

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

#1 [7] 05 / 2012 / StatusPraesens

{цитата}

[Возможно, противостоять
придётся собственному опыту,
каким бы большим он ни был.]

«Акушерская агрессия»,
В.Е. Радзинский



тема
No
номера

Преодоление акушерской агрессии

Внедрение мексиканского опыта в программу госгарантий • Гормонофобия среди врачей • Диагностика хронической тазовой боли: 44% ошибок • Энциклопедия акушерских заблуждений • Кесарево сечение: новости в профилактике осложнений • Как снизить число положительных смывов в ЛПУ: клинические технологии • Родовой травматизм новорожденных: агрессия «по незнанию»



Дорогие коллеги!

Вы держите в руках очередной долгожданный номер журнала StatusPraesens. Его отличительная особенность — отражение самых актуальных проблем нашей специальности и профессиональной жизни через призму индивидуального взгляда авторов, ведущих экспертов в обсуждаемых вопросах. Как правило, здесь представлены аналитические материалы, однако живое и литературное изложение создаёт свой особый жанр, в котором переплетаются публицистика и стиль научного материала. Вероятно, именно в этом и состоит привлекательность издания для его аудитории — прогрессивных акушеров-гинекологов нашей страны.

Надо сказать, что StatusPraesens стал своего рода клубом единомышленников. Это люди из разных коллективов и регионов, одержимые стремлением не только добиться научных результатов, но и реализовать их благодаря активной гражданской и жизненной позиции, а также непрерывному стремлению совершенствовать свою профессиональную деятельность. **Улучшить положение дел в нашей специальности, лечить эффективно и грамотно, развивать общественное здравоохранение — вот объединяющий мотив.**

Сохранение репродуктивного потенциала страны, научные нововведения в гинекологии, отказ от агрессивного акушерства и совершенствование перинатальной помощи — к этому просто необходимо стремиться! В чём нам помогают как настоящее издание, так и Общероссийский информационно-образовательный проект «Репродуктивный потенциал России», часть которого под названием «Казанские чтения» уже 2 года подряд собирает более 1000 заинтересованных специалистов со всей России и из стран ближнего зарубежья.

Абсолютно уверен, что совместная работа профессионалов поможет увеличить число прогрессивных врачей в нашей специальности и тем самым реально повлиять на качество медицинской помощи российским женщинам.

Председатель Общества акушеров-гинекологов
Республики Татарстан, сопредседатель
Информационно-образовательного проекта
«Репродуктивный потенциал России: казанские чтения»,
зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2
Казанского государственного медицинского университета,
докт. мед. наук, проф.

И.Ф. Фаткуллин

status

гинекология акушерство

1 [7]

научно-практический журнал для акушеров-гинекологов
и специалистов акушерско-гинекологической службы



Главный редактор: проф. Виктор Евсеевич Радзинский
Директор журнала: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова
Креативный директор: Виталий Кристал (vit@liu.ru)
Арт-директор: Алиса Володина
Руководитель редакции: Татьяна Сергеевна Рябинкина (tr@praesens.ru)
Научный эксперт: канд. мед. наук Игорь Александрович Алеев
Выпускающий редактор: Наталья Лёвкина
Ответственный редактор: Хильда Юрьевна Симоновская
Вёрстка: Юлия Скучоткина
Инфографика: Вадим Ильин, Николай Рябов, Алиса Володина, Валерий Кугаев
Корректоры: Елена Нигматулина, Елена Сосегова
PR и реклама: Элеонора Халитова, Яна Драницкая
Руководитель отдела по сотрудничеству с индустрией: Юлия Серёгина (ys@praesens.ru)
Медицинские и литературные редакторы: Татьяна Рябинкина, Хильда Симоновская, Анна Филиушина
Руководитель отдела подписки: Юлия Бережнова (yb@praesens.ru)
IT-поддержка: Виктор Борисов

Учредитель журнала ООО «Медиабюро Статус прэзенс» (121615, Москва, Рублёвское шоссе, д. 14, корп. 3, оф. 64). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус прэзенс» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус прэзенс» (105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26В, стр. 2, оф. 613) / Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ФС 77-34773 от 23 декабря 2008 г.) / Тираж 5000 экз. Цена свободная / Подписано в печать — 18 мая 2012 г. / Адрес и телефон редакции: 105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26В, стр. 2, бизнес-центр PoskePlaza, оф. 613. Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 164. Тел.: (499) 558 0253. e-mail: status@praesens.ru. Интернет-представительство: www.statuspraesens.ru / Отпечатано в ЗАО «Ялмэ-Пресс», Адрес 123022, Москва, Столярный пер., д. 3/34 / Приланные рукописи и другие материалы не рецензируются и не возвращаются. Редакция оставляет за собой право не вступать в дискуссии. Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции. Перепечатка материалов и иллюстраций из журнала возможна с письменного разрешения учредителя. При цитировании (ссылка на журнал «StatusPraesens», гинекология, акушерство, бесплодный брак» обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «на правах рекламы» несут рекламодатели. Фото на обложке: Gettyimages/Fotobank.ru. В журнале использованы фотоматериалы фотобанков Лори, Fotolea и Агентства «Фото ИТАР-ТАСС».

© ООО «Статус прэзенс»
© ООО «Медиабюро Статус прэзенс»
© Оригинальная идея проекта: Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г.

raeSen

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Радзинский Виктор Евсеевич

Заслуженный деятель науки РФ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамьян Лейла Владимировна (Москва)
Айламазян Эдуард Карпович (С.-Петербург)
Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
Артымук Наталья Владимировна (Кемерово)
Байбарина Елена Николаевна (Москва)
Баклаенко Надежда Григорьевна (Москва)
Баранов Алексей Николаевич (Архангельск)
Бахалова Наталья Васильевна (Калининград)
Башмакова Надежда Васильевна (Екатеринбург)
Белоцерковцева Лариса Дмитриевна (Сургут)
Бреусенко Валентина Григорьевна (Москва)
Бурдули Георгий Михайлович (Москва)
Буштырева Ирина Олеговна (Ростов-на-Дону)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Газзян Марина Григорьевна (Курск)
Галина Татьяна Владимировна (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гребёнкин Борис Евгеньевич (Пермь)
Григорьева Елена Евгеньевна (Барнаул)
Гричик Александр Леонидович (Москва)
Гус Александр Иосифович (Москва)
Доброхотова Юлия Эдуардовна (Москва)
Евтушенко Ирина Дмитриевна (Томск)
Жаркин Николай Александрович (Волгоград)
Захарова Нина Ивановна (Московская обл.)
Иванов Игорь Исаакович (Симферополь)
Каминский Вячеслав Владимирович (Киев)
Карпенко Сергей Николаевич (Брянск)
Кира Евгений Фёдорович (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа)
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Милованов Андрей Петрович (Москва)
Несвячёная Людмила Алексеевна (Владивосток)
Новиков Борис Николаевич (С.-Петербург)

Оразмурадов Арамурад Акмамедович (Москва)
Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пекарев Олег Григорьевич (Новосибирск)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Подзолкова Наталия Михайловна (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Москва)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Протопопова Наталья Владимировна (Иркутск)
Рыжков Валерий Владимирович (Ставрополь)
Рымашевский Александр Николаевич (Ростов-на-Дону)
Савельева Галина Михайловна (Москва)
Савельева Ирина Сергеевна (Москва)
Салов Игорь Аркадьевич (Саратов)
Севостьянова Ольга Юрьевна (Екатеринбург)
Семятов Саид Дмитриевич (Москва)
Серов Владимир Николаевич (Москва)
Серова Ольга Фёдоровна (Москва)
Сидорова Ираида Степановна (Москва)
Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
Табакман Юрий Юрьевич (Москва)
Ткаченко Людмила Владимировна (Волгоград)
Тотчиев Георгий Феликсович (Москва)
Трубникова Лариса Игнатьевна (Ульяновск)
Туманова Валентина Алексеевна (Москва)
Уварова Елена Витальевна (Москва)
Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
Федорович Олег Казимирович (Краснодар)
Филиппов Олег Семёнович (Москва)
Фролова Ольга Григорьевна (Москва)
Фукс Александр (США)
Хамадьянов Ульфат Рахимьянович (Уфа)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Хомасуридзе Арчил Георгиевич (Тбилиси)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Чумакова Ольга Васильевна (Москва)
Шалина Раиса Ивановна (Москва)
Шварёв Евгений Григорьевич (Астрахань)
Широкова Валентина Ивановна (Москва)

status Praesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

1 [7]

5	Слово главного редактора	Не оставаться равнодушными Акушерская агрессия: от инфектологии к родовому травматизму
7	Нам пишут ВКонтакте	
8	Новости	
10	Медполит	Чистая работа Современные клининговые технологии в крупном лечебно-профилактическом учреждении
16		Право на безопасность Внедрение медикаментозного аборта в программу госгарантий
26	Операционная	Рождение в рубашке Кесарево сечение при недоношенной беременности
32		Кесарево сечение в XXI веке: новые ответы О парадигме безопасности для врача и пациентки
38	Via scientiarum	Фитотерапия XXI века: доказательства эффекта Применение Vitex agnus-castus при различных формах мастопатии
44	Пост-релиз	From Syberia with love
46		Грудное вскармливание: что можно и чего нельзя? Преодоление акушерской агрессии в ведении послеродового периода
52		Репродуктивное завтра России: «нет» бактериальному вагинозу! Лечение бактериального вагиноза при нормальном гормональном статусе у девушек-подростков 16–18 лет
58	Работа над ошибками	Клиническое расследование: 44% ошибок Результативные подходы к диагностике хронического тазового болевого синдрома
66		Врачебные страхи и опасения: в эпицентре шторма Мозговой штурм «Почему далеко не все российские врачи назначают гормональную контрацепцию?»
74	Contra-version	День изгнания или день рождения? Отношение акушеров к новорожденному — парадокс и его последствия. Эссе
80		Энциклопедия акушерских заблуждений Распространенные заблуждения акушеров-гинекологов
86	Литература и источники	

не оставаться равнодушными

Акушерская агрессия: от инфектологии к родовому травматизму



Главный редактор
проф. Виктор Радзинский

Приносим искренние извинения за задержку с выходом в свет номера, посвящённого преодолению акушерской агрессии! Тема оказалась востребованной для обсуждения и дискуссий во всех регионах нашей страны, и мы рады сообщить о восьми проведённых с участием редакции журнала читательских конференциях в Сочи, Казани, Кемерово, Тюмени, Москве, Нижнем Новгороде, Новосибирске (в рамках больших «сибирских чтений»*), съезде более тысячи акушеров-гинекологов в Судске. Тираж книги «Акушерская агрессия» почти весь разошёлся, а заявки из лечебных учреждений и от наших коллег продолжают поступать. В течение 2012 года постараемся все их выполнить.

