

Ошибки и заблуждения

- Фармакологическая вакханалия — назначение множества препаратов одновременно.
- Назначение препаратов, не подтвердивших свою эффективность в рамках доказательной медицины. Рекомендации лекарственных средств, не имеющих в инструкции показаний при установленном диагнозе или состоянии организма, не разрешённых при беременности и лактации.
- Панрезистентность и супербактерии — реальная угроза современной жизни.
- Нехватка клинических фармакологов.
- Назначение нескольких форм одного действующего вещества.

Фармакологическая вакханалия

Фармакологическая вакханалия — именно так в настоящее время определяют одну из самых сложных, нерешённых и **крайне тяжело решаемых проблем** в современной мировой медицине. Суть её — **ненужное назначение различных медикаментов**.

Сессия РАН в феврале 2022 года открылась докладом отечественного классика, акад. Владимира Петровича Скулачёва. На первом же слайде он показал **три основные причины смертности американцев**: на первом месте — сердечно-сосудистые заболевания, на втором — онкологические (всё как и у нас), а на третьем — **смерть от лекарственных препаратов**, сразу названная **ятрогией**. Применительно к США и другим цивилизованным странам это правильное определение, поскольку там ни один препарат (да что там препарат — очки) **невозможно купить без рецепта врача**.

Совсем иное дело у нас: это и **ятрогии** — одна сторона фармацевтической агрессии, а с другой — **самолечение**, когда каждый пациент может прийти в аптеку и купить практически все лекарства (кроме списочного состава). Антибиотики, **к сожалению, тоже**.

Таким образом, принципиальное различие в непомерном потреблении лекарственных средств заключается в деятельности врачей во всём мире, а у нас дополнительно и за счёт того, что самолечение до сих пор занимает весьма большой удельный вес.

Несколько лет назад, в канун католического Рождества — великого праздника почти для всей Западной Европы, — организовали Совет министров здравоохранения Евросоюза. Что же за срочность побудила этих весьма занятых людей собраться, да ещё и в праздник? Оказалось, в повестке дня один вопрос — «**О лекарственной распушенности врачей**». Там было показано (скорее подтверждено), что около 40% препаратов бесполезны, хотя и не вредны, 40% — **способны причинить вред здоровью пациента**, а по-настоящему действенными следует считать только 20% применяемых в мире лекарств.

Рассматривая эту же проблему в свете отечественной медицины, нельзя не обратить внимание на то, что до появления клинических рекомендаций (протоколов) лекарственная деятельность врача была ограничена только приказом Минздрава о том, что **назначение более пяти препаратов требует обязательного заключения** или участия в консилиуме **клинического фармаколога**^{1,2}.

Увы, этот приказ, как и многие другие, не выполняли или выполняли плохо. Пациенткам назначали различные ненужные, бесполезные и прямо вредящие медикаменты в непомерном количестве,



Рис. 10-1. Лист врачебных назначений: ничего не меняется!

в **2–3 раза превышающем установленные** пять для одного человека, что способствовало формированию многих лекарственно-зависимых состояний, наносящих вред организму женщины (рис. 10-1)⁵.

Проблема, как уже было сказано, мировая. И что получают в результате врач и пациентка? Речь идёт о препаратах, применяемых в гинекологии и акушерстве, хотя и более защищённых запретами на испытания при беременности, но, тем не менее, нелепые назначения **всерьёз доминируют** над теми, которые хотя бы теоретически могут принести пользу.

Начнём с самого частого диагноза отечественных акушеров-гинекологов — **ВЗОМТ**. К большому сожалению, понятие о воспалении у многих врачей укладывается в парадигму: воспаление — это микроорганизм, а **микроорганизм надо уничтожить**. И ничтоже сумняшеся с первого визита, пальцем поставив диагноз «хронический сальпингофорит» или «хронический эндометрит», не утруждаясь применить визуализирующие методы диагностики, а тем более показанные гистологические исследования (и показано всё это уже с 1995 года!), врач назначает антибактериальный препарат. Какой? Любой, который ему нравится или который есть в стационаре, никоим образом не отдавая себе отчёта в том, что же на самом деле происходит с пациенткой.

