санитарном законодательстве

Статья опубликована в журнале StatusPraesens, №2[5])

Обозреватель: Игорь Александрович Алеев, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва)

Автор комментариев: Игорь Николаевич Костин, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва)

Автор доклада: Елена Павловна Игонина, начальник отдела надзора за лечебно-профилактическими учреждениями Роспотребнадзора по Москве, канд. мед. наук

Международная конференция «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии», прошедшая в Москве в феврале 2011 года, была полна интересных сверх-актуальных докладов и выступлений. Одна из самых горячих тем — обсуждение новых СанПиНов для лечебных учреждений. По выражению проф. В.Е. Радзинского, «...акушеры-гинекологи могли только мечтать о том, чтобы все наши самые смелые предложения по модернизации службы родовспоможения одним махом получили бы законодательную основу... приятно, когда мечты исполняются так быстро...».

Доклад «Новые акушерские технологии и новации в санитарном законодательстве» представила начальник отдела надзора за лечебнопрофилактическими учреждениями Роспотребнадзора по Москве, канд. мед. наук Елена Павловна Игонина.

Краткий обзор этого доклада, напрямую затрагивающего главную для российских акушеров-гинекологов новость года, мы публикуем в нашем журнале.

Прогресс в медицине, в том числе в акушерстве и гинекологии, не стоит на месте, и каждый год появляются новые технологии, регулярно требующие пересмотра нормативной базы. Особенно остро это ощущают практикующие врачи. К сожалению, нормативные документы — достаточно инертная субстанция; они меняются не так быстро, как хотелось бы. Так, вопросы санитарно-противоэпидемического режима и профилактики внутрибольничных инфекций в российских ЛПУ долгое время оставались открытыми, поскольку прежние рекомендации и требования устарели, а новых просто не было.

В новый век — со старой нормативной базой?

Уже давно были очевидны проблемы учёта и регистрации внутрибольничных инфекций (ВБИ). Нуждались в коррекции сроки регистрации осложнений, связанных с инвазивными медицинскими технологиями, поскольку существующие нормативы не отвечали реальной ситуации. Кроме того, в последние годы в арсенале клиницистов появилось множество новых медицинских технологий и изделий (особенно это касается клеточных,

а также вспомогательных репродуктивных технологий). Да и сама система оказания медицинской помощи претерпела существенные изменения: были созданы сети учреждений нового типа, таких как центры высокотехнологичной медицинской помощи, перинатальные центры. Нельзя было оставить без внимания и расширение спектра инфекций, подлежащих обязательному тестированию перед пересадкой органов и тканей, перед переливанием крови и её компонентов.

Также изменилась технология санитарного надзора: отныне рутинный контроль соблюдения противозидемиологического режима и состояния внутрибольничной среды возложен на само учреждение, а плановые проверки СЭС, которые раньше были ежеквартальными, будут теперь проводиться только раз в 3 года.

Практическая медицина ни в коем случае не должна отворачиваться от новых научных данных по эпидемиологии и профилактике внутрибольничных инфекций. Поэтому разработаны эпидемиологические стандарты для различных форм гнойно-септических инфекций, поменялись подходы к организации микробиологического мониторинга, антибиотикопрофилактики. Выявлены новые предвестники эпидемиологического неблагополучия.

На наших глазах меняются подходы к профилактике ВБИ, и само это понятие начинают переоценивать. В соответствии с международными стандартами термин «ВБИ» со временем будет изменён на «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи», поскольку речь при этом идёт, конечно, о более широком явлении, которому прежний термин не соответствовал.

Получается, что необходимость создания новых санитарных правил уже назрела. Потребность есть. Есть и результат!

Разрешите представить

Докладчик впервые представила акушерско-гинекологической общественности новый документ — «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»¹. С его выходом отменяется ряд правил, в том числе СанПиН 2003 года. Однако приказов Минздравсоцразвития это не касается, и они остаются в силе (№720, №345).

Четвёртая глава СанПиНов посвящена профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах и отделениях. Однако работая в акушерском стационаре, следует руководствоваться не отрывками, а всем документом полностью. Так, в частности, к акушерскому стационару относятся и общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, и в том числе к проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий. А стационарам хирургического профиля особенно важно правильно соблюдать предписания по профилактике ВБИ.

В документе 20 приложений, из них пять — справочные, например «Термины и определения» и «Порядок расследования групповых заболеваний новорождённых в акушерских стационарах».

Выделены акушерские стационары трёх уровней: перинатальные центры (III уровень), родильные дома (II), родильные отделения (I).

1 СанПиН 2.1.3.2630-10, утверждённый постановлением №58 главного государственного санитарного врача 18.05.2010, зарегистрированный Министерством юстиции 9.08.2010 и введённый в действие 17.09.2010.

Новый подход к организации

Докладчик останавливалась только на нововведениях, которые отличают новый документ от прежних предписаний.

Главное новшество вызвало гром аплодисментов. Теперь во всех строящихся и реконструируемых учреждениях родовспоможения в составе приёмных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, и при их наличии обсервационные отделения в структуре учреждения не выделяют.

Новые СанПиНы при этом требуют предусматривать возможность планировочной изоляции части этих палат. То есть отделения должны быть спланированы таким образом, чтобы при необходимости можно было этаж или часть этажа использовать в качестве обсервационного отделения (например, в случае эпидемии воздушно-капельных инфекций). Оно должно иметь собственные процедурную и смотровую.

В роддомах с совместным пребыванием матери и ребёнка необходимы палаты интенсивной терапии (для матерей и детей), а также детская палата для здоровых новорождённых, которые по причинам болезни матери находятся отдельно от неё. Кроме того, допускается палата совместного пребывания в обсервационном отделении, что ранее санитарными нормами было категорически запрещено.

Во-вторых, работая по старинке, мы порой даже и не подозреваем, что «ходим по лезвию юридической бритвы» со всеми вытекающими последствиями. «Раздельное пребывание» противоречит пункту 1 статьи 9 Конвенции о правах ребёнка. К сожалению, неисполнение законодательных актов часто оправдывается их незнанием.

Ну и последнее. Уже не вызывает сомнений, что «совместное пребывание» почти не требует финансовых затрат, но служит реальным резервом снижения как материнской, так и неонатальной заболеваемости.

Отделения второго этапа выхаживания следует предусматривать только в составе перинатальных центров и детских стационаров при соответствующей планировочной изоля-

Комментарий SP. Ещё раз сделаем акцент — впервые со времён советского родовспоможения на законодательном уровне продекларирована необязательность обсервационных отделений. В мире от обсервационных отделений отказались уже давно — необходимости в них нет, поскольку госпитальная инфекция не передаётся по воздуху.

Комментарий пессимиста. 100 лет работали с обсервационным отделением — и всё было в порядке...

Комментарий оптимиста. Давно пора было это сделать. Название отделения — «обсервационное», «инфекционное» — весьма условно. В большинстве случаев это такое же отделение, как и все остальные, со свободным доступом персонала. Ситуация иногда доходит до абсурда: в особо тяжёлых случаях послеродовых инфекционных заболеваний родильницу помещают в боксированную палату обсервационного же отделения. К сожалению, отказаться от обсервационного отделения смогут не все родильные стационары (особенно старой планировки).

Комментарий СП. Здесь, пожалуй, ключевой момент — «в роддомах с совместным пребыванием». Если раньше совместное пребывание матери и ребёнка внедрялось в отдельные роддома при наличии энтузиазма со стороны руководства (в Москве, например, только около трети родильных домов поддерживают программу совместного пребывания), то сейчас активное противодействие со стороны контролирующих организаций не имеет законодательных основ. Эта мера будет полностью приветствоваться как часть современных перинатальных технологий (СПТ), позволяющих серьёзно снизить инфекционную заболеваемость в учреждении родовспоможения.

Комментарий пессимиста. Ну вот, опять нужно менять отработанные, проверенные схемы! Ведь как было хорошо: мамы отдыхают после родов в своих палатах, дети — в своих, под присмотром. Все новорождённые пересчитаны, оптом осмотрены, подмыты и перепелены.

Комментарий оптимиста. Это неизбежно. Во-первых, акушерство и перинатология начала XXI века — это гуманизация нашей службы. Конвейерный подход, сопровождавший масштабное социалистическое строительство, должен уйти в прошлое. Индивидуальный подход в интересах матери и ребёнка — основной принцип работы любого современного родовспомогательного учреждения.

ции. При этом должны быть организованы палаты для круглосуточного совместного пребывания детей с родителями, фильтр для профилактического осмотра и переодевания, а также помещения для отдыха и приёма пищи приходящих родителей. Кстати, эта норма, введённая в санитарные правила, позволила изменить и приказ Минздравсоцразвития о порядке оказания педиатрической помощи.

Как и ранее, не реже чем раз в год акушерский стационар должен закрываться для проведения плановой дезинфекции не менее чем на 2 нед. При этом если стационар был закрыт по эпидемиологическим показаниям, то снова распахнуть двери перед пациентами он может только по согласованию с органами, осуществляющими государственный санитарный надзор.