Главный итог — равнодушных не осталось! Как ни странно, отрицающих проблему в целом не было. В нашу группу ВКонтакте и на сайт StatusPraesens пришли десятки замечаний, несогласий по отдельным вопросам, но резонно ожидаемого негативизма не прозвучало ни в одном тексте.

Образцом критического отношения к прочтению книги считаю рецензию известного акушера-гинеколога, мудрого педагога, творчески мыслящего учёного проф. О.И. Линёвой. Прочитав её в следующем выпуске StatusPraesens, получите удовольствие от общения с коллегой-профессионалом.

Вообще символично, что текущий номер StatusPraesens выходит в дни начала II Всероссийской конференции с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль», потому что такой агрессии, как в акушерской инфектологии, нет ни в одной отрасли репродуктивной медицины. Хочу напомнить, что этот форум внеплановый: проведённая в 2011 году конференция должна была стать регулярной и проводиться раз в 2 года под эгидой созданной по единодушному решению 1047 делегатов Российской ассоциации репродуктивных инфекций. Однако потребность в обсуждении принципиальных позиций выполнения новых СанПиНов, работы в условиях появления «суперинфектов», усиленной борьбы за жизнь маловесных детей (это повлекло задержку их пребывания в акушерских стационарах) и многих других событий в жизни мирового сообщества и в стране побудила наших коллег из разных регионов обратиться с предложениями. После обсуждения в Сочи в сентябре 2011 года именно эти предложения легли в основу внеочередного, пока ещё не «чрезвычайного» совещания по проблемам инфекций и инфекционного контроля в акушерстве и гинекологии.

* Научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: сибирские чтения», 3–6 апреля 2012 года, Новосибирск, см. стр. 44–45.

[Символично, что текущий номер StatusPraesens выходит в дни начала II Всероссийской конференции «Инфекции и инфекционный контроль», потому что такой агрессии, как в акушерской инфектологии, нет ни в одной отрасли репродуктивной медицины.]



Принимая это решение в Сочи в сентябре, мы не знали, что ВОЗ объявит 18 ноября 2011 года Днём рациональной антибиотикотерапии. Причина — обнаружение трёх суперинфектов (признанных таковыми учёными всего земного шара): кишечной палочки, клебсиеллы и стрептококка. Против этих суперинфектов бессильны все известные антибиотики. И связано это с тем, что, по данным ВОЗ, 75% противомикробных препаратов в мире назначается неправильно. Интересную статистику также можно привести по результатам тех последствий, к которым приводит некорректное обращение с антибактериальными препаратами. Шанс получить осложнения в итоге антибактериальной терапии — 1:10, умереть вследствие применения антибиотиков — 1:300. Для сравнения: шанс погибнуть в авиакатастрофе равен 1:10 000 000.

Именно поэтому весьма тревожным прозвучало сообщение Европейской ассоциации венерологов (2012) об абсолютной антибиотикорезистентности гонококка и возможном отнесении его к суперинфектам. А ведь именно гонококки, а не уреоплазмы и гарднереллы выступают возбудителем главной Инфекции, Передаваемой Половым Путём (около 200 млн людей в мире), опережая даже хламидии (около 80 млн).



В номере, который Вы держите в руках, собраны материалы по самым животрепещущим проблемам современной репродуктологии, в том числе по двум обсуждённым на Семинаре «Репродуктивный потенциал России» в Сочи (сентябрь 2011 года): врачебная гормонофобия при назначении контрацептивов и внедрение медикаментозного аборта в программу госгарантий.

В порядке дискуссии и обмена опытом представлены новые возможности использования баллонной тампонады для интраоперационной профилактики кровотечений при кесаревом сечении у женщин с высоким риском.

[Возьмите за правило извлечение недоношенных в целом плодном пузыре.]

Особо хочу обратиться к ведущим акушерам — начмедам, заведующим отделениями, ответственным дежурным врачам. Не верьте на слово, не надо! Прочтите статью Ф.И. Фаткулина и возьмите себе за правило извлечение недоношенных и вообще маловесных детей, при кесаревом сечении в сохранённом плодном пузыре. Уменьшение частоты внутрижелудочковых кровоизлияний в 3,5 раза — веский аргумент. Да и в целом здоровье таких новорождённых намного лучше — это говорят в первую очередь неонатологи: врачи утренней смены могут, не заглядывая в историю родов, сразу «на глаз» отличить детей, извлечённых в целых плодных оболочках. Наученный ещё в конце 1980-х годов акад. РАМН В.И. Краснопольским, я лично делаю это и при доношенной беременности. Результаты по снижению заболеваемости при такой модификации кесарева сечения впечатляют.



Поднятая проф. А.А. Хасановым тема родового детского травматизма — пока неизведанное поле для изучения как истинной частоты этих травм, так и тех мер, которые мы могли бы предпринять, чтобы избавить новорождённых от необдуманных ятрогений «по незнанию». Особенно нас удивили данные наших американских коллег, заключивших, что роды на клинических базах американских (!) университетов — фактор риска серьёзного травмирования младенца в родах.

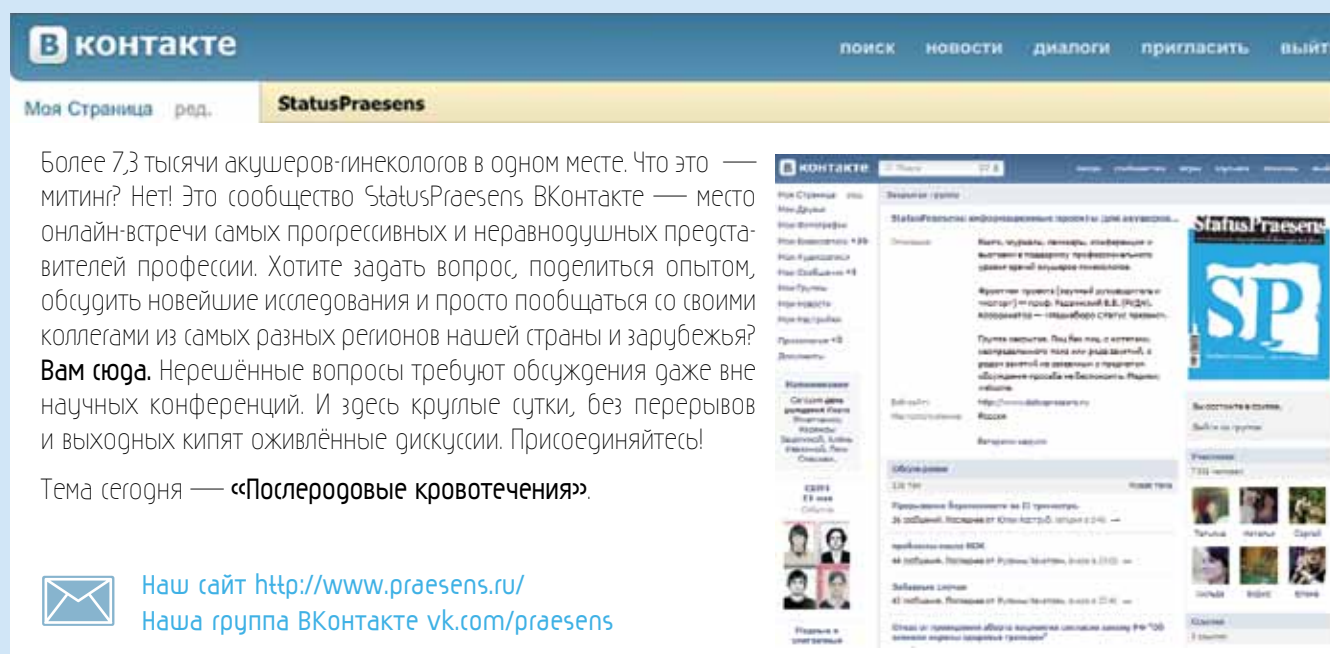
[Роды на клинических базах университетов — фактор риска серьёзного травмирования младенца в родах.]

Готовы начать дискуссию, что мы делаем не так? Как же лучше и в какой позиции оказывать помощь роженице? Что хорошего, а что плохого несут нам и женщинам вертикальные роды? Что показал опыт Украины, где несколько лет назад все рахмановские кровати были выброшены на «свалку истории» (фигурально) и в металлолом (реально) и заменены современными кроватями-трансформерами, когда женщина может сама принимать решение о наиболее удобном для неё положении?

Резервы есть, необходимо просто ими грамотно воспользоваться! Давайте думать вместе, ибо это касается всех рожаящих женщин и помогающих им акушеров и акушерок. Успехи на этом поприще скромны по итогам травмирования не только младенцев, но и матерей: опубликованные официальные данные Минздравсоцразвития за 2010 год показали 8–12% травм промежности, 12–18% перинео- и эпизиотомий при влагалищных родах. Если добавить к этим ещё 22% кесаревых сечений, проводимых в стране, то получается, что травмируется больше половины всех рожаящих женщин. И это — в условиях стационарного родоразрешения, о котором большинству развивающихся стран остаётся только мечтать. А ведь в них проживает более 5 млрд человек из 7 млрд всего населения планеты Земля. Так вот, суммарное количество травм и там не превышает тех цифр, которые мы видим ежегодно в нашей стране.



Но прежде давайте всё же создадим условия эпидбезопасности. Это я адресую главным врачам крупных стационаров, где, увы, чаще всего и случаются «прорывы» инфекций с плохими исходами для матерей и новорождённых. А также с наказаниями для руководства родильных стационаров, вплоть до уголовных. Новые технологии на поверку оказываются не такими уж и дорогостоящими. Прочтите статью наших краснодарских коллег (проф. Пенжояна Г.А., проф. Гудкова Г.В.), сделайте у себя чисто! Уверен, что авторы статьи с удовольствием поделятся своим опытом по преодолению всех возникавших сложностей. **SP**



Более 7,3 тысячи акушеров-гинекологов в одном месте. Что это — митинг? Нет! Это сообщество StatusPraesens ВКонтакте — место онлайн-встречи самых прогрессивных и неравнодушных представителей профессии. Хотите задать вопрос, поделиться опытом, обсудить новейшие исследования и просто пообщаться со своими коллегами из самых разных регионов нашей страны и зарубежья? **Вам сюда.** Нерешённые вопросы требуют обсуждения даже вне научных конференций. И здесь крутые сутки, без перерывов и выходных кипят оживлённые дискуссии. Присоединяйтесь!