Диагноз любого хронического ВЗОМТ **требует непрямого подтверждения**⁴⁻⁸. Если речь идёт о доказанных воспалительных заболеваниях наружных половых органов, влагалища, стенок цервикального канала, то необходимы рН-метрия, **микробиологическое** (бактериоскопическое, ПЦР) и **цитологическое подтверждение**⁹. Уже не количество лейкоцитов в содержимом будет основанием для диагностики воспаления, а только **соотношение лейкоцитов и эпителиальных клеток** (в норме менее 1:1). Бактериоскопия ориентирует врача в его поиске трихомонад, инфектов, передаваемых половым путём, или наиболее распространённой этиологически значимой биоты — чаще всего это будут условно-патогенные представители рода *Enterobacteriaceae*¹⁰.

Посев, столь распространённый раньше, делать не следует, потому что он выявляет крайне **ограниченное число возбудителей** и в этом плане несопоставим с методами амплификации нуклеиновых кислот (МАНК)/ ПЦР, в том числе с комплексными мультиплексными диагностическими панелями в различной их модификации (они показывают наличие, количество и соотношение простейших, грибов, бактерий, вирусов, а главное — и лактобактерий!). Например, модификации тестов «Фемофлор»: «Фемофлор 16», «Фемофлор Скрин», «Фемофлор II» ба-

зируются на едином принципе оценки соотношения нормо- и патобиоты (рис. 10-2). Только после взятия материала для микробиологического и цитологического исследований при наличии **клинических** проявлений воспалительного процесса можно назначить эмпирическую терапию. Только так, а не «вслепую» можно при первом же визите избавить пациентку от присущих хроническому воспалению патологических выделений, зуда, жжения, неприятного запаха.

Патологические выделения из влагалища — мировая проблема. Нет единого способа их лечения, тем более когда препараты предлагают «с потолка» или под влиянием агрессивной дистрибуции как завершающего момента коррупционной схемы. «Лишь бы продавались коробки с препаратом» — таков циничный лозунг производителей и дистрибьюторов лекарственных средств во всём мире. Противостоять этому могут только думающие прогрессивные специалисты.

Что же должен сделать грамотный врач? Прежде всего он должен облегчить страдания пациентки. Если речь идёт о патологических выделениях — **самой частой причине обращения** женщин к акушеру-гинекологу — с жалобами на их обилие, с неприятным запахом, пенистого характера, то следует определить pH, осмотреть влагалище и шейку матки, взять мазки из трёх точек, при возможности — МАНК/ПЦР и назначить эмпирическую терапию¹¹. **Любые обильные влагалищные выделения — это патологический процесс**, и заблуждение считать, что во влагалище может быть секрет. Так и пишут: «Секрет влагалища не изменён». Во влагалище нет желёз, которые могли бы что-либо секретировать. Как правило, это либо гормонально детерминированные изменения, либо воспалительный процесс, представленный начальной фазой экссудации. Классический, столетия назад описанный процесс: **экссудация, альтерация, пролиферация**.

Не имея возможности на первом визите определить, что же происходит, врач должен назначить **эмпирическую терапию**. Это отнюдь не системное назначение антибиотиков, а различные средства, как правило, местного применения, обладающие широким спектром действия. Таким образом, **до получения результатов исследований** пациентка уже не испытывает тех страданий, которые ей доставляют выделения из влагалища. Получив результаты бактериоскопии и цитологического исследования, доктор сразу понимает, какой диагноз правомерен: либо это действительно вагинит и цервицит, либо гораздо более трудно диагностируемые состояния, связанные с различным заболеванием, включая экстрагенитальные.