Впервые в санитарных правилах указаны требования к отделениям вспомогательных репродуктивных технологий. Дан минимальный набор помещений и оговорена их площадь. В числе прочего такое отделение должно включать в себя малую операционную, предоперационную, шлюз для новых пациентов. При невысокой нагрузке и отсутствии операционной допускается наличие манипуляционной. Правила предусматривают и эмбриологическую лабораторию с кабинетом генетика, а также помещение для сдачи спермы и криохранилище.

Человеческое отношение

Новый документ регламентирует и порядок поступления в стационар пациенток. При первичном обращении роженице проводят медицинский осмотр, санитарную обработку.

Комментарий СП. Эта часть доклада от специалиста Роспотребнадзора вызвала много вопросов. В частности, обсуждалась необходимость закрытия родильных стационаров для плановой помывки. По мнению некоторых акушеров-гинекологов, остановка работы родильного дома на 14 дней не только экономически нерентабельна, но и идёт вразрез с самой концепцией СПТ. Докладчик возразила: СПТ, чередование новых дезинфектантов, правильная обработка рук — идеал, до которого российскому родовспоможению ещё далеко. Именно поэтому даже в новых СанПиНах эта практика сохранена. Может быть, с развитием и внедрением СПТ появится возможность от этого правила отказаться.

Комментарий пессимиста. Без ежегодных плановых профилактических моек родильного стационара резко повысятся показатели инфекционной заболеваемости. Ну и конечно, не хотелось бы терять 2 нед «отпуска» за государственный счёт.

Комментарий оптимиста. Грамотная плановая ежедневная уборка не требует проведения дополнительной ежегодной двухнедельной мойки, тем более что её результаты нивелируются через несколько дней работы роддома. Конечно, умываться надо каждый день. Однако, к сожалению, пока в России существуют родильные стационары, не удовлетворяющие структурно-функциональным качествам современного родовспомогательного учреждения (а таких большинство), двухнедельный перерыв нужен как воздух для «зализывания коммунально-бытовых шрамов», накопленных за год. Надо отдать должное главврачам, которые за 2 нед умудряются сменить плитку, окна, сантехнику, мебель и т.д. в учреждениях, построенных в начале—середине прошлого века.

Бритьё кожи наружных половых органов и постановку очистительной клизмы в обязательном порядке не назначают. И это тоже — большое новшество, поскольку бритьё промежности в мире не считают обязательным, вполне обоснованно полагая, что это нарушает микробиоценоз кожи, наружных половых органов и, соответственно, влагалища. Оволосение создаёт необходимую для нормальной микрофлоры аэрацию, поэтому любые изменения немедленно скажутся на микрофлоре. Если администрация считает бритьё необходимым, его следует выполнять не обычными бритвами, а специальными каттерами, которые не травмируют кожный покров и не создают дополнительных входных ворот для инфицирования. Душ показан всем пациенткам, каждой выдают индивидуальный комплект белья, но разрешают использовать и свою чистую одежду и обувь (домашнюю).

Постельное бельё полагается менять каждые 3 дня. Рубашки и пелёнки — ежедневно. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства — у новорождённых.

Докладчик особо отметила, что категорически запрещается приём в акушерские стационары женщин с послеродовыми осложнениями (например, с эндометритом). К сожалению, до сих пор в роддомах часто встречается прямо диаметральной ситуации. Это категорически недопустимо с любой точки зрения — как с профессиональной (врачи родильных стационаров не всегда умеют справляться с такими грозными осложнениями), так и с противинфекционной. Лечение послеродовых осложнений должно осуществляться в условиях гинекологического отделения.

В разделе профилактики хирургических инфекций указано, что пациенток с оксациллин-резистентным стафилококком или микрофлорой, устойчивой к карбапенемам, следует госпитализировать в боксированную палату. Подробно описано, каким образом должен быть организован карантинный режим.

Посещение роддомов родственниками пациентов разрешено ещё приказом №345. И хотя в новом СанПиНе указано, что порядок визитов должен быть регламентирован администрацией родильного дома или отделения, это не значит, что руководству следует ограничить эти посещения. А присутствие мужа или других родственников при родах вполне возможно при наличии индивидуальных родильных залов. Конечно, в таких случаях родственники должны иметь сменную одежду и обувь.

Бережём микрофлору новорождённого

Для первичной обработки новорождённых полагается использовать стерильный индивидуальный комплект. Перед наложением пластиковой скобы или лигатуры на пуповинный остаток персонал обязан обработать руки. Место наложения зажима протирают этиловым спиртом (70%), а всего ребёнка — тёплой стерильной пелёнкой. Кожный покров обмывают водопроводной тёплой водой только в случае загрязнения меконием или кровью. После этого ребёнка вытирают стерильной пелёнкой и укладывают на живот матери. Затем его укрывают тёплой стерильной пелёнкой и одеялом, после чего проводят профилактику заболеваний глаз.

Все изделия медицинского назначения для новорождённых подлежат дезинфекции и стерилизации. Лекарственные формы должны быть однократного применения или в мелкой фасовке.

Новые СанПиНы рекомендуют грудное вскармливание по требованию младенца. В эксклюзивных случаях для кормления новорождённого следует использовать только сцеженное грудное молоко его матери. В случае необходимости отсроченного кормления собранное (сцеженное) грудное молоко пастеризуют. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки.

Комментарий SP. Не брить промежность! Это большое достижение, ведь при любых подобных изменениях нормальной анатомии пострадает в первую очередь микрофлора. А вслед за этим и общие показатели поползут.

Комментарий пессимиста. Ну, это уже перебор! Как рожать, если у неё «косы» висят? Рожать полбеды, а как шить? Это же неудобно, некрасиво! А инфекция? Это же относится и к очистительной клизме. Как же без неё? Мне, например, очень неприятно, когда во время родов у роженицы выходит кал. И опять же, инфекция!

Комментарий оптимиста. Полностью поддерживаю комментарий SP. Жаль, что для понимания таких простых истин пришлось потратить полтора столетия. Весь мир — это совокупность биоценозов, и легкомысленное отношение к ним в угоду ничем не обоснованной «целесообразности» чревато большими проблемами.

Отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых, патологии новорождённых, а в перинатальных центрах — палаты с недоношенными детьми размещают в самостоятельных блоках с отдельными входами и выходами, изолированно от родовспомогательных подразделений. Если перинатальный центр принимает в такие отделения новорождённых из других стационаров, то при входе должно находиться помещение для приёма. Перевод новорождённых из других отделений перинатального центра в реанимационные допускается, но перевод из отделения реанимации или патологии новорождённых в послеродовые палаты категорически запрещён.

Все диагностические и лечебные процедуры для новорождённого, в том числе иммунизацию, персонал должен проводить непосредственно в палате в присутствии матери. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены для подготовки к лечебным мероприятиям. Кабинет вакцинопрофилактики следует использовать только для разведения и хранения вакцин.

Перед осмотром каждого ребёнка и проведением манипуляций персонал обязан обрабатывать руки.

При отделениях реанимации и патологии новорождённых должны быть предусмотрены помещения для фильтра (минимальный опрос, осмотр, термометрия), для переодевания и отдыха приходящих матерей или других родственников. Посетители перед входом в отделение надевают сменную одежду.

Комментарий SP. В рамках Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России» в Казани (ноябрь, 2010 г.) проф. В.Е. Радзинский как главный акушер-гинеколог Росздравнадзора выразил эту мысль таким образом: «... Помните, что врач тоже выступает как переносчик инфекции. Важно мытьё рук перед и после посещения каждой пациентки, для чего необходимо соответствующее оснащение: дезинфицирующий гель, одноразовые бумажные салфетки в закрытом резервуаре. Свободное посещение родственниками — это, как ни странно, фактор борьбы с внутригоспитальной инфекцией. Нужно открыть двери родильных домов для людей, от этого ЛПУ станут чище...» Замечательно, что новые СанПиНы такую возможность предоставляют.

Комментарий пессимиста. Ещё чего не хватало — родственников в роддом! Это уже будет не роддом, а проходной двор какой-то. А сколько грязи будет! За всем не уследишь. Неужели они не могут потерпеть несколько дней?

Комментарий оптимиста. Наконец-то родильный стационар перестанет быть учреждением пенитенциарного типа. По сути, функция родильного дома высока и гуманна, но исполнение «как всегда» — ни в какие ворота. Прикрываясь «забором» борьбы с инфекцией, роддом превращал важнейшее семейное событие в неоправданное испытание разлукой, неведением, тревогой неинформированности. Традиционная «закрытость» лечебных учреждений СССР и России не имеет никакого отношения к санэпидрежиму. Если вы профессионал, то «лишние» глаза (родственников) при добросовестном исполнении вами своих обязанностей в большинстве случаев — ваше алиби. Но, конечно, и наоборот. Надо понять, что родители и ребёнок, семья — вот главные участники событий, происходящих в родильном доме.

Комментарий SP. В данной ситуации мы говорим о гуманизации педиатрической помощи, важность которой сложно переоценить. Большой победой можно считать организацию палат совместного пребывания в наблюдательных отделениях, где это нужно даже больше, чем в физиологических отделениях. Новые СанПиНы серьёзно облегчат внедрение в отечественное родовспоможение СПТ, дадут им жёсткое нормативное обоснование, позволят быстрее отказываться от устаревших организационных решений.