Тема сегодня — «Послеродовые кровотечения».



Наш сайт <http://www.praesens.ru/>
Наша группа ВКонтакте vk.com/praesens

Роза *** 7.02.2012 в 20:23**

Женщина с кровотечением попала в отделение на 33-й день после родов (второе кесарево сечение). Гинекологи провели выскабливание полости матки, якобы нашли элементы плацентарной ткани, лечили консервативно, выписали домой. Через 2 нед женщина повторно попадает туда же с кровотечением, опять лечение, повторное выскабливание, гемотрансфузия, выписка домой. На 5-й день после выписки вновь кровотечение — произведена ампутация матки. Сейчас жалоба на роддом, «что неправильно сделали кесарево»...

Артём *** 8.02.2012 в 7:46**

Давайте рассуждать логично: из-за чего кровотечение? Либо остатки последа, либо гипотония. И какой смысл лить лекарства, если остаётся самое главное — патофизиологический механизм кровотечения?

Светлана *** 9.02.2012 в 13:52**

Лет 15 назад у нас был почти такой же случай, только роды *per vias naturales*, дважды ревизия до выписки из роддома и потом дважды в гинекологии с интервалом в 1 нед, закончилось для пациентки печально. Это была первая беременность после 5 лет бесплодия. Обвинили, конечно, роддом. Кстати, пациентка была рыжая-прерывающая, вот и откажись после этого от суеверий. Сейчас я бы подумала о трофобластической болезни, тем более ХГЧ крови можно сдать в любом центре. Хотя нельзя исключить в этих случаях коагулопа-

тии, хронический метро- или эндометрит, перфорацию и т.д.

Артём *** 10.02.2012 в 8:00**

Когда начинают выдумывать редкую причину кровотечения, то при вскрытии оказывается банальный разрыв матки.

Юлия *** 22.02.2012 в 1:58**

Артём, есть и другие не такие уж и редкие причины послеродового кровотечения. Например, разрывы шейки матки и влагалища (особенно незамеченные вовремя). О состояниях, приводящих к нарушению свёртывания, тоже нужно помнить всегда.

Артём *** 22.02.2012 в 7:28**

Юлия... ну так есть установка: после родов проводить осмотр родовых путей, а также брать анализы при поступлении. То есть кровотечения при данных упущениях являются простым грубым нарушением правил.

Юлия *** 23.02.2012 в 19:02**

В Финляндии нет правил смотреть родовые пути после родов. Смотрим только при необходимости, если кровотечение. Смотреть всем подряд родовые пути не имеет смысла. Это больно или по крайней мере очень неприятно. При поступлении тоже анализы не берём у всех подряд. Ведь женщины обследуются во время беременности.

Дмитрий *** 25.02.2012 в 12:13**

А осмотр шейки матки на зажимах добавок ещё и травматичен.

Артём *** 1.05.2012 в 12:50**

Совсем недавно продуктивно беседовал по данному вопросу со своими коллегами, и у меня сложилась следующая тактика.

1. Началось кровотечение в послеродовом периоде — сразу готовим окситоцин (25 ЕД) и проводим ручное.
2. Если исключаем задержку последа, травму путей, то остаётся патология гемостаза (она, как правило, исключена на этапе беременности) и атония (или гипотония).
3. Коллеги активно поддерживают как причину гипотонии — хронический ДВС, соответственно, лечение идёт по схеме. То есть, не дожидаясь 1 л кровопотери, уже достаём плазму (к 1 л кровопотери она как раз разморозится).
4. Без массажей матки и кюретажа — они способствуют выбросу тромбопластина в кровь и усилению ДВС.
5. Ну и мизопростол (я уже заказал в отделение).
6. Операция — только при неэффективной трансфузии плазмы и ухудшении статуса.
Тампонаду не указал, так как у нас в отделении её нет.

Юлия *** 1.05.2012 в 19:21**

Артём, по поводу баллонной тампонады нужно подумать, одним-двумя баллонами в год в небольшом родильном отделении вполне можно обойтись. Риск и себестоимость гистерэктомии в разы выше. А ещё у женщины появится шанс уйти из роддома с маткой...

Н О В О С Т И

Дети от 500 г
теперь и в России

27 декабря 2011 года Минздравсоцразвития России после многих лет сомнений и дискуссий выпустил приказ №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке её выдачи» и методическое письмо (29.12.2011 года, №15-4/4240-07).

Согласно приказу, медицинскими критериями рождения являются:

1] срок беременности 22 нед и более;

2] масса тела ребёнка при рождении 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах);

3] длина тела ребёнка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребёнка при рождении неизвестна).

Таким образом, ребёнок массой тела от 500 г признаётся гражданином РФ, регистрируется в органах ЗАГС, а его мать получает все положенные государством выплаты, в том числе материнский капитал.

Между тем приказ поставил перед врачебным сообществом множество сложных проблем, среди которых в первую очередь необходимо выделить недостаточное количество в стране родильных стационаров III уровня (располагающих отделениями выхаживания недоношенных), дефицит оборудования и квалифицированных кадров, а также эпидемиологическую неприспособленность учреждений родовспоможения I и II уровней для длительного пребывания в них недоношенных с экстремально низкой и низкой массой тела. Особенно тревожным указанное обстоятельство становится в условиях недостаточ-

но активного внедрения современных перинатальных технологий — совместного пребывания (такую возможность родильницам и их детям предоставляют обычно только вновь спроектированные и построенные перинатальные центры, а вот в типовых родильных домах постройки прошлого века организовать это практически невозможно), эксклюзив-



© Матвеев Валерий/ИТАР-ТАСС

ного грудного вскармливания, максимально ранней выписки.

Самая большая опасность кроется в резко увеличившемся риске вспышек внутрибольничных инфекций среди новорождённых. Даже у рождённых в срок незрелость иммунитета, органов ЖКТ, дыхательной системы переводит в разряд смертельно опасных любую кожную, кишечную или респираторную инфекцию.

Согласно европейской статистике (а именно на европейские критерии Россия перешла с начала текущего года), частота преждевременных родов составляет в среднем 8–10%. Это означает, что в нашей стране при расчётном числе родов в 2012 году 1,8 млн

недоношенными могут родиться 150–180 тыс. младенцев.

В создавшихся революционных условиях для акушерско-гинекологической службы крайне важно ускорить строительство (реконструкцию), оснащение и запуск перинатальных центров, имеющих в составе структурных подразделений отделения для длительного выхаживания недоношенных. Кроме того, среди организационных мер первостепенную важность приобретает схема маршрутизации, которая смогла бы обеспечивать своевременную транспортировку женщины при преждевременных родах до родильного стационара III уровня.

Запрет на аборт в день обращения

21 ноября 2011 года Государственной думой России после череды длительных дискуссий и масштабных общественных обсуждений был принят Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Согласно официальной статистике обращений в Государственную думу, заявления против принятия законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в первоначальной редакции поступали в массовом порядке. Претензии к законопроекту предъявили и медицинские эксперты. Закон был принят Государственной думой с учётом многочисленных поправок, замечаний и предложений.

В частности, новый закон изменил порядок оказания медицинской помощи

при прерывании нежелательной беременности. Как и прежде, искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до 12 нед, однако отныне введены ограничения — аборт в день обращения теперь в России признаётся незаконным. Его можно осуществлять:

1) не ранее 48 ч с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности 4–7-я недели;

б) при сроке беременности 11–12-я недели, но не позднее окончания 12-й недели беременности;

2) не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке 8–10-я недели гестации.

Таким образом, в нашей стране введена пресловутая «неделя тишины» для обдумывания решения о прерывании беременности*. Между тем, по данным исследований в Саратовской области, в группе материально обеспеченных респонденток от аборта отказывалась одна из пяти женщин, в остальных группах число «одумавшихся» было намного меньше.

Указанное нововведение несколько затрудняет применение щадящих технологий безопасного аборта, в частности медикаментозного, который разрешён в нашей стране до 42 дней аменореи. При зачатии ориентировочно на 10-й день аменореи (14-й день цикла) о задержке менструации женщина в среднем узнаёт на 27–28-й день аменореи (при задержке начала следующего цикла на 3–4 дня; от начала последней менструации 31–32 дня). Ещё 48 ч по новому закону следует отвести на обдумывание принятого решения. Таким образом, возможные действия для безопасного прерывания беременности женщина начнёт в сроке 33–35 дней аменореи — 5 нед беременности. Для сбора всей документации, сдачи анализов и приёма препаратов до разрешённых 42 дней аменореи у неё остаётся 1 нед. И это в идеальных условиях: явка на аборт на сроке 5 нед на практике встречается не так часто. При обращении

уже в срок 6 нед гестации среди методов прерывания беременности женщине придётся выбирать между вакуумной аспирацией и, что крайне нежелательно, классическим хирургическим абортom. Таким образом, продление разрешённых для медикаментозного аборта сроков до 63 дней аменореи в соответствии с рекомендациями ВОЗ с выходом нового закона становится ещё более актуальным.

Важно ещё раз сделать акцент на том, что аборт в день обращения с 21 ноября 2012 года становится незаконным и подпадает под административную ответственность. Эта информация до настоящего времени почему-то не стала достоянием широкой медицинской общественности, и при запросе в интернете «аборт в день обращения в Москве» редакция обнаружила более 20 московских клиник, продолжающих рекламировать данную услугу (по состоянию на 13 мая 2012 года).



© Артём Печерин/Фотобанк Лори

Вход воспрещён

Согласно Федеральному закону №323-ФЗ, в стране утверждены ограничения при взаимодействии врачей и сотрудников фармкомпаний. С 2012 года привычные визиты медицинских представителей в ЛПУ резко сократятся. Они могут появляться там только по согласованию с администрацией и с чётко регламентированными законом целями. Приводим выдержки из ст. 74 закона №323-ФЗ. Медицинские работники и руководители медицинских организаций не вправе:

1) принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарствен-

ных препаратов... (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций), подарки, денежные средства... в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счёт средств компаний, представителей компаний;

2) заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

3) получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий)...

4) осуществлять приём представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия... в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, <связанной с мониторингом побочных эффектов лекарственных средств>;

5) выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия. <...>

Сама ответственность (штраф за использование брендированной авторучки? лишение сертификата за выдачу рецепта на фирменном бланке?) до настоящего времени не регламентирована ни в одном подзаконном акте и не включена в Кодекс административных правонарушений РФ. Тем не менее на местном уровне некоторые руководители с начала 2012 года начали вводить довольно жёсткие ограничения. SP

* (см. статью «Право на безопасность» на стр. 16).

Status Praesens

**Мед
полит**

**Мед
полит**

чистая работа

Современные клининговые технологии
в крупном лечебно-профилактическом учреждении



Авторы: Григорий Артёмович Пензоян, докт. мед. наук, проф., зав. каф. акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, засл. врач РФ, главный врач МБУЗ «Городская больница №2 КМЛДО» (Краснодар); Георгий Владимирович Гудков, докт. мед. наук, проф. каф. акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета (Краснодар)

Копирайтинг: Анна Филиушина

Универсальная аксиома: оптимального результата можно достичь только в том случае, если задачу выполняет профессионал, располагающий всем необходимым для своей работы. Звучит логично, не правда ли? Однако в современном российском здравоохранении есть область, где до сих пор жизненно важные задачи выполняют даже не специально нанятые люди, а перегруженные другими (не менее важными!) делами медицинские сёстры — зачастую на вторую-третью ставку, между делом, иногда, к сожалению, кое-как. Речь идёт о поддержании чистоты в медицинских учреждениях, соблюдении санитарно-эпидемиологического режима.

Абсолютная, «больничная» чистота — имя нарицательное, однако так ли уж чисто в современных российских стационарах? Проблемы госпитальных штаммов возбудителей, внутрибольничные вспышки инфекционных заболеваний, да и личный опыт каждого врача подтверждают, что патогенные микроорганизмы в ЛПУ чувствуют себя вполне комфортно в существующих условиях, когда на начальном этапе им противостоит лишь санитарка или медсестра с тряпкой, шваброй и ведром.

пу «лишь бы кто согласился». И даже в медицинских учреждениях, где качество уборки непосредственно влияет на результаты лечения, в работу санитарок не спешат внедрять какие-либо современные технологии.

Плачевное санитарное состояние больниц — закономерный результат скудных зарплат и неорганизованности труда, помноженных на пренебрежительное отношение со стороны квалифицированного медперсонала. К тому же работу санитарок во многих государственных лечебных учреждениях выполняют медсёстры — за дополнительную плату. А ведь такой подход малоэффективен: перегруженная своими прямыми обязанностями медсестра попросту не успевает качественно убрать гигантские больничные площади. Ещё один вариант — коммерческое привлечение **профессиональных клининговых компаний** со стороны, однако для бюджетных организаций это удовольствие оказывается слишком дорогим.

Безусловно, давно пора внедрять новые стандарты чистоты, препоручая заботу об этом важнейшем деле специально подготовленным и оснащённым профессионалам. Но как это устроить, не нагружая ЛПУ дополнительными, часто очень ощутимыми расходами?

[За 1 год использования новых технологий уборки количество позитивных смыслов на патогенные микроорганизмы в больнице сократилось в 5,74 раза.]

Хотя в стране на протяжении 70 лет активно внедрялся культ труда под лозунгом «Все профессии нужны, все профессии важны!», подход к некоторым сферам деятельности до сих пор остаётся пренебрежительным. В частности, уборка и всё с ней связанное до сих пор считается трудом непрестижным, низкооплачиваемым, не требующим никаких знаний и подготовки. Финансирование минимальное, подбор кадров по принци-

Выход — серьёзные управленческие преобразования. Уже есть жизнеспособный пример клининговой службы, организованной внутри лечебного учреждения и позволяющей одновременно повысить качество уборки и ощутимо снизить материальные затраты, с нею связанные.

Спецагенты высоких технологий

В составе самого крупного ЛПУ Краснодар — Городской больницы №2 КМЛДО (Краснодарское муниципальное лечебно-диагностическое объединение) — с 2009 года функционирует ультрасовременный отдел санитарного обслуживания, иначе называемый клининговым центром и объединивший под своим началом младший медицинский персонал в отдельную штатную структуру с единым подчинением. Масштаб работы значительный:

лечебно-диагностическое учреждение включает многопрофильный стационар на 960 коек, краевой перинатальный центр, рассчитанный на 8000 родов в год, консультативно-диагностический центр и поликлинику специализированного амбулаторного лечения, рассчитанную более чем на 1200 ежедневных посещений.

Созданию клинингового центра предшествовала большая организационная работа: определение целей и задач будущей службы, разработка стандартов и технологий уборки, подготовка площадей и закупка необходимого оборудования, подбор персонала и т.д. Сейчас это подразделение больницы обеспечивает качественную, своевременную, профессиональную уборку. Принцип организации работы — **деление помещений** на пять зон по степени эпидемиологической значимости, загрязнённости и потребности в частоте уборки.

Сотрудники клинингового центра систематически проходят специальную подготовку, благодаря чему способны

грамотно использовать достижения современных технологий, а также обеспечить внутренний независимый контроль безопасности и качества уборки.

Создание такого отдела оказалось возможным благодаря перераспределению должностей младшего медицинского персонала: количество санитарок в каждом отделении **было уменьшено**, а освободившиеся штатные единицы удалось организовать в специализированную клининговую службу.

Как всё это работает

Во главе производственной пирамиды находится заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом. Ему подотчётен руководитель отдела санитарного обслуживания, которому, в свою очередь, подчиняются старшие медицинские сестры, руководящие **транспортными и санитарными (клининговыми) бригадами**, а также администраторы больницы. Получается, что сотрудники клининговой

[Клининговые бригады с 8- и 12-часовым графиком работы занимаются уборкой помещений общей площадью 23 500 м². Транспортная бригада работает круглосуточно и за 24 ч перевозит до 60 больных.]

Впереди прогресса

Сопоставление даты открытия клинингового центра КМЛДО в Краснодаре (2009 год) и опубликования новых СанПиНов (2010 год) внушает восхищение прозорливостью руководителей ЛПУ — они начали внедрять передовые санитарно-эпидемиологические решения на целый год раньше, чем были сформированы регламентирующие документы на этот счёт.

Разработка передовой схемы санитарного обслуживания может поспособствовать поиску ответа на главный организационный вызов 2012 года — выхаживание 500-граммовых недоношенных новорождённых (приказ МЗСР РФ № 1687 от 27.12.2011 года). Дело в том, что длительное (более 6 дней) пребывание новорождённого в родильном доме во много раз повышает опасность всплеск инфекционных заболеваний вследствие незрелости иммунитета таких детей и повышенной вероятности горизонтальной передачи инфекции...

Организация качественной уборки, безусловно, не единственный, но очень важный шаг к инфекционной безопасности при выхаживании глубоко недоношенных.



© Метелица Сергей/ИТАР-ТАСС

службы сконцентрированы под единым руководством и взаимозаменяемы, чего не было раньше, когда на каждое больничное отделение приходился штат санитарок, выходящих по одной—трое в смену.

А в это время клининговые бригады занимаются уборкой помещений общей площадью 23 500 м². График работы в таких бригадах 8- и 12-часовой. Таким образом, имеется и персонал для текущего клининга, и дежурная бригада дезинфекторов-уборщиков.

Все помещения больницы по степени микробной обсеменённости разделили на пять зон:

- зона I — приёмный покой, пять хирургических и одно стоматологическое отделение;
- зона II — урологическое и гинекологическое отделения;
- зона III — кардиологическое, гастроэнтерологическое и эндокринологическое отделения;
- зона IV — пульмонологическое и два неврологических отделения;
- зона V — кабинеты поликлиники и диагностического центра.

С учётом функциональной направленности и требований нормативных документов каждая зона подразделена на сегменты: **асептический** (процедурные и перевязочные), **чистый** (палаты), **условно чистый** (холлы, коридоры, вестибюли) и **грязный** (санитарные комнаты, помещения для отходов и отработанного белья).

Выделенные зоны распределяются между вышедшим на смену персоналом таким образом, что каждому достаётся нагрузка около 1000 м². Вместо 2—3 ч работы за минимальный оклад, как было прежде, сотрудник клининговой службы теперь трудится полноценную смену с возможностью получения достойной оплаты.

Транспортная бригада также работает круглосуточно и за 24 ч перевозит до 60 больных.

Швабру в отставку

Пришло время менять не только организационную структуру, но и саму технологию уборки больничных помещений. Старый «ведёрный способ» имеет свои преимущества: минимум как исходных материальных вложений, так и знаний исполнителя. На другой чаше весов — множество минусов: низкое качество выполняемых работ и невозможность объективного контроля, низкая мотивация персонала, недостаточная укомплектованность кадрами, связанная с невысокой заработной платой и непрестижностью профессии.

Что же пришло на смену ведру и швабре, каковы преимущества технических нововведений?

Организаторы отказались от традиционных тряпок и ветоши. Вместо них уборщики-профессионалы пользуются так называемыми **мопами** (стандартизованными салфетками-насадками для мытья) и **флаундерами** (специальными держателями для них). Сменные мопы позволяют проводить обработку с предсказуемым качеством, имеют заранее известные характеристики. Так, например, изделия из микрофибры лучше салфеток из других материалов адсорбируют грязь и пыль, очень лёгкие, их можно стирать при температуре 90 °С до 300—

[Вместо 2—3 ч работы за минимальный оклад, как было прежде, сотрудник клининговой службы теперь трудится полноценную смену с возможностью получения достойной оплаты.]