Комментарий пессимиста. Извините, я не готов отвечать. Дайте время подумать...

Комментарий оптимиста. Хотелось бы надеяться, что внедрение новых СанПиНов — это начало серьёзных организационных изменений в российском родовспоможении. Изменений, которые давно произошли в странах, где материнство — приоритет политики страны, и все «нововведения» научно и финансово обоснованы и просчитаны.

Отделение патологии новорождённых должно быть организовано по типу совместного пребывания матери и ребёнка. А вот в отделениях реанимации дети находятся без матерей, но посещение ребёнка родителями допускается.

...

Конечно, не всегда нормативные документы подвергаются улучшениям под воздействием требований практики. Однако перед нами яркий пример того, что даже такие обособленные от ежедневного контакта с пациентами структуры, как Роспотребнадзор, вполне способны к новаторству и могут развиваться самым динамичным образом. Так и получается, что капля камень точит: есть спрос на новые документы — есть и предложение. Выходит, практикующие врачи, имея коллегиальную точку зрения, вполне могут повлиять на положение дел в современном здравоохранении.

Приложение 5.

Докторские диссертации, выполненные при консультировании проф. В.Е. Радзинского (утверждены ВАК СССР и ВАК РФ)

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

Ордынец И.М. Прогнозирование и профилактика патологии плода и новорождённого при экстрагенитальных заболеваниях у матери в климато-географической 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

Гриджик 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.

Подтетенев 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.

Игитова М.Б. Прогнозирование, диагностика и лечение осложнений гестации у женщин с высоким перинатальным риском.

**Кандидатские диссертации, выполненные
и защищённые под руководством проф. В.Е. Радзинского
(утверждены ВАК СССР и ВАК РФ)**

1989

Кондратьева Е.Н. Ультразвуковая диагностика особенностей перинатального развития плодов у беременных аридной зоны Туркменской ССР.

Ордианц И.М. Состояние фетоплацентарной системы у многорожавших женщин.

1990

Годиева 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 климато-географической зоне Туркменской ССР.

Муратова Ш.Д. Плацентарная недостаточность при анемии у беременных в климато-географической зоне ТССР.

Озолс 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 климато-географической зоне ТССР.

1991

Нурмурадова З.К. Особенности возникновения и развития гипотрофии плода у женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией в климато-географической 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 фето-плацентарного 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 фето-плацентарной 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, перенёвших 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 климато-географических условиях Туркменистана.

Чолиев Р. Сезонные морфо-функциональные особенности фетоплацентарной 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 фетоплацентарной недостаточности.

Гянджонц В.Л. Лактация у женщин с анемией и её влияние на состояние здоровья и физического развития младенцев.

Оразмурадov 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 климато-географической 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 новорожденных 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 аденomioзом.

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 рецидивирующим урогенитальным эндометриозом.

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.

Чердниченко 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 осложненной беременности.

Мисник В.В. Генетические и иммунологические причины привычного невынашивания беременности.

Оразмурадова Л.Д. Эхографические и клинично-морфологические особенности эндометриозных 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. Отдаленные 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 новорожденных у женщин с хроническим вирусным гепатитом С и ВИЧ-инфекцией.

Бидасси И. Перинатальные аспекты эпидуральной аналгезии у беременных с гестозом.

Борисенко Л.В. Перинатальные аспекты табакокурения.

Григорьева Н.Ю. Молекулярные механизмы программированной клеточной гибели и её генетические регуляторы при сочетании аденомиоза и миомы матки.

Девдариане М.Д. Клинично-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.

Ниязалиева Д.О. Плацентарное ложе матки при нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу.

Поробали М.А. Морфофункциональные особенности плацент при сахарном диабете.

Прозоров В.В. Клинично-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 тяжелого течения гестозов и задержки развития плода.

Цатурян С.Я. Влияние факторов окружающей среды на репродуктивную функцию девочек и девушек московского мегаполиса.

Шамрила Р. Некоторые генетические аспекты прогнозирования и перинатальные исходы гестозов.

Штаркова Н.А. Особенности внешнего дыхания и его влияние на фетоплацентарную 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 осложненной 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.

Фахрудинова 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.

Шнишкина 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.

Оленьева 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 перенесенной 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.

Миროнов 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

Кахтян А.А. Генетические и иммунологические аспекты спаячного процесса у женщин.

2010

Денисова Т.Б. Оптимизация хирургического лечения женщин с пролапсом тазовых органов.

Долгих Т.А. Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов.

Оленев А.С. Баллонная тампонада матки как метод лечения гипотонических акушерских кровотечений.

Серегина П.Е. Клиническое значение аллельного распределения гена интегрина GP130 при гиперпластических процессах эндометрия.

Снигирева Н.Г. Иммуно-генетические факторы прогнозирования аномалий родовой деятельности матки.

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.

Муравина Е.Л. Акушерская тактика при осложнениях пуэрперия.

Узденова А.И. Отдалённые результаты лечения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде.

Приложение 6.

Современное технологическое обеспечение родового акта

В последние годы тема альтернативных родов становится всё более актуальной. Наряду с такими трудными для внедрения в России, а иногда и просто опасными нововведениями, как домашние роды и роды в воду (см. соответствующие главы), в учреждениях родовспоможения активно внедряются другие технологии альтернативных родов, суть которых заключается в том, что женщина может самостоятельно выбирать позу во II периоде родов. Это вертикальные роды (стоя, сидя как на табурете), роды сидя на корточках, лёжа на боку, стоя на четвереньках.

Особенность вертикальных родов — влияние силы тяжести на плод. Сила гравитации и активное поведение роженицы способствуют продвижению плода по родовым путям с наименьшими энергетическими затратами. Кроме того, в этом положении остистые отростки позвонков и копчик матери максимально отклонены назад, что способствует увеличению прямого размера малого таза.

В последние годы в роддомах стали появляться так называемые кровати-трансформеры (оснащённые электроприводами и дающие самые различные возможности по изменению положения роженицы), обеспечивающие женщинам максимально возможный диапазон положений во время родоразрешения. В частности, фирмой BORCAD разработана кровать AVE (лат. — добро пожаловать на свет).

Основные преимущества родовой кровати-трансформера:

- разнообразие родовых положений (вертикально, на боку, на четвереньках, опираясь при этом на подлокотники, опорную дугу или партнёра);
- комфорт для роженицы (кровать по желанию можно оснастить массажным приводом);
- безопасность медицинского персонала и роженицы (полное отсутствие режущих поверхностей и рычажных механизмов предупреждает возможность травм);
- удобство использования.

Дополнительные преимущества:

- простота в управлении (на пульте только три основные функции);
- удобство эксплуатации (кровать хорошо и быстро моется без снятия отдельных деталей, а плоскость ложа сконструирована таким образом, что жидкости, в том числе биологические, не затекают в труднодоступные для дезинфекции щели);
- возможность дооборудования кровати надувной поясничной поддержкой или поясничным массажным сегментом (обеими этими опциями может управлять сама роженица);
- эргономика (даже невысокая женщина может самостоятельно устроиться на кровати или спуститься с неё без дополнительных лесенок — высота кровати составляет 60 см).



Официальный представитель компании BORCAD cz s.r.o. в России:
ООО «ПРАЙМЕКС МЕДИКАЛ»
115407, Москва, Нагатинская набережная, д. 54, стр. 2
Тел./факс: +7 (495) 228-0991
E-mail: info@primex-medical.com
www.primex-medical.com

Приложение 7.

Способ профилактики осложнений операции кесарева сечения на основании применения широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной коагуляции (медицинская технология)

Авторы: д.м.н., проф. Т.А. Обоскалова, д.м.н., проф. В.Е. Радзинский, д.м.н. проф. Т.В. Узлова, к.м.н. Е.Ю. Глухов, к.м.н. Ю.Д. Вученович, Л.Н. Есипова, О.В. Бутунов.

Представленная медицинская технология впервые предлагается к использованию на территории Российской Федерации. При кесаревом сечении, как и при различных других видах оперативных вмешательств, хорошо зарекомендовали себя электрохирургические методы (широкополосная радиоволновая хирургия, аргоноплазменная коагуляция). С их помощью можно обеспечить качественный гемостаз во время операции, уменьшить объём кровопотери, микробную контаминацию, улучшить заживление операционной раны, предупредить осложнения послеоперационного периода и сократить длительность пребывания в стационаре.

Технология предназначена для оперирующих акушеров-гинекологов родильных домов, прошедших обучение работе с электрохирургическими высокочастотными аппаратами, и может быть рекомендована к использованию в стационарных ЛПУ и для обучения студентов медицинских вузов.

Рекомендуемый уровень использования медицинской технологии — республиканский (перинатальные центры, родильные дома).

Патентная защита. Положительное решение по заявке на изобретение №2009111095/14(015047) «Способ профилактики гнойно-воспалительных осложнений при кесаревом сечении», опубликованной в реестре заявок на выдачу патента Российской Федерации на изобретение, 27.09.2010.