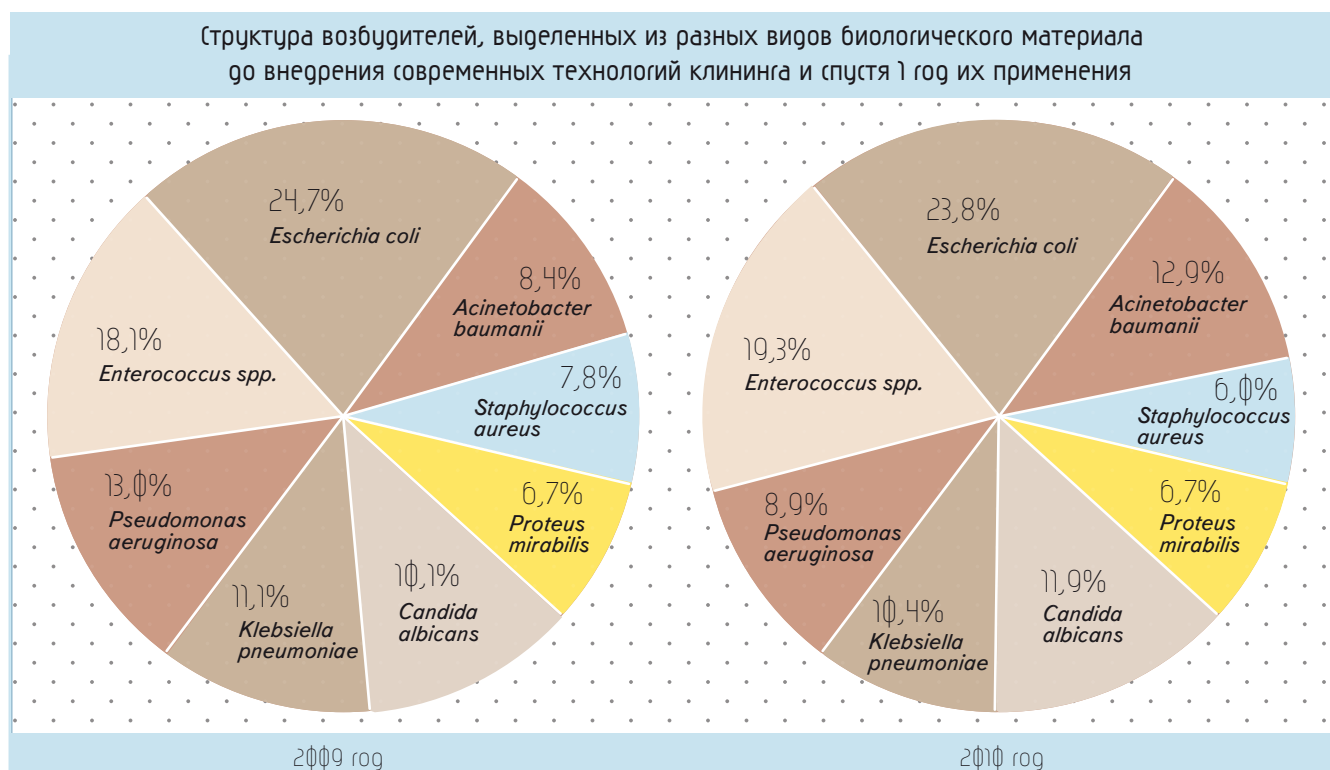


500 раз. Флаундеры помогают свести к минимуму физическую нагрузку: для уборки в труднодоступных местах и смены насадок не надо нагибаться, кроме того, использованные мопы можно снимать, не касаясь их поверхности. Применение таких приспособлений — в том числе продуманная забота о сотрудниках, ведь среди них много женщин пенсионного возраста, которым динамическая нагрузка на позвоночник не показана и слишком утомительна.

Чем заменили ведра? Им на смену пришли безотжимные технологии. Мопы в достаточном количестве готовят заранее, замачивая их в специальном растворе. Уборщики используют уже обработанную влажную насадку, а затем меняют её по мере необходимости. Разводов на быстро высыхающих по-



[Экономический эффект санитарного отдела высок — затраты на дезинфекция снизились в 17 раз, на мягкий инвентарь в 2,5 раза, на зарплату персоналу на 60%.]



верхностях не остаётся в отличие от того, что происходит, когда пользуются обычными тряпками. Типичный сотрудник клининговой службы оснащён эргономичным держателем и мобильной тележкой с отсеками для подготовленных и использованных мопов.

Подробности идеальной уборки

Для обработки помещений в ЛПУ лучше всего подходит именно **безотжимная технология** уборки, обладающая следующими преимуществами:

- Расход воды снижается примерно в 20 раз.
- Для обработки мопов используются профессиональные концентрированные дезинфектанты, обладающие антибактериальной, противогрибковой и противовирусной активностью. Они не содержат альдегидов и производных хлора, гипоаллергенны и не повреждают покрытие обрабатываемых поверхностей.
- Автоматический дозатор позволяет контролировать точную концентрацию и расход дезинфицирующего раствора.
- Распространение патогенной микрофлоры минимально.
- Одну насадку используют для уборки помещения площадью примерно 20 м². Для каждой палаты предусмотрены отдельные моп и салфетка для обработки поверхностей, таким образом, микробные агенты не переносятся из одного помещения в другое. Кроме того, зоны разделены по степени чистоты, и для каждого сегмента применяют мопы со своей цветовой кодировкой. Например, асептическая зона — зелёный; чистая — синий; условно чистая — жёлтый; грязная — красный цвет. Согласно цветовой маркировке мягкий инвентарь подготавливают, транспортируют и стирают отдельно, не перемешивая ни на одном из этапов.

Обработка использованных салфеток и мопов происходит централизованно: стирка в профессиональных стиральных машинах, затем сушка и последующее увлажнение рабочим раствором. Весь цикл занимает около часа. Больнице с круглосуточным режимом работы очень важно в любое время дня и ночи иметь подготовленный инвентарь для бесперебойной ликвидации источников инфекции в различных ситуациях, что имеет особое значение, если медицинское учреждение работает в режиме неотложной помощи.

{читаем финансы

Конечно, любая реорганизация требует первоначальных капиталовложений. Так, при создании и обеспечении работы нового отдела санитарного обслуживания единовременные затраты составили 4 млн руб. Эти расходы распределились примерно пополам на ремонт с последующей подготовкой помещений и на приобретение необходимого оборудования и инвентаря.

Казалось бы, значительная сумма! Однако анализ годовых затрат показал высокую экономическую эффективность работы отдела санитарного обслуживания — удалось в 7 раз снизить текущие затраты, в том числе: на дезсредства —

в 17 раз, на мягкий инвентарь — в 2,5 раза, на заработную плату персоналу — на 60%, а также сократить расход воды за счёт безотжимной технологии. Подсчитаем для примера, во сколько бы обошлась профессиональная уборка при покупке услуг в коммерческих компаниях. Вдохните поглубже: затраты на **однократную** уборку сопоставимых площадей составили бы порядка 490 680 рублей (с учётом средней цены услуг по Краснодару). Эта сумма более чем в 2 раза превышает соответствующий **годовой** расход, выделяемый для отдела санитарного обслуживания больницы! Получается, что реорганизация и продуманное распределение внутренних ресурсов ЛПУ значительно выгоднее, чем существующее положение дел в российских больницах или привлечение специалистов в области клининга со стороны.

Микробам бой!

Сокращение затрат — это безусловный плюс, однако для ЛПУ приоритетное значение имеет эпидемиологическая эффективность. Однако и здесь по итогам двух календарных лет наблюдений достигнут отличный результат, что подтверждают данные санитарно-бактериологического контроля в различных отделениях стационара. За время, минувшее с открытия клинингового центра, количество позитивных смывов снизилось в 5,74 раза, а число гнойно-септических осложнений также имеет тенденцию к снижению (1,03 против 1,74%).

Итак, частота выделения самых опасных внутрибольничных инфекций (в том числе синегнойной палочки [*Pseudomonas aeruginosa*]), полученных из всех локусов биологического материала, снижается, и в целом за 2 года структура микробной ассоциации претерпела существенные изменения. При этом три возбудителя в новых условиях стали чувствовать себя вольготнее — это ацинетобактерии, энтерококки и грибы. Это позволило провести сравнительный анализ состава микрофлоры, предположить возможные источники, способы и механизмы передачи микробов. В результате стало возможным разработать конкретные мероприятия по профилактике инфекции, иными словами — пути оптимизации работы клинингового центра больницы.



Рано или поздно новые технологии внедряются во все сферы человеческой деятельности. Веяние прогресса в лечебных учреждениях — грамотная профессиональная уборка, неоспоримо повышающая качество дезинфекции и в экономическом плане гораздо более выгодная, чем традиционная система влажной уборки помещений ЛПУ. Уникальный опыт санитарного обслуживания, накопленный за 2 года в самой большой больнице Краснодара, ясно доказывает, что в условиях современного здравоохранения вполне **ВОЗМОЖНО** создать профессиональную клининговую службу исключительно за счёт внутренних кадровых ресурсов больницы. **SP**



право на безопасность

Внедрение медикаментозного аборта в программу госгарантий*

Преодолеть сопротивление чиновников при внедрении современных медицинских технологий в практику — непростая задача. Особенно если речь идёт о столь политически непопулярном вопросе, как прерывание нежелательной беременности. Поэтому до сих пор закреплённое в Федеральном законе «Об охране здоровья граждан» право женщины самостоятельно принимать решение относительно материнства реализуется программой ОМС с помощью методов (без преувеличения) столетней давности.

Тем временем системы здравоохранения развитых стран перешли на неинвазивные (медикаментозные) и вакуумные методы прерывания беременности в I триместре ещё в 80-е годы прошлого столетия — более 30 лет тому назад! Однако в России большинство прерываний беременности выполняется путём кюретажа полости матки, и социологические исследования демонстрируют приверженность россиянок этому «традиционному» (как женщины предыдущих поколений начиная с 1955 года) способу регулирования рождаемости.

Параллельно работе по уменьшению числа абортов необходимо предложить женщине альтернативу хирургическому вмешательству — достоверно менее агрессивную методику медикаментозного прерывания беременности.

Если во Франции более 90% абортов на ранних сроках осуществляют медикаментозно, то в Алжире (корни системы образования там французские) ровно наоборот — 84% кюреткой и только 16% фармакологически. Печально, что в России распространённость медикаментозного аборта, несмотря на большие усилия со стороны медицинского сообщества, сейчас даже

ниже, чем в Алжире, — в среднем 4,9% (данные МЗСР РФ, 2010).

К сожалению, на пути этой технологии в нашей стране стоит множество препятствий, в том числе из-за несовершенства законодательства. Каким же образом преодолеть сложившиеся препоны?

Оказывается, всё это возможно. По крайней мере, в нескольких российских

* По материалам тематического симпозиума «Внедрение медикаментозного аборта в программу госгарантий. Опыт регионов». IV Научно-практический семинар для акушеров-гинекологов «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», 5 сентября 2011 года, Сочи; модератор — проф. В.Е. Радзинский.

территориях акушеры-гинекологи нашли решение проблемы. 5 сентября 2011 года в Сочи на заседании «Внедрение медикаментозного аборта в программу госгарантий. Опыт регионов» (в рамках IV Научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии») своим опытом делились организаторы-первопроходцы, уже сделавшие первые шаги к обеспечению россиянок возможностью безопасного прерывания беременности.

Опыт других стран

Право самостоятельно принимать решения по вопросам планирования семьи и искусственно прерывать беременность наиболее безопасным способом должно быть предоставлено каждой женщине. Это не подвергается никаким сомнениям — аборт в России разрешен, а закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» декларирует максимально качественную медицинскую помощь. Однако именно с прерыванием беременности в России право на качественную медицинскую услугу остаётся нереализованным практически повсеместно.

Во Франции медикаментозным способом прерывают почти все нежелательные беременности (в срок до 9 нед) — 90%, в странах Скандинавии — 70–90%, в Великобритании и Финляндии — по 35 и 76%. Весь мир постепенно переходит на безопасную технологию, и различия остаются лишь

[Чтобы миновать ограничения, женщины часто вынуждены ехать в соседние страны, так появился термин «абортный туризм».]



© Кирилл Кесринский/Фотобанк Лори

Ирина Сергеевна Савельева, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, президент Восточно-Европейского альянса за репродуктивный выбор (Москва)



в степени её доступности. Так, в Италии, например, перед прерыванием беременности обязателен **7-дневный период ожидания** — может быть, женщина изменит своё решение (с ноября 2011 года такая мера введена и в России*). В некоторых странах необходимо согласие на аборт **мужа**. Чтобы миновать ограничения, женщины часто вынуждены ехать в соседние страны; так появился термин «абортный туризм».

Ещё одно ограничение — **необходимость платить**. Аборт как медицинская услуга оплачивается во многих государствах, основные различия — в том, какова стоимость и из каких источников поступают средства. В обычной европейской больнице средняя стоимость медикаментозного аборта составляет €259,45, при этом 80% стоимости процедуры покрывается медицинской страховкой. Пациентка оплачивает 20% стоимости услуги, примерно €51. В случае амбулаторного приёма препаратов стоимость услуги снижается до €200, соответственно, пациентка тратит примерно €40. В частных европейских клиниках препараты для медикаментозного аборта пациентка может приобрести в аптеке или получить у врача, оплатив €91,74.

В России медикаментозный аборт выполняют преимущественно в коммерческих учреждениях, и вся стоимость услуги ложится на пациентку; при этом цена колеблется от €60 (2500 руб.) до €410 (16 900 руб.) и выше. Необходимо отметить, что в России реализация препаратов частным лицам (в том числе врачам) запрещена, а стоимость препаратов ниже, чем в Европе.

Стратегии повышения доступности медикаментозного аборта придерживаются правительства многих стран. Так, во Франции и Италии положительно решён вопрос об увеличении сроков беременности, при которых этот аборт допустим; кроме того, с недавних пор его можно проводить вне клиники. Кроме того, планируют законодательно снизить срок ожидания и снять другие ограничения, предоставить женщинам круглосуточную возможность обращения за помощью в случае осложнений, а также привлечь врачей общей практики и квалифицированных медицинских сестёр.

В Восточной Европе для повышения доступности медикаментозного аборта нужно увеличивать количество ЛПУ, выполняющих процедуру медикаментозного аборта, обучать специалистов, расширять протоколы и внедрить технологию

* Подробнее см. на стр. 8.

медикаментозного аборта в программу государственных гарантий.

Регламент процедуры в разных странах неодинаков по допустимым срокам прерывания беременности, и Совет Европы принял решение о необходимости соблюдения всеми членами Совета Европы прав женщин на свободу репродуктивного выбора, в том числе на свободу безопасного прерывания беременности. Различия в законодательствах разных стран не должны ограничивать права женщины, ведь если в Испании, например, аборт разрешён до 14–16 нед, то в Великобритании — до 26 нед. Каким образом урегулировать законодательство по прерыванию нежелательной беременности при миграции гражданок другой страны — тот вопрос, который сейчас активно обсуждается.

Говоря о мировом опыте, из которого нам правильно было бы вовремя перенимать рациональное, нужно вспомнить о том, что законодательство европейских стран, регламентирующее проведение медикаментозных абортов, видоизменяется вслед за технологическими обновлениями. Речь идёт о снижении дозы мифепристона в протоколе фармакологического аборта и возможности использовать препарат мизопростол дома. Так, во Франции уже к 2001 году было накоплено достаточно сведений о том, что мизопростол можно безопасно использовать в домашних условиях, поэтому специалисты профессионального сообщества внесли соответствующее предложение на законодательном уровне, и нормативные документы были

изменены. В развитых странах **предложения по оптимизации законодательства разрабатывают и принимают профессиональные сообщества**, а не министерства здравоохранения, функции которых состоят преимущественно в организационном и нормативном обеспечении. По этому же пути пошли и некоторые бывшие союзные республики. Например, в Грузии при Минздраве создан специальный экспертный совет, привлекающий специалистов для решения той или иной проблемы, вносящий предложения по развитию технологий, после чего министерство закрепляет обновления соответствующими законами.

и сохранность репродуктивной функции пациентки.

Сейчас во многих странах (Франции, Испании, Португалии, Германии) государством на законодательном уровне закреплена ответственность лечебных учреждений за полноценное **обучение** и достаточную квалификацию медицинских работников в вопросах технологии медикаментозного аборта. Кроме того, в Евросоюзе гарантированы бесплатное консультирование по вопросам, связанным с этим методом прерывания беременности, и бесплатное лечение осложнений (женщине достаточно обратиться в любой стационар).

[По новому ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 года введено «время тишины», ограничивающее применение медикаментозного аборта при разрешённых в РФ 42 днях аменореи.]

Ещё одна общеевропейская тенденция — **расширение сети учреждений и сертификация смежных специалистов**. Консультирование пациентки по методике медикаментозного аборта может проводить семейный врач, терапевт или хорошо подготовленная медицинская сестра. Это снимает часть нагрузки с акушера-гинеколога, позволяя высвободить время для высококвалифицированной медицинской помощи. При этом каждый член врачебного сообщества несёт личную ответственность за здоровье

Не следует забывать, что медикаментозный аборт имеет безопасную альтернативу — вакуумную аспирацию. Рекомендация конкретного способа с учётом показаний и срока беременности находится уже в сфере ответственности врачей. Гражданство европейской страны не должно обрекать женщину строго на медикаментозный аборт, у каждой должен быть выбор.

На пути широкого использования врачебным сообществом медикаментозного аборта стоит в том числе **боязнь**



осложнений. Опасения снимаются через профессиональное обучение, повышение квалификации, а также путём подписания контрактов между стационарами и частнопрактикующими врачами с разделением обязанностей партнёров, юридической защитой врачей-членов профессиональных сообществ.

Для многих стран, в том числе для России, при внедрении медикаментозного аборта большой проблемой остаются **сроки**, в течение которых можно использовать эту технологию. В большинстве стран медикаментозный аборт разрешён в I триместре вплоть до 63 дней аменореи, хотя данные доказательной медицины говорят, что такой срок вполне приемлем, растёт число стран, где этот вид прерывания применяют и во II триместре, а в нашей стране процедура разрешена только до 42 дней аменореи. За использование препарата в более поздние сроки, чем это разрешено местным законодательством, ответственность берёт на себя профессиональное сообщество. Оно не только разрабатывает стандарты проведения процедуры, но и при необходимости оказывает юридическую поддержку специалистам.

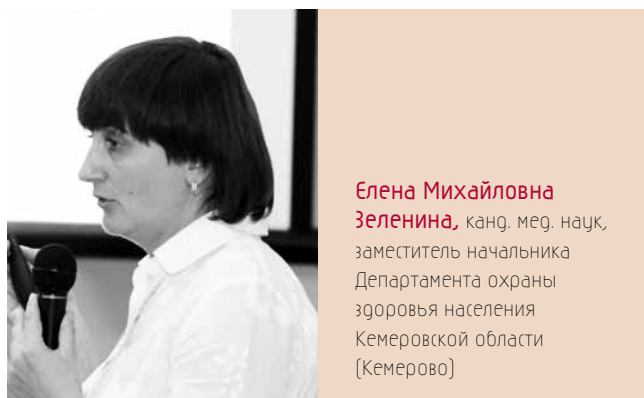
Большое число стран уже перешли на современные стандарты медикаментозного аборта, и доля его в структуре аборта доминирует. Однако в России и Украине регламентирующие документы и процесс внедрения процедуры в широкую медицинскую практику пока отстают. Тем не менее Украина уже вынесла на обсуждение в правительстве изменённый протокол медикаментозного аборта. Дело за нами.

Модератор предупредил, что акушерско-гинекологической общественности стоит ждать изменений в законодательстве, причём вероятно, что доступность аборт для женщин будет ограничена. Поэтому особенно актуальным становится вопрос о пролонгировании возможных сроков медикаментозного аборта до 63 дней аменореи*.

Кемеровская область

В Кемеровской области проживает чуть более 2 млн человек, преимущественно городское население. В этом регионе расположена треть производственных фондов Западной Сибири. Значимая особенность Кузбасса состоит в том, что здесь размещены две трети учреждений пенитенциарной системы (всего 47), в том числе четыре женских колонии. В Мариинске находится единственный на всю Западную Сибирь родильный дом для осуждённых женщин, здесь же расположен детский дом. Ежегодно на свободу выходят около 1500–2000 женщин, причём 70% из них остаются в Кемеровской области, отнюдь не улучшая локальный «репродуктивный климат».