Введение

В связи с перинатальной направленностью современного акушерства, ростом и утяжелением экстрагенитальной патологии беременных и рожениц кесарево сечение широко применяется в практической медицине. Частота данного хирургического вмешательства в последние годы составляет 15–30% общего числа родов и более^{1,2,3,4}. В связи с ростом количества операций увеличивается и вероятность послеоперационных осложнений, среди которых наиболее распространены эндометрит, раневая инфекция, инфильтраты параметрия и предпузырной клетчатки. К редким, но тяжёлым осложнениям, создающим угрозу для жизни пациентки, относятся гематомы различной локализации, перитонит. Известно, что наличие разреза на матке при кесаревом сечении способствует проникновению инфекции из полости матки в брюшную полость.

При стандартном ушивании матки толщина шва обычно составляет 1–1,5 см, и в шве скапливается раневой экссудат. Кроме того, при разрезе апоневроза и подкожной клетчатки также происходит активное образование раневого экссудата, который служит субстра-

том для развития микроорганизмов, что приводит к инфицированию и несостоятельности послеоперационных швов, к развитию гнойно-воспалительных осложнений.

Чаще всего среди причин осложнений в послеоперационном периоде кесарева сечения встречаются: нарушения техники хирургического вмешательства, дефекты гемостаза, качество шовного материала.

Существующие стандартные способы профилактики инфекционно-воспалительных осложнений недостаточно эффективны.

В современном оперативном акушерстве, как и в хирургии, актуальны и востребованы технологии электрохирургического воздействия на ткани, что позволяет разрезать ткани с эффективным гемостазом, оказывает местное антибактериальное воздействие и усиливает локальные репаративные процессы. Достоинства метода широкополосной радиоволновой хирургии (ШРХ) следующие: почти бескровное операционное поле, высокая скорость проведения оперативного вмешательства, минимальный отёк и инфильтрация в послеоперационном периоде, минимальные болезненные ощущения, заживление послеоперационной раны без грубого рубцевания, стерилизующий эффект радиоволны^{5,6}.

К достоинствам аргоноплазменной коагуляции (АПК) относятся:

- отсутствие прямого контакта электрода с тканью, что исключает налипание ткани на электрод и его микробную контаминацию;
- эффективный и быстрый гемостаз при капиллярных кровотечениях на больших раневых поверхностях;
- возможность контроля глубины коагуляции;
- предотвращение карбонизации (обугливания) ткани за счёт вытеснения из зоны воздействия кислорода инертным газом — аргоном;
- оптимальная визуализация операционного поля ввиду отсутствия задымлённости, стерилизующий эффект аргоновой плазмы^{5,6,7,8}.

Широкополосное радиоволновое рассеяние и биполярная коагуляция, аргоноплазменная коагуляция ткани при операции кесарева сечения не оказывают прямого негативного воздействия на плод⁹ и преследуют цели:

- уменьшение интраоперационной кровопотери;
- отказ от курсовой антибактериальной терапии в послеоперационном периоде;
- минимизация срока пребывания в стационаре;
- достижение состоятельности рубца на матке, что позволит увеличить частоту последующих самопроизвольных родов;
- улучшение качества жизни в послеоперационном периоде за счёт снижения болевого синдрома.

Показания к использованию новой медицинской технологии в акушерской практике: проведение операции кесарева сечения.

Противопоказания к использованию новой медицинской технологии

Медицинские противопоказания

Абсолютное противопоказание — наличие у пациентки электрокардиостимулятора или электрода-ритмоводителя, поскольку существует опасность нарушения их работы под влиянием высокочастотных токов.

Относительными противопоказаниями считаются заболевания кожи, исключающие использование нейтрального электрода.

Технологические противопоказания:

- отсутствие оборудованного помещения, обеспечивающего возможность и безопасность применения электрохирургической аппаратуры;
- отсутствие обученного персонала.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

1. Аппарат электрохирургический высокочастотный с аргонусиленной коагуляцией ЭХВЧа-140-«ФОТЕК» (производство ООО «ФОТЕК», Россия, регистрационное удостоверение ФСР №2010/07371 от 27 мая 2010 г.) в исполнении ЭХВЧа-140-04-«ФОТЕК» («ФОТЕК EA 142»).

2. Электрохирургические инструменты и аксессуары — ЕН363 (кабель для подключения монополярных инструментов для аргоноплазменной коагуляции), ЕМ508 (электрод-нож для аргонусиленной коагуляции и хирургии), ЕМ505 (электрод-игла для аргонусиленной коагуляции), ЕН330Е (держатель биполярных электродов-пинцетов «евро»), ЕМ252 ССЕ (пинцет прямой антипригарный CLEANTips 190×8×2 мм, производство ООО «ФОТЕК», Россия, регистрационное удостоверение ФСР №2010/07374 от 8 апреля 2010 г.).

3. Материал шовный хирургический стерильный рассасывающийся в наборах и отдельных упаковках (производство Aescular AG, Am Aescular-Platz, 78532 Tuttlingen, Germany, регистрационное удостоверение ФСЗ №2010/06563 от 9 апреля 2010 г.) в исполнении Safil.

4. Иглы атравматические ИА-«Медин-Н» с круглым, трёхгранным и четырёхгранным поперечным сечением, колющие, режущие и колюще-режущие, изогнутые по окружности на 3/8 и 4/8, одно- и двухигольные однократного применения, стерильные по ТУ 9398-007-52318770-2004 с нитями хирургическими в отрезках НХ-«Медин-Н» (производства ООО «Медин-Н», Россия, регистрационное удостоверение ФСР №2009/06526 от 30 декабря 2009 г.) следующего вида: нити хирургические рассасывающиеся — нить капроновая антимикробная с хлоргексидином биглюконатом «Капроаг».

5. Комплект белья медицинского одноразового стерильного «Барьер» (производства ООО «ПП Барьер», Россия, регистрационное удостоверение ФС №01012006/4606-06 от 18 декабря 2006 г.).

Описание медицинской технологии

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:

- «ФУЛЫГУР» — 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 «ФУЛЫГУР», не касаясь поверхности раны, на мощности 70 Вт коагулируют ткань с кровоточащими капиллярами. Сосуды диаметром 1,5–2,0 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 срединное положение. Вскрытие полости матки осуществляют в зависимости от конкретной акушерской ситуации — срока беременности, фазы родов, предлежания и положения плода — в модификациях:

- Дерфлера, 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 2–3 см длиной в центре предполагаемого доступа, затем хирург указательными пальцами тупо разводит раны в поперечном направлении, также без вскрытия пузырно-маточной складки и смещения мочевого пузыря. Целостность матки восстанавливают с помощью непрерывного обвивного серозно-мышечного шва синтетической нитью (**нити Safil, производство «Эскулап АГ», Германия, или аналогичные марки, №1–2**), интервал вколов — 1,5–2,0 см, отступ от края раны — 0,8–1,0 см.

Шов на матке обрабатывают факелом аргоновой плазмы в режиме «ФУЛЫГУР» на мощности 70 Вт с использованием электрода EM505 при потоке аргона 7 л/мин в течение 2–4 °С до образования струпа толщиной до 1,0 мм. Режим «ФУЛЫГУР» применяют при значительной кровоточивости из мелких сосудов. Более крупные сосуды коагулируют биполярным пинцетом EM252CCE 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 с длительным сроком рассасывания (**нить капроновая антимикробная с хлоргексидином биглюконатом «Капроаг», производства ООО «Медин-Н», или максон**). Шов на апоневрозе и края разреза подкожно-жировой клетчатки обрабатывают факелом аргоновой плазмы в режиме «СПРЕЙ» на мощности 70 Вт. Ушивают кожную рану.

Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы их устранения

1. Ожоги в месте наложения нейтрального электрода. Способы устранения: не допускать неполного контакта нейтрального электрода с телом пациентки; своевременно заменять нейтральный электрод с повреждением или нарушением однородности поверхности. В случае несоблюдения требований к обеспечению безопасности при работе с электрохирургическими аппаратами, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата, и при возникновении ожога — лечение ожога по общепринятым схемам.

2. Возобновление кровотечения: возможно после коагуляции факелом аргоновой плазмы, если факел направляли на натекающую кровь. Способы устранения:

- а) увеличить время воздействия факелом;
- б) применить контактный биполярный метод коагуляции;
- в) применить метод лигирования сосуда в ране.

3. Электротравма. Способы устранения: исключить неисправность электрохирургического оборудования, обеспечить соблюдение техники безопасности персоналом лечебного учреждения, качественное инженерное обслуживание аппаратов.

Эффективность использования медицинской технологии

Нами были изучены исходы операции кесарева сечения в двух группах женщин. Пациентки **основной группы** (41 человек) были прооперированы стандартным способом (разрез передней брюшной стенки по Пфанненштилю, поперечный разрез на матке в нижнем сегменте по Гусакову, наложение непрерывного синтетического рассасывающегося шва на стенку матки) с использованием во время операции аргоноплазменной коагуляции. **Контрольная группа** (40 женщин) прооперирована тем же способом, но без использования аргоноплазменной коагуляции. Сравнимые группы были подобны по возрасту, паритету беременности и родов, показаниям для операции кесарева сечения, акушерской и соматической патологии.