Ежегодно в регионе регистрируют 37 000 родов и примерно столько же аборт. К сожалению, показатель материнской смертности в области с 1998 по 2007 год был значительно выше, чем в среднем по России. Основной при-



Елена Михайловна Зеленина, канд. мед. наук, заместитель начальника Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области (Кемерово)

чиной выступали септические осложнения абортов (27,4% из 145 случаев за 10 лет). Необходимо отметить, что по всей России материнская смертность также неразрывно связана с проведением небезопасных абортов. Так, в 2010 году с прерыванием беременности в срок до 28 нед связано 20,3% материнской смертности в РФ, при этом в мире этот показатель составляет 13%, что вызывает обеспокоенность ВОЗ.

В структуре абортов при материнских потерях значительная доля принадлежит криминальным прерываниям беременности, однако и медицинские аборты ассоциированы с летальностью, особенно в поздние сроки.

Распространённость бесплодия в регионе также выше, чем в среднем по Сибирскому федеральному округу (20%), и напрямую зависит от числа абортов. При обследовании 300 супружеских пар с бесплодием в Кузбассе в большинстве случаев причины были трубно-перитонеальные, связанные с перенесёнными ИППП и аборт в анамнезе.

Проанализировав ситуацию в регионе, изучив данные коллег и мировой опыт, руководители регионального здравоохранения разработали меры по улучшению репродуктивного здоровья населения — совершенствованию работы по планированию семьи и **внедрению в программу госгарантий технологий безопасного аборта**.

С сентября 2009 года в сетку занятий студентов всех первых курсов был введён предмет «Основы репродуктивного здоровья и планирования семьи». Была начата **подготовка консультантов** по репродуктивному просвещению из числа врачей разных специальностей, среднего медицинского персонала и волонтеров для работы в средних и высших учебных заведениях. Идея заключалась в том, что передача информации

[Законом Кемеровской области в территориальную программу госгарантий бесплатной медицинской помощи был включён медикаментозный аборт, в 2008 году — для подростков, а с 2010 года — без ограничений по возрасту.]

* И это произошло — по новому ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 года введено «время тишины», ограничивающее применение медикаментозного аборта при разрешённых в РФ 42 днях аменореи (см. стр. 8).

Выдержки из дискуссии

В.Е. Радзинский: В Башкортостане любую инновацию внедряют так осмысленно, что многие главные специалисты страны консультируются с ними по всем спорным вопросам. А что если бы (как это планировалось ВОЗ в 1970 году) в аптеках просто продавали четыре таблетки? Чтобы женщина сама, как было задумано, покупала тест на беременность, определяла, что у неё ранний срок, приобретала таблетки и сама себе делала медикаментозный аборт? Этот же вопрос я задал в Лиссабоне на секции с главными специалистами всего мира, а также задавал его нашим специалистам. Многие высказались против такой доступности абортивных средств, опасаясь неконтролируемых осложнений, а также памятуя о необходимости учёта абортов.

Ольга Петровна Аккузина: Нельзя, категорически нельзя доверять женщине медикаментозный аборт без медицинского сопровождения! Даже акушеры-гинекологи не вдруг учатся правильно проводить это вмешательство. И ещё по поводу различий в сроках проведения — 49 дней, 63 дня... Наш опыт свидетельствует: все медикаментозные аборты на сроке до 42 (максимум 49) дней проходят гладко. На более поздних сроках мы можем ожидать повышение риска осложнений. И если мы не хотим дискредитировать метод, его пока не нужно менять, лучше сосредоточиться на его внедрении с уже имеющейся технологией. Вот когда переведём большую часть абортов в безопасные, когда акушеры-гинекологи научатся выполнять вмешательство максимально качественно — тогда уменьшим дозы и продлим возможность вмешательства до 63 дней и т.д.

«от равного к равному» будет более эффективной, чем между людьми разных поколений.

Согласно данным ВОЗ, системы здравоохранения полностью следуют принципам безопасного аборта в тех случаях, когда обеспечивают населению информированность, доступность и соблюдение безопасной технологии выполнения процедуры.

За 2009 год в области было выполнено 33 000 абортов, при этом (данные МЗ Кемеровской области) лишь 5,7% — безопасным способом. И хотя стоимость медикаментозного аборта в частных учреждениях составляет от 4 до 15 тыс. руб.⁹, расчётная цена аналогичной услуги в условиях женской консультации оказалась гораздо ниже — 1820 руб. Учитывая, что хирургический аборт в стационаре стоит 1930 руб., внедрение медикаментозного прерывания беременности оказалось выгодным территориальному фонду ОМС (попутно освобождается дорогостоящая стационарная койка). В результате территориальный фонд ОМС согласился внести медикаментозный аборт в региональную программу госгарантий. Так, законом Кемеровской области в **территориальную программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ был включён безопасный медикаментозный аборт**, в 2008 году только для подростков, а с 2010 года — без ограничений по возрасту.

В итоге за 4 года (с 2008-го) количество медикаментозных абортов в области возросло почти в 4 раза; при этом осложнений очень немного, а эффективность, в том числе экономическая, — налицо. Самое главное: общее количество абортов не увеличилось, а приобрело тенденцию к снижению. Число криминальных прерываний беременности в Кемеровской области снизилось в 4,5 раза, что исключительно благоприятно сказалось на показателях материнской смертности, с 2008 года не превышавшей общероссийскую. Всё это связано не только с внедрением медикаментозного способа, но и с результатами большой планомерной работы по профилактике абортов: планированию семьи и репродуктивному просвещению.

Модератор назвал опыт специалистов Кузбасса «первым маяком для России» и охарактеризовал достигнутые результаты как «потрясающие». Помимо этого он отметил, что Кемеровской области повезло с губернатором, прогрессивным политиком-интеллектуалом, вникшим в преимущества медикаментозного аборта и оказавшим содействие внедрению технологии на подведомственной территории.

Республика Башкортостан

Республика Башкортостан — замечательный пример (второй после Кемеровской области) региона РФ, где забота о здоровье матери и ребёнка осуществляется не на бумаге, а в жизни. В регионе, где проживают 2 млн 170 тыс. женщин и не менее миллиона — в фертильном возрасте (27% от всего населения республики), такая забота крайне важна. В августе 2009 года правительством республики был утверждён «План мероприятий по снижению младенческой смертности в РБ на

**Александр Александрович
Афанасьев**, канд. мед. наук,доц. кафедры акушерства
и гинекологии института по-
следипломного образования
Башкирского государственного
медицинского университета,
главный акушер-гинеколог
Республики Башкортостан
(Уфа)

период до 2012 года», согласно которому была пересмотрена работа всех учреждений, составляющих службу охраны здоровья детей и матерей республики, в том числе по вопросам планирования семьи.

В крупнейших городах республики происходит внедрение инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ — открытие и организация работы «Клиник, дружественных к молодёжи» для увеличения доступности медицинской помощи подросткам и молодёжи, консультирования по вопросам планирования семьи и профилактики нежелательных беременностей. Интересно, что с момента внедрения этой программы ни одна студентка не отказалась от ребёнка в родильном доме!

Следующий шаг, в целесообразности которого руководители здравоохранения региона убеждают территориальные органы, — закупка контрацептивов в рамках муниципальной программы «Безопасность материнства» за счёт средств администрации. Всего лишь за год (с 2009 по 2010 год) объём финансирования на закупку контрацептивов из средств муниципальных районов и городских округов увеличился в 3,5 раза и составил 3,3 млн руб.

Планомерная работа по вопросам планирования семьи привела к снижению числа аборт в республике за 5 лет на 26,5%. Однако администрация этим не удовлетворилась: сейчас на долю первобеременных приходится лишь 8,8% абортов, на подростков 15–19 лет — 6,2%.

Поскольку расходы на процедуру прерывания беременности в ранние сроки возлагаются на территориальные органы ОМС, необходимо было подготовить экономическую базу для внедрения медикаментозных технологий в программу госгарантий. Оказалось, что медикаментозное обеспечение процедуры составляет 1500 руб., что экономически целесообразнее, чем кюретаж (не нужны госпитализация, анестезия и хирургическое вмешательство), не говоря уже о преимуществах для пациенток.

В результате формулировка постановления правительства Республики Башкортостан «Об утверждении программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи» такова: «...медицинская помощь предоставляется гражданам при... искусственном прерывании беременности на ранних сроках, в том числе медикаментозным методом». Приказ МЗ Республики Башкортостан дополняет постановление правительства, обращённое к региональным фондам ОМС: «...Возмещать расходы лечебно-профилактических

учреждений муниципальных районов, городских округов, республиканских медицинских организаций на закупку ими... медицинских изделий». В результате число медикаментозных абортов, проводимых в государственных ЛПУ республики, **увеличилось втрое**.

Докладчик посетовал, что преобразования испортили отношения с частными медицинскими центрами, теряющими часть дохода, а также с некоторыми гинекологическими отделениями, негативно воспринявшими перемены из-за боязни ответственности за «чужие осложнения» при внедрении технологии безопасного аборта.

Саратовская область

Безальтернативный метод предупреждения абортов — **просвещение детей и подростков**. Исследование особенностей репродуктивного поведения, выполненное в 2008 году по инициативе ЮНИСЕФ (анкетирование 5600 женщин в пяти городах, в том числе в Саратове), показало, что 70% наших женщин имеют негативные репродуктивные установки и удивительно невежественны в вопросах репродуктивного здоровья; они остро нуждаются в просвещении.

Ситуация требовала (и требует до сих пор) серьёзной работы медицинских и социальных служб. Обучение подростков велось по оригинальным программам, разработанным в Центре планирования семьи и репродукции. Базовая программа «Основы здорового образа жизни» рассчитана на детсадовцев и школьников, а «Основы здоровья семьи» и «Студенческая семья» — для обучения старшеклассников и студентов. В числе прочего большой проблемой оставалась оплата труда лекторов.

Педагоги и директора школ были очень заинтересованы, однако потом специалистов перестали пускать в школы, и 7-летняя интенсивная работа застопорилась. Со студенческой молодёжью работа продолжается до сих пор, исключение — медицинские институты, решившие обойтись своими силами. Итог печальный: именно студенты-медики мало информированы и делают больше всех абортов.

Результаты многолетних трудов: снижение числа абортов в 3 раза, особенно в группе 20–29 лет, где было больше всего нежеланных беременностей. Молодёжь активно обращается в кабинеты планирования семьи для предгравидарного обследо-

**Ольга Петровна Аккузина**,канд. мед. наук, зам. главного
врача по лечебной работе,
главный внештатный акушер-
гинеколог МЗ Саратовской
области (Саратов)

дования. В течение 10 лет не было случаев материнской смертности от абортов среди подростков, а криминальные аборты у этого контингента единичны.