Группы сравнивали между собой по следующим параметрам:

- наличие раневого экссудата в толще шва на матке, в предпузырной клетчатке и передней брюшной стенке, которое оценивали по УЗИ на 4-е сутки после операции;
- болезненность и инфильтрация шва на передней брюшной стенке;
- потребность в наркотических обезболивающих препаратах.

При УЗИ органов малого таза на 4-й день после операции у двух женщин основной группы (4,9%) были выявлены инфильтрация и экссудат в швах на матке и передней брюшной стенке. В контрольной группе подобные изменения наблюдали у 33 женщин (82,5%). Обнаружение инфильтрации и раневого экссудата потребовало проведения этим женщинам дополнительных противовоспалительных мероприятий.

У всех женщин основной группы мы наблюдали незначительные проявления **болевого синдрома**: пальпация шва со 2-х суток была практически безболезненна, женщины были активны, жалоб на боль в брюшной полости не предъявляли, что позволило отменить им применение наркотических анальгетиков. В контрольной группе необходимость в обезболивании отпала только на 3-и сутки.

Все пациентки основной группы выписаны на 5-е сутки после операции с заживлением кожной раны первичным натяжением. В контрольной группе в среднем послеоперационное пребывание рожениц в роддоме составило 6,8 сут.

Все пациентки были осмотрены через месяц после выписки из родильного дома. В основной группе **инволюция матки** протекала нормально, признаков воспалительного процесса в матке не выявлено. У трёх рожениц контрольной группы пуэрперальный период осложнился субинволюцией матки и лохиометрой, однако эндомиометрита у них также не было.

В основной группе родилось 42 доношенных ребёнка массой 3453,9+123,0 г с оценкой по Апгар 6,8+0,3 балла. В контрольной группе родилось 43 ребёнка массой 3256,8+202,8 г с оценкой по Апгар 6,5+0,8 балла. Достоверных различий в состоянии новорождённых выявлено не было. Все дети проходили период адаптации идентично.

Для подтверждения качественного заживления матки после применения аргоноплазменной коагуляции проведено гистологическое исследование тканей из области рубца через 1,5 года после кесарева сечения с использованием аргоноплазменной коагуляции, а также после традиционного кесарева сечения. У пациенток основной группы обнаружено полное замещение зоны разреза миоцитами, тогда как после традиционной техники операции рубец почти полностью был представлен соединительной тканью.

Данная технология была применена у 778 пациенток родильных домов ЦГБ №7 г. Екатеринбург, №25 г. Москвы, родильного дома ЧелГМА (г. Челябинск). Средний возраст пациенток составил 29,5±1,1 года, 465 (59,8%) операций кесарева сечения были плановыми, 313 (40,2%) — экстренными. Кесарево сечение проводилось в описанной модификации.

Контакты:
ООО «ФОТЕК»,
620049, г. Екатеринбург,
ул. Малышева, 145а, литер А,
www.fotek.ru

Литература

1. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У. Особенности репарации миометрия после операции кесарева сечения. // Акуш. и гин. — 2008. — №1. — С. 34–36.
2. Горбачева А.В., Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Милованов А.П., Куринов С.Б., Огай О.Ю. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенёвших кесарево сечение. // Акуш. и гин. — 2008. — №1. — С. 40–43.
3. Роговская С.И., Прилепская В.Н., Бебнева Т.Н. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов методами широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции // Пособие для врачей. — М., 2008.
4. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения: Монография. — М.: Миклош, 2007.
5. Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю. и др. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов методами широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции: методическое пособие для врачей. — Екатеринбург, 2007.
6. Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Бутунов О.В. Способ профилактики гнойно-воспалительных осложнений при кесаревом сечении. Заявка на изобретение №2009111095/14(015047) опубликована 27.09.2010 г.
7. Майстренко Н.А., Юшкин А.С., Курыгин А.А. Физические способы диссекции и коагуляции тканей в абдоминальной хирургии: Руководство для врачей. — СПб.: Наука, 2004. — 151 с.

8. Машкин А.М., Хойрыш А.А., Ефанов А.В., Федосеева Н.Н. Применение эндоскопической аргонно-плазменной коагуляции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии: Пособие для врачей. — Екатеринбург: Фотек, 2007. — 40 с.
9. Краснопольский В.И., Зароченцева Н.В., Серова О.Ф. Полипы цервикального канала у беременных: Пособие для врачей. — М.: ИД «ФортеПресс», 2007. — С. 13–14.
10. Жилиев Н.И., Жилиев Н.Н. Оперативная хирургия в акушерстве и гинекологии: Учебное пособие для врачей интернов, практических врачей акушеров-гинекологов и хирургов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 332 с.
11. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2002. — Т.1. — №2. — С. 40–46.
12. Чернуха Е.А., Ананьев Е.В. Возможный травматизм плода при кесаревом сечении. // Акуш. и гин. — 2007. — №6. — С. 77–79.

Предметный указатель

Cell saver 468, 471, 481

pH

влагалищного отделяемого 116
-метрия 116

мочи и беременность 91

Placenta accreta 463

RU-486, медикаментозный аборт 529

А

Аборт(ы) 36

и инфекционно-воспалительная заболеваемость 93

и материнская смертность 92

как причина материнской смертности 48, 50

кюретаж 522

медикаментозный 528

менструальный 529

осложнения 519

первой беременности 225

при неразвивающейся беременности 550

угрожающий 156

хирургический, число в России 36

Агрессия

акушерская 17

лекарственная 135

Адреномиметики

при дискоординации родовой деятельности 347

при угрозе преждевременных родов 274

Актовегин 137, 236, 237, 413

Акушерка(и)

в Советском Союзе 85

и дорожный патронаж 89

Акушерство 16

безопасное 16, 68

Альбумин при акушерских кровотечениях 483

Альфа-фетопротеин 90

Амниоинфузия 299

Амниоскопия 295

осложнения 321

техника 321

Амниоцентез 90

Ампутация матки при кровотечении 467

Ангиопатия

как универсальная реакция на экстрагенитальные

заболевания 186

при анемии 195

универсальная 182

Анемия

алиментарная 193

беременных 179, 191

диагностика 199

лечение 201

профилактика 200

рациональное питание 199

железо-белководефицитная 191

и неспецифические инфекционно-

воспалительные заболевания 188

Анестезия

спинально-эпидуральная 436

эпидуральная

при дискоординации родовой

деятельности 341, 348

при кесаревом сечении 433

при преждевременных родах 276

Аномалия(и)

плода

врождённые и лекарственные средства 139

хромосомные, скрининг 90

родовой деятельности 331

и кесарево сечение 412

Антисептика 576

Антитела к фосфолипидам 185

Анэмбриония 553, 554

Аспирация мекоинальных вод

при перенашивании 292

Асфиксия плода при тазовом предлежании 414

Атосибан при угрозе преждевременных родов 274

Б

Бактериурия бессимптомная 187

и преждевременные роды 281

Бактисубтил 130

Баллон внутриматочный гемостатический 465

Барьер плацентарный и лекарства 140

Беременность

внематочная 166

реабилитация 172

замершая 547

невывишивание 175

неразвивающаяся 95, 177, 547

как следствие аборта 523

переносимая 297

продолжительная 291, 293

трубная 173

причины 171

реабилитация 175

эктопическая 54

Бесплодие

и внематочная беременность 170

и хирургический аборт 533

как итог хронического эндометрита 160

как фактор перинатального риска 626

пессарий акушерский 282

Бетадин 129, 134, 176, 410

Бетаметазон при угрозе

преждевременных родов 273, 284

Биоценоз влагалища 93

и травмы промежности 106

состав микрофлоры 98

Бифидумбактерин 130

Бифоформ 130

Болезненность женщин, отличия

от заболеваемости 224

Болезнь оперированной матки 445

Боль(и)

головная постпункционная 438

тазовые хронические 101

Больница участковая 84

Бупивакаин 439

В

Вагилак 130, 132

Вагинит 110, 112, 115

лечение 123

Вагиноз бактериальный 110, 115
и преждевременные роды 281
Вагинорм-С 120, 123, 126, 127, 134
Вакуум-аспирация 170, 522
Вакуум-экстракция 388
осложнения 392, 395
техника 395
Вакцина гонококковая
инактивированная 125
Ведение активное III периода родов 396
ВЗОМТ 101
Вибриоз анаэробный 111
Викасол 155
Вильпрафен 123, 125, 646, 649
Витамин(ы) 148
А при беременности 152
В при беременности 152
Е при беременности 152
Е при беременности 151
ВИЧ-инфекция
аварийная химиопрофилактика 82
как наиболее частая внутрибольничная
инфекция 80
опасность для врача 81
родоразрешение 413
Вобэнзим 251
Воды околоплодные 275
Водянка беременных 250
Врезывание головки 385
Вскармливание грудное 583
рациональность 563
эксклюзивное 565
Выдавливание плодного яйца 171
Выкидыш 155
привычный 177
самопроизвольный 175
Выписка ранняя 570

Г

Галактоземия 588
Гаметогенез и тератогенность 142
Гарднереллэз 95, 111
Гексикон 124, 128, 522
Гексопреналин 344, 347, 348
Гематома ретрохоральная 551
Гемоглобин, нормальный уровень
при беременности 192
Гемодез 458
Гемодилюция 193
Гепатиты вирусные,
родоразрешение 413
Гестагены при беременности 156
Гестация без эмбриона 548
Гестоз 183, 221
классификация 256
оперативное родоразрешение 254
опасность родовозбуждения 253
осмонокотерапия 255
осмотерапия 253
оценка тяжести 256
патогенез 255
тактика родоразрешения 253
Гинипрал 347, 348
Гинофлор Э 120, 121, 126, 127, 130
Гинофорт 113
Гиперандрогения при беременности 163

Гипергидратация
при гестозе 252
при кровопотере 457
Гипермагниемия, опасность
для новорождённых 274
Гиперплазия коры надпочечников
врождённая 163
Гиперреактивность 102, 126
Гипертензия артериальная у беременных 181
Гипертонус миометрия базальный 334
Гиповолемия 252
Гипогалактия 267, 566
Гипокоагуляция 473
Гипоксия плода 334
при анемии 191
при бурной родовой деятельности 336
как показание к кесареву сечению 431
острая при аномалиях родовой деятельности 342
Гипоплазия плаценты при анемии 195
Гипопротеинемия 252
Гипореактивность 102, 126
Гипотиреоз врождённый 588
Гистерография 346
Гликоген влагалличного секрета 100
Глухота врождённая 588
Глюкокортикоиды
при гиперандрогении 163
при привычном невынашивании 163
Гоновакцина 125
Госпитализация
необоснованная 218
ошибки при преждевременных родах 271
Группы риска беременных 190

Д

Дебют сексуальный 225
Деквалиния хлорид 522
Дексаметазон 166
при угрозе преждевременных родов 273, 284
Демедиализация 146
Депантол 378
Депопуляция 22, 24
Депрессия наркотическая новорождённых 435
Дети
аппаратные 296, 404, 429
окситоциновые 141, 342
Дефицит магниевый у беременных 162
Децелерации 208, 210
Деятельность родовая
бурная 348, 335
чрезмерная 348
Джес 543, 544
Диагностика антенатальная состояния плода 214
Диазепам 344
Дидрогестерон 120, 122, 157
Динопростон 338, 340, 344, 459, 475
при акушерском кровотечении 462
Дисбактериоз кишечника 132
Дисбиоз(ы)
ятрогенные 109
влагилица 111
дифференциальная диагностика 114, 115
промежуточный тип 115
кишечника 132
Дискоординация родовой деятельности 332, 345
немедикаментозная коррекция 340

Диспансеризация беременных 87
 Дистресс-синдром респираторный 272
 Диэтилстильбэстрол 142
 Допплерометрия 206, 214
 Дрогаверин 155
 Дюбль голландский 543
 Дюфалак 120
 при запорах у беременных 133
 Дюфастон 120, 122, 126, 157 160, 161

Ж

Жанин 120, 126, 538, 543, 544
 Желатиноль 458
 Железо(а)
 и связь с белком как условие усвоения 197
 препараты 197
 Женщины репродуктивного возраста, численность 30

З

Заболеемость
 гинекологическая школьниц 34
 младенческая при недоношенности 270
 Заболевание(я)
 воспалительные органов малого таза 101, 125
 мочеполовой системы при беременности 136
 ЖКТ при беременности 136
 сердечно-сосудистой системы при беременности 136
 соматические и репродуктивное здоровье 178
 экстрагенитальные
 и репродуктивное здоровье 178
 при беременности 136
 Задержка роста плода 219, 223
 Заём тканей 387
 Залаин 112, 113, 643
 Запор при беременности 132
 Здоровье
 беременных 178
 репродуктивное подростков 34
 Зияние половой щели 121
 Зрелость шейки матки 300

И

Ибупрофен 344
 Извлечение плода в целом плодном пузыре
 при преждевременных родах 286
 Излитие околоплодных вод
 преждевременное 273, 275
 Иммуноглобулин А влагалищного секрета 100
 Иммунокоррекция 103
 Инвазия цитотрофобласта 228
 Индекс
 пульсационный у плода 208
 шоковый 457
 Интраглобин 102
 Инфекция(и)
 внутрибольничные 603
 восходящая половых органов 119
 госпитальная 107
 передаваемые половым путём
 всплеск в XXI веке 92
 при беременности 136
 Инфузия эпидуральная продлённая 443
 Инфузомат как необходимость 336
 Исследование ультразвуковое 204
 Йодид калия при беременности 150

К

Капитал материнский 26, 27
 Карбетогин 397
 Кардиотокография 210, 345
 Каротин β при беременности 150
 Каротиноиды 152
 Катамнез
 детей 602
 родильницы 601
 Кислота(ы)
 аминаокапроновая 155
 аскорбиновая 120
 внутрь при беременности 152
 в препаратах железа 197
 и дисбиоз 122
 глицирризиновая 127
 транексамовая 155
 фолиевая
 для коррекции анемии 193
 при беременности 150
 Кислотность влагалищного
 отделяемого 116
 Клайра 543, 544
 Классификация безопасности
 лекарственных средств
 при беременности 146
 Клеммирование маточных артерий 461
 Клетки ключевые 112
 Клиндадин 127, 129
 Компрессия матки бимануальная 459
 Конституция при беременности 132
 Консультация женская
 график посещения при беременности
 оптимальный 88
 кратность посещений 87
 Контрацепция
 плановая 532
 послеродовая 541
 у юных женщин 542
 экстренная 546
 Кордоцентез 208
 Коэффициент
 материнской смертности
 определение 42
 среднемировой показатель 42
 эффективности кесарева сечения 415
 Крахмал гидроксиэтилированный 458
 при акушерских кровотечениях 483
 Крест русский 26
 Кровопотеря
 массивная 473
 объём, оценка 455, 473
 физиологическая 473
 Кровотечение(я)
 акушерские 452
 алгоритм действий 475
 гипотонические 453
 инфузионно-трансфузионная терапия 483
 как причина материнской смертности 48
 коагулопатические 453
 травматические 453
 утеротоники 475
 послеродовые 396
 при кесаревом сечении 454
 Кульдоцентез 169
 Курантил 239
 Курение и преждевременные роды 281

- Кюретаж
 контрольный как акушерская агрессия 522
 хирургический аборт 522
- Л**
 Лактинет 542
 Лактобактерин 130
 Лактулоза 120
 при запорах у беременных 133
 Лапаротомия при акушерском кровотечении 481
 Лигирование внутренних подвздошных артерий
 при кровотечении 466
 Лимфоцитотерапия при угрозе прерывания
 беременности 155
 Линдинет 120
 Линдинет-20 126, 543, 544, 545
 Линдинет-30 126
 Логест 543, 544
 Лонгидаза 539, 608
- М**
 Магне-В, 155, 250
 Магний(я) 161
 сульфат 469
 опасность как токолитика 273
 Макросомия 413
 Маловесность 223
 Масса тела экстремально низкая 271
 Массаж матки 398
 на кулаке 459
 Мастодинон 538
 Матка Кювелера 428
 Медицина доказательная 18
 и ведение беременных в женской
 консультации 85
 Мелатонин 293
 Мельдоний 347, 469
 Мертворождаемость 62
 Метилэргометрин при акушерских
 кровотечениях 475
 Метронидазол 123, 128
 Мидиана 120, 543, 544, 545
 Мизопропрост
 в III периоде родов 397
 медикаментозный аборт 529
 при акушерских кровотечениях 460
 Микоплазмоз 95, 111
 Микрогинон 540, 544
 Милдронат 347, 469
 Мини-аборт 522
 Мирена 542
 Миролот 309, 310, 311, 459, 529
 Миропристон 298, 315, 316, 317, 529
 Мифегин и медикаментозный аборт 529
 Мифепристон и медикаментозный аборт 529
 Молоко женское 563
 Морфин 442
 Муковисцидоз 588
 Мытьё рук 606
- Н**
 Наблюдение антенатальное 84
 Напроксен 344
 Наркоз эндотрахеальный
 при кесаревом сечении
 как неоптимальный 432
- Население
 прирост естественный 26
 трудоспособное, численность 25
 численность в России 24
 Натрия оксидбутират 348
 Невынашивание беременности 155
 спонтанное 156
 привычное 158
 Недоношенность 270
 Недостаточность
 истмико-цервикальная 282
 после аборта 523
 плацентарная 182, 223
 при анемии 194
 фетоплацентарная 187
 как последствие аборта 524
 как исход пролонгирования на фоне
 хронического эндометрита 160
 Незрелость шейки матки и дискоординация родовой
 деятельности 332
 Несостоятельность тазового дна 106
 Нефропатия 85
 Нифедипин 344
 Новинет 121, 543
 НовоСавен 468
 Нормореактивность 126
 Нормоценоз 115
 Носительство бактерий 110
 Но-шпа 155
- О**
 Обезболивание
 кесарева сечения 427
 программированных родов 295
 родов 432
 Облучение ультрафиолетовое аутокрови 126, 557
 Обследование полости матки ручное 459
 Объем кровопотери, оценка 473
 Окрашивание мекониальное околоплодных вод 295
 Окситоцин 336, 337, 338
 в III периоде родов 396
 при гипотоническом кровотечении 459
 Операция(и)
 вакуум-экстракции 394
 наложения акушерских щипцов 394
 органосохраняющие
 при внематочной беременности 170
 родовспоможения влагалищные 391
 Органогенез 148
 Орципреналин 344, 348
 Отдых медикаментозный 348
 Отек лёгких при гестозе как ятрогенный 522
 Оценка кровопотери 455, 456
- П**
 Палочки Додерляйна 96
 Партограммы 337, 341, 345
 Патология плода хромосомная 90
 Патронаж дородовый 89
 Пенкрофтон и медикаментозный аборт 529
 Пентаглобин 102
 Первородящие возрастные 412
 Перезрелость плода 297
 Перенашивание 291
 Переносимость плода, признаки 297

Пересечение пуповины 396, 398
 Перинеотомия 106
 Период
 активный репродуктивный 46
 классический тератогенный 142
 предлиминарный патологический 340, 436
 лечение 344
 Перфорация матки при аборте 522
 Перфторан 458
 Пиелонефрит родильниц 188
 Пиридоксин при беременности 152
 Пирогенал 125
 Плазмаферез 126
 Пластика маточных труб 169
 Плацента 140, 396
 ранняя 155
 Пластиметрия ультразвуковая 291
 Плод крупный, выбор родоразрешения 413
 Подготовка
 предгравидарная 94
 родовых путей эстрогенами как глупость 267
 Полипрагмазия 135, 220
 масштабы в мире 137
 при гестозе 251
 Помощь амбулаторная в Советском Союзе 84
 Послед 396
 Пособие ручное акушерское 385
 Постановка на учёт 88
 Постинор 546
 Потуги 384
 Почки декстрановая 252
 Пробиотики 130
 Пребывание совместное 562
 Предлежание тазовое, выбор
 родоразрешения 414, 429
 Прерывание беременности
 искусственное 50, 94
 самопроизвольное 155
 Прибавка массы тела при беременности 220
 Привычки вредные 180, 225
 Приём Вальсальва 387
 Прикладывание к груди раннее 562
 Прирост
 населения естественный 26
 риска интранатального 615
 Прогестерон 165
 натуральный микронизированный 120
 при преждевременных родах 284
 Прогестины при беременности 156
 Продолжительность родов при эпидуральной
 анестезии 437
 Проллапс половых органов 106
 Пролонгирование беременности, целесообразность
 при угрозе выкидыша 156
 Промедол 344
 Промежность, восстановление и биоценоз 121
 Промежуток безводный длительный 275
 Прорезывание головки 385
 Простагландины 340, 462
 Пространство воротничковое эмбриона 90
 Профиль плода биофизический 212
 Пункт фельдшерско-акушерский 84
 Пуповина, тракции 396
 ПИЦР
 качественная
 вредна 104
 информативна в четырёх случаях 117

малонинформативна 95
 количественная, как правильно 119

Р

Разрыв(ы)
 матки по рубцу 444
 шейки матки 105
 Распушенность лекарственная 135
 Рассечение промежности 106
 Реабилитация
 после неразвивающейся
 беременности 555
 после хирургического аборта 534
 Регулон 121, 527, 537, 540, 544, 557
 Реланиум 344
 Реополиглюкин 458
 Респираторный дистресс-синдром,
 профилактика 284
 Ретиноиды 142
 Ригевидон 544
 Риск
 интранатальный прирост 615
 перинатальный 610
 Ритми циркадный 293
 Родовозбуждение
 при недоошенной беременности 285
 при переношенной беременности 301
 Родоразрешение при оперированной матке 443
 Родостимуляция 328, 329, 336
 Роды
 алгоритм действий 283
 быстрые 335
 в воду 496
 запоздалые 295
 индуцированные 288
 когда начинаются 331
 обезболивание 432
 оценка риска 281
 по расписанию 289
 поздние 288
 показания 290
 преждевременные 269
 угрожающие 221
 программированные 288, 415, 625
 продолжительность 329
 стремительные 335
 элективные 289
 Рождаемость в России 24, 26
 Ропивакаин 442
 Рубец на матке 410, 443

С

Сайтотек 459
 Сальпингостомия линейная 170
 Санация
 влагалища бездумная 96
 очагов инфекции при диспансеризации
 беременных 91
 периабортная 534
 Сафоцид 521
 Сепсис
 акушерский как причина материнской
 смертности 48
 и материнская смертность 92
 послеабортный 94, 519
 послеродовой 410

- Сечение кесарево 400, 624
 запланированное 624
 и материнская смертность 410
 и рубец на матке 443
 корпоральное при преждевременных
 родах 278
 при преждевременных родах 277, 285
 кровотечения 454
- Синдром
 ДВС, ятрогенный при гестозе 252
 Дауна
 диагностика 214
 скрининг 90, 205
 адреногенитальный 588
 антифосфолипидный 164, 183
 аспирационный 292
 внезапной смерти младенцев 162
 гипертрофичности у рождённых
 недоношенными 279
 гипоксический 194
 дистресс респираторный 272
 массивных гемотрансфузий 457
 постпункционный 439
 Мендельсона при дефектах интубации 435
- Скрининг
 в I триместре 89
 во II триместре 90
 на аномалии плода хромосомные 90
 неонатальный 588
 повторный после санации забывают 105
 пренатальный 89
 синдром Дауна 90
 трисомия 21 90
- Слабость родовой деятельности 349
 вторичная 337, 345
 первичная 334, 345
- Смертность
 в России 24
 материнская 40
 в связи с экстрагенитальными
 заболеваниями 179
 коэффициент 42
 мировые показатели 41
 от осложнений анестезии 433
 причины 47
 структура в России 41, 49, 50, 92
 успехи снижения в Советском Союзе 85
 перинатальная 59
 в связи с задержкой роста плода 223
 и кесарево сечение 401
 при недоношенности 270
- Смерть
 материнская поздняя 40
 наркотическая 434
 перинатальная 59
- Солодка, корень 127
- Сон
 акушерский 344
 -отдых акушерский 348
- Сорбифер Дурулес 197, 198, 200
- Спазмолитики при угрозе прерывания
 беременности 155
- Стационар дневного пребывания 222
- Стратегия перинатального риска 190
- Сульфат магния 469
- Сурфактант при недоношенности 272
- Сухость промежности как патологический признак 100
- Схватки
 Брекстона-Гика 331, 335
 подготовительные 335
 родовые 331
 тренировочные 335
- Схема трёх задержек экстренной
 помощи 57
- Т**
- Таз джинсовый 98
- Тактика родоразрешения при нормальных
 родах 330
- Талидомид 140
- Тампонада матки бинтами 462
- Терапия
 антибактериальная и устойчивость
 бактерий 96
 гипотензивная при гестозе 251
 инфузионная при гестозе как опасная 252
 инфузионно-трансфузионная
 при акушерских кровотечениях 483
 магниевая 161, 469
 при гестозе 251, 255
 общеукрепляющая как глупость 135
 токолитическая, нерациональное
 использование 163
- Тератогенность 139, 142
- Тербуталин 344, 348
- Тержинан 124, 125, 323
- Тест
 ELI-P 125, 555
 swab 114
 аминный 112
 лакмусовый 116, 122
 нестрессовый плода 211
 прикроватный на гемокоагуляцию 473
 тампонадный 478
- Технологии
 современные перинатальные 558
 стационарзамещающие 221
- Токография внутренняя 345
- Токолиз 344
 антенатальный 276
 интранатальный 276
 острый 221, 348
 препараты 283
- Токолитики
 при раннем выкидыше 163
 при угрозе преждевременных
 родов 163, 274
- Токоферол 151
- Токсикоз поздний 85
- Токсинны 143
- Травма(ы)
 плода 336
 родовая 266
 плода от щипцов 391
- Трагедия талидомидовая 140
- Трактоцил при угрозе преждевременных
 родов 274
- Тракции за пуповину контролируемые 396, 397
- Тримеперидин 344
- Трисомия 21, скрининг 90
- Трихопол 123
- Тромбозомболия лёгочной артерии 56
- Туалет новорождённых первичный 569

У

Убыль населения естественная 24
 Угроза
 выкидыша 155
 преждевременных родов, ведение 272
 прерывания беременности 155
 Удаление матки 454
 УЗИ 554
 при беременности, скрининг 214
 Уреаплазмоз 95, 111
 Утеротоники 332, 397, 459
 при акушерском кровотечении 475
 Утрожестан 120, 161, 284
 УФО крови 126
 Учёт по беременности 88

Ф

Фемилак 200
 Фенилкетонурия 588
 Фенотерол 348
 Фентанил 436
 Фетометрия ультразвуковая 291
 Фетотоксичность 141
 Физиотерапия в гинекологии 126
 Фильтр лейкоцитарный 483
 Фитомуцил 134
 Фитопрепараты 134
 Фитотерапия при угрозе прерывания
 беременности 155
 Флагил 123
 Флоралдофилус 131
 Флуомизин 129, 522

Х

ХГЧ и синдром Дауна 90
 Хилак форте 130
 Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции
 аварийная 82
 Хлоргексидин 522
 Хорионбиопсия 90
 Хофитол 137
 Хронисепсис 102

Ц

Центр перинатальный 271, 597
 Цервицит 110
 лечение 123
 Цистит дефлорационный 91, 93, 180

Ч

Чарозетта 542
 Численность населения России 24

Ш

Шевеления плода, оценка 212, 215
 методика Садовски 213
 методика Кардиффа 212
 Шейка матки
 зрелость 300
 незрелая и дискоординация родовой
 деятельности 332
 сверхзрелая 336

Шкала(ы)

гипоксии плода при обвитии
 пуповиной 611
 Бишопа, зрелость шейки матки 300, 302
 перинатального риска 611
 Фроловой–Николаевой 612
 современная 615
 прогноза родов при тазовом предлежании 611

Шов(швы)

компрессионные
 гемостатические 464
 при акушерских кровотечениях 463
 корпоральные при кровотечении 465
 на шейку матки при истмико-цервикальной
 недостаточности 282
 по Перейра 463
 по Б-Линчу 463
 по Лосицкой 460
 Шок септический после аборта 520

Щ

Щипцы акушерские 388
 травматизм 391

Э

Эклампсия 53
 противопоказания к регионарной анестезии 441
 Экстирпация матки 454
 при кровотечении 467
 Эмболизация ангиографическая маточных
 артерий 467
 Эмболия
 воздушная 476
 околоплодными водами 55, 410
 Эмбриотоксичность 141
 Эндометрит
 послеродовый и биоценоз 107
 хронический 225, 548
 аутоиммунный 183
 как причина невынашивания 158
 лечение 126
 после искусственного аборта 158
 Эндоцервицит 113
 Энзапрост-Ф 340
 Эпиген 127
 Эпизиотомия 106
 при переносности, опасность 296
 Эргометрин в III периоде родов 397
 Эскапел 546
 Эстрадиол неконъюгированный 90
 Эстрогены для подготовки родовых путей
 как глупость 267
 Этамзилат 155
 Эхография 204, 554

Ю

Ювенология 34

Я

Явка ранняя 88
 Ярина 120, 540, 543, 544

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие акад. РАМН Г.М. Савельевой	5
ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА	8
ВВЕДЕНИЕ. Акушерская агрессия и безопасное акушерство	15
ГЛАВА I. Демографические аспекты деторождения	21
ГЛАВА II. Материнская и перинатальная смертность	39
Материнская смертность	40
Мировая статистика материнской смертности	41
Материнская смертность, государство и общество	43
Структура материнской смертности как показатель цивилизованности общества	47
Парадоксы материнской смертности в России	49
Причины материнской смертности: врачебные ошибки и недостатки организации	56
Материнская смертность и акушерская агрессия	58
Перинатальная заболеваемость и смертность	59
Статистика перинатальной смертности	60
Причины перинатальной смертности: медицинские и социально-экономические	62
Парадоксы преждевременных родов в России	63
Пути преодоления	64
ГЛАВА III. Врачебные ошибки и юридическая ответственность врача	67
ГЛАВА IV. Профессиональная защищённость врача	79
ГЛАВА V. Женская консультация	83
Коммерческая и немотивированная агрессия	84
Предгравидарный этап	84
Диспансеризация беременных с позиции рациональности	87
Биоценозы. Инфекты. Агрессивная «санация» вне и во время беременности	91
Инфекционно-воспалительные заболевания, их последствия и причины	92
Аборт и инфекционно-воспалительные заболевания	93
Предгравидарная агрессия и биоценоз	94
Биоценоз — где пролегают границы нормы?	96

«Лечение анализов»	101
Невнимание к промежности	105
Итоги врачебной «деятельности»	107
Дифференциальная диагностика как основа правильного лечения . . .	109
Фармакотерапия беременных. Полипрагмазия.	135
Полипрагмазия при невынашивании. Сохранять или нет?	155
Гестагены.	156
Магний.	161
Токолитики.	163
Полипрагмазия при привычном невынашивании	163
Внематочная беременность.	166
Резюме.	174
Репродуктивные потери	175
Экстрагенитальные заболевания: гипертензия, антифосфолипидный синдром, болезни мочевых путей	178
Анемия беременных.	191
Функциональные методы исследования	202
 ГЛАВА VI. Отделение патологии беременных	217
Необоснованная госпитализация и полипрагмазия.	218
Запоздалая терапия плацентарной недостаточности. Задержка роста плода	223
Гестоз (преэклампсия)	245
Длительная госпитализация беременной («до победного конца»)	262
Преждевременные роды.	269
Программированные роды: за и против, или не споткнуться на финише	288
«Симптом крокодила» (амниотомии без показаний)	317
 ГЛАВА VII. Акушерская агрессия в родблоке	327
Необоснованные родовозбуждения и родостимуляции	328
«Пособие» по Кристеллеру.	354
Разрыв матки.	357
Дистоция плечиков	358
Акушерская перинеология	366
Пособия по защите промежности.	380
Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода	388
III период родов	396
Кесарево сечение	400
Обезболивание родов и анестезиологическое пособие при кесаревом сечении	432

Оперированная матка («рубец на матке»)	443
Кровотечения.	452
ГЛАВА VIII. Домашние роды	487
ГЛАВА IX. Роды в воду	495
ГЛАВА X. Вынужденная агрессия.	509
Аборты.	510
Неразвивающаяся беременность	547
Современные перинатальные технологии	558
Мой опыт внедрения современных перинатальных технологий.	571
Поздняя выписка из-за вакцинации	586
Организационная агрессия системы родовспоможения	591
Санэпидрежим	603
ГЛАВА XI. Стратегия перинатального риска	609
Исторические аспекты системы прогнозирования перинатального риска	610
Шкалы риска как безальтернативный способ прогнозирования	611
ПРИЛОЖЕНИЯ
Приложение 1. Бумм в XXI веке. Предисловие к репринтному изданию руководства Эрнста Бумма	635
Приложение 2. Влияние на плод отдельных групп препаратов	637
Приложение 3. Партограммы	650
Приложение 4. Новые акушерские технологии и новации в санитарном законодательстве	652
Приложение 5. Докторские и кандидатские диссертации, выполненные и защищённые при консультировании и под руководством проф. В.Е. Радзинского	660
Приложение 6. Современное технологическое обеспечение родового акта	669
Приложение 7. Способ профилактики осложнений операции кесарева сечения на основании применения широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной коагуляции (медицинская технология)	676
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	678

Научно-практическое издание

Радзинский Виктор Евсеевич

Акушерская агрессия

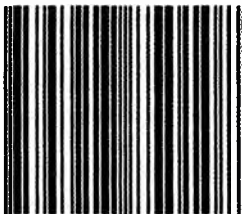
Креативный директор: Кристал Виталий
Медицинский директор: Маклецова Светлана Александровна
Руководитель редакции: Рябинкина Татьяна
Выпускающий редактор: Сидорова Марина
Ответственный редактор: Симоновская Хильда
Корректоры: Соседова Елена, Нигматулина Елена
Вёрстка: Килимник Арина, Скуточкина Юлия
Художники: Володина Алиса, Горобец Максим,
Киселёв Александр, Ильин Вадим
Обложка: Володина Алиса

Подписано в печать 15.08.2011
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Формат 70х90 1/16. Объём 43 п.л. Тираж 10 000 экз. Заказ №1943

ООО «Медиабюро Статус презент»
105082, г. Москва, ул. Б. Почтовая, д. 26 в, стр. 2,
Бизнес-центр «Post-Plaza», оф. 613
Тел. +7 (499) 558 0253, e-mail: info@praesens.ru, www.praesens.ru
Обсудить ВКонтакте: <http://vkontakte.ru/praesens>

Отпечатано в ОАО «Типография «Новости»».
105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46

ISBN 978-5-91785-010-8



9 785917 850108



Авторский труд одного из известных российских акушеров-гинекологов, заслуженного деятеля науки РФ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов проф. Виктора Евсеевича Радзинского оценивает сложившуюся в нашей стране акушерскую практику с критических позиций. Иногда книга комментирует факты и статистику немного более эмоционально, чем это принято в научной литературе, но при этом демонстрирует равнодушие автора, а иногда даже личную боль.

Не ограничиваясь критикой, автор обозначает основные пути решения имеющихся проблем. Опираясь на мощную доказательную базу с подробным цитированием как иностранных источников, так и колоссального научного и клинического опыта отечественных исследователей-интеллектуалов и ряда решений российского акушерско-гинекологического сообщества, автор защищает один главный постулат: именно исчерпывающий профессионализм, основанный на доказанных фактах и критическом подходе к собственной ежедневной работе и её результатам, позволит акушерам-гинекологам оказывать российским женщинам максимально качественную медицинскую помощь, лучшую из возможных.

В

Обсудить книгу «ВКонтакте»: <http://vkontakte.ru/praesens> — кстати, самая большая группа для акушеров-гинекологов