Внедрение медикаментозного аборта в Саратовской области происходит с 2002 года. За 6 мес 2011 года частные и муниципальные ЛПУ и центры планирования семьи выполнили 800 медикаментозных абортов. Стоимость абортов по области — от 4500 до 11 000 руб.

Начиная с IV квартала 2011 года медикаментозный аборт наконец-то **ввели в систему ОМС**. Вначале вышел приказ Минздравсоцразвития РФ (от 10 февраля 2003 года №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»), затем введён временный региональный стандарт медицинской помощи при медикаментозном аборте, включающий обязательную консультацию женщины у психолога. По временному стандарту

[В Саратовской области после почти 10-летних усилий организаторов с IV квартала 2011 года медикаментозный аборт наконец-то ввели в систему ОМС.]

рассчитали стоимость медикаментозного аборта для фонда ОМС. Самое главное: была утверждена вся медицинская документация и определены показания к медикаментозному аборту, а именно **разрешили медикаментозный аборт всем желающим вне зависимости от возраста и социального положения**.

Оказалось, что медикаментозный аборт в систему ОМС ввести не так сложно. Расчёт стоимости на сегодняшний день такой: 661 руб. — на оплату труда, 2221 руб. — медикаменты, общая стоимость процедуры, т.е. с учётом дополнительных начислений, — 3663 руб. При этом стоимость лечения одной гинекологической боль-

ной на стационарзамещающей койке в системе ОМС на 2011 год составляет 3799 руб. — цена медикаментозного прерывания беременности вполне вписывается в эти рамки. Поэтому проводить медикаментозные аборты разрешено лечебным учреждениям, имеющим гинекологическую койку с утверждённым объёмом медицинской помощи. Представители ОМС, между прочим, очень хорошо приняли эту инициативу. Почему же путь к этому был таким долгим? Для перемен недоставало утверждённого на государственном уровне клинического протокола выполнения медикаментозного аборта, а выручила нас медицинская

Дискуссия [выдержки]

ЦЕНА БЕЗОПАСНОСТИ

На вопрос из зала о том, сколько же стоят препараты для медикаментозного аборта, ответила **Наталья Виоленовна Любченко, ООО «Штада Маркетинг»**. Она сообщила, что мнение о крайне высокой стоимости препаратов для медикаментозного аборта устарело. Впервые ввезённые в Россию «французские таблетки» действительно стоили примерно \$300 за упаковку мифепристона, не считая мизопростала. Однако в наши дни врачи напрасно судят о цене медикаментов для медикаментозного аборта по стоимости медицинской услуги в коммерческих медицинских центрах: расходы на препараты составляют 10–20% от этой суммы. Так, цена на препараты компании «Штада Маркетинг» для медикаментозного прерывания беременности такова: миропристон — 1550 руб. (3 таблетки по 200 мг), «Миролют» — 250 руб. (4 таблетки по 200 мкг). Поскольку «Миролют» внесён в список жизненно важных лекарственных средств, его стоимость не может быть выше зарегистрированной. Компанией разработана система скидок и дополнительных сервисных услуг, заметно снижающая затраты на фармацевтическую продукцию.

ВРАЧИ ДЕЛЯТСЯ ОПЫТОМ

Людмила Алексеевна Несвячёная, главный акушер-гинеколог Приморья (Владивосток): Оказалось, что убедить фонд ОМС ввести медикаментозный аборт в программу госгарантий не

так просто. Страховщики попрекают тем, что всё обследование беременных, включая TORCH-комплекс, уже сделано бесплатным, дескать, многого хотим. Мы пошли другим путём, начав собирать и оценивать статистические данные. В 2003 году в период лицензирования все муниципальные учреждения здравоохранения и государственные ЛПУ обязали отчитываться. Начиная с 2004 года все лечебные учреждения, занимающиеся абортами, присылали отчёты в Департамент здравоохранения по расширенной форме 13. Дополнительная графа детально описывала реабилитацию и назначение контрацепции после аборта. Пять лет мы работали с этими отчётами в ежемесячном режиме, 2 года назад перешли на ежеквартальный, а с 2011 года документы получаем ежегодно. Данные довольно точны, мы организуем проверки, как самостоятельные, так и по жалобам.

Практикующий акушер-гинеколог, перинатальное под- ростковое отделение (Чебоксары): Уже говорили о том, что тариф в разных регионах разный. У нас на стационарную процедуру хирургического прерывания беременности учреждение получает от фонда ОМС 1071 руб. Если это дневной стационар, вычитается ещё 25% от этой суммы. Соответственно, даже при самой низкой стоимости трёх таблеток мы не влезем ни в какие параметры. Если будет внесена поправка насчёт 200 мг вместо 600 мг, может быть, мы как-то ещё уложимся. Как ни крути, с фондом ОМС нужно разговаривать языком цифр.

Альбина Павловна Фокина, главный врач Городской больницы №4 (Красноярск): У нас этот вопрос пока находится в зачаточном состоянии, медикаментозные аборты производят в частных медицинских центрах, а мы сталкиваемся



с результатами. Подготовка врачей, работающих в практическом здравоохранении, недостаточна, но есть больница на 400 коек, включая гинекологические, а значит, есть возможность в будущем изменить ситуацию к лучшему*.

Проф. Татьяна Симоновна Качалина (Нижний Новгород): Медикаментозный аборт в Нижегородском регионе производится с 2003 года. В проведенных научных исследованиях по сравнению методики медикаментозных абортов при ранних сроках беременности получено очень хорошее обоснование, связанное с отсутствием воспалительных осложнений. Мы получили интересные сведения о не влиянии процедуры на местный иммунитет и микробиоценоз.

Организаторы здравоохранения знают о том, насколько важен медикаментозный аборт, но внедрить методику, к сожалению, никак не получается. На отчетном совещании с губернатором я просила о возможности внедрить медикаментозный аборт хотя бы для подростков и для первобеременных, но до сих пор никакого ответа от администрации. Врачи информированы, обучены этому методу, результаты неплохие...

МОТИВАЦИИ И ФОБИИ

Проф. Елена Анатольевна Сандакова (Пермь): Наша кафедра акушерства и гинекологии ФПК обучает заинтересованных врачей методике медикаментозного аборта. Какова мотивация врачей, желающих обучиться этой технологии? В первую очередь это желание заработать, материальная

заинтересованность врача. Идеи государственного значения о необходимости снижения количества абортов в стране интересуют его гораздо меньше.

Наша кафедра подала в законодательное собрание проект по снижению числа абортов в Пермском крае весной 2011 года, судьба его до сих пор неизвестна. Если проект состоится, у нас тоже будет внедрён бесплатный медикаментозный аборт для населения, в первую очередь для подростков.

Татьяна Владимировна Комаровская, практикующий врач, кабинет планирования семьи (Пермь): Всем решившимся на аборт я обязательно рассказываю о вариантах прерывания беременности, о медикаментозном методе; в результате примерно треть женщин готовы изменить своё решение о хирургическом аборте. Однако, забирая результаты анализов у участкового врача, мы сталкиваемся с невероятной «медикаментозной фобией»! «...Осложнений-то сколько, кровотечений! Да ты что, на тебе просто зарабатывают!» И всё. Возвращается ко мне только треть. А осложнений практически нет, подтверждают мои коллеги из гинекологического стационара, от меня к ним никто не попадает. Да, отвечаю пациенткам по телефону в любое время суток, в выходные, отовсюду. <Аплодисменты.>

Проф. Ирина Дмитриевна Евтушенко, зам. председателя Думы г. Томск: Вполне удовлетворена услышанным на семинаре. У меня создалось впечатление, что в регионах, где руководитель — личность, все проблемы пусть с боем, но решаются. А если руководитель слабоват, тогда новые технологии буксуют.

* В Красноярске медикаментозный аборт вошёл в программу госгарантий в начале 2012 года.

технология фармакологического прерывания нежелательной беременности, утверждённая Росздравнадзором.

Для успеха медикаментозного аборта важна **подготовка специалистов**. С 2002 года в области проведено четыре семинара, сертифицировано 220 специалистов, а это четверть всех акушеров-гинекологов. Важно, что, внедряя в практическую работу медикаментозный аборт, нельзя допустить дискредитации метода, следует сделать его важным разделом медицинской помощи. Врачебная общественность «за», фонд ОМС «за», Минздравсоцразвития «за», социальная защита «за». В работе по снижению количества абортов мелочей нет.

Сделать аборт редкой и безопасной операцией поможет широкомасштабное репродуктивное просвещение подростков и молодёжи в сочетании с повсеместным внедрением технологий неинвазивного вмешательства — медикаментозного аборта.

Модератор: С трудом представляю себе чиновника, который устоит перед напором Ольги Петровны! Всем бы не помешал такой организатор в здравоохранении для продвижения передовых идей и технологий.

Тюменская область

Непросто подсчитать реальное количество абортов в Тюменской области. Есть официальные данные о 12 668 абортах в 2010 году (родов — 22 тыс.); предполагаемая реальная цифра абортов с учётом ведомственных, федеральных и частных клиник составляет примерно 17–18 тыс.! Разница — в неучтённых мини- и медикаментозных абортах. До сих пор не удалось наладить получение статистических данных об абортах, проводимых в частных медицинских центрах, это всегда оставалось большой сложностью.

С 2006 года в Тюменской области число родившихся превышает число прерываний беременности. Показатель числа абортов на 1000 женщин фертильного возраста в Тюменской области снижается: он выше, чем общероссийский, но ниже, чем в целом по Уральскому федеральному округу. В 2011 году на 1000 женщин фертильного возраста в Тюменской области

Ирина Ивановна Кукарская,

канд. мед. наук, главный внештатный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Тюменской области, главный врач Тюменского перинатального центра, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии, член правления Российского общества акушеров-гинекологов (Тюмень)



приходилось 33 аборта, при этом доля медикаментозных составила 39%, что совсем неплохо.

Показатель прерывания первой беременности снизился с 14 до 9% в 2005–2010 годах. **Число абортов у девушек-подростков** младше 18 лет снизилось **го 7,4%**, что ниже, чем в целом по РФ (9,6%). Все прерывания беременности у юных происходят в областном перинатальном центре Тюмени. У девушек младше 18 лет 95% вмешательств выполняется в срок до 12 нед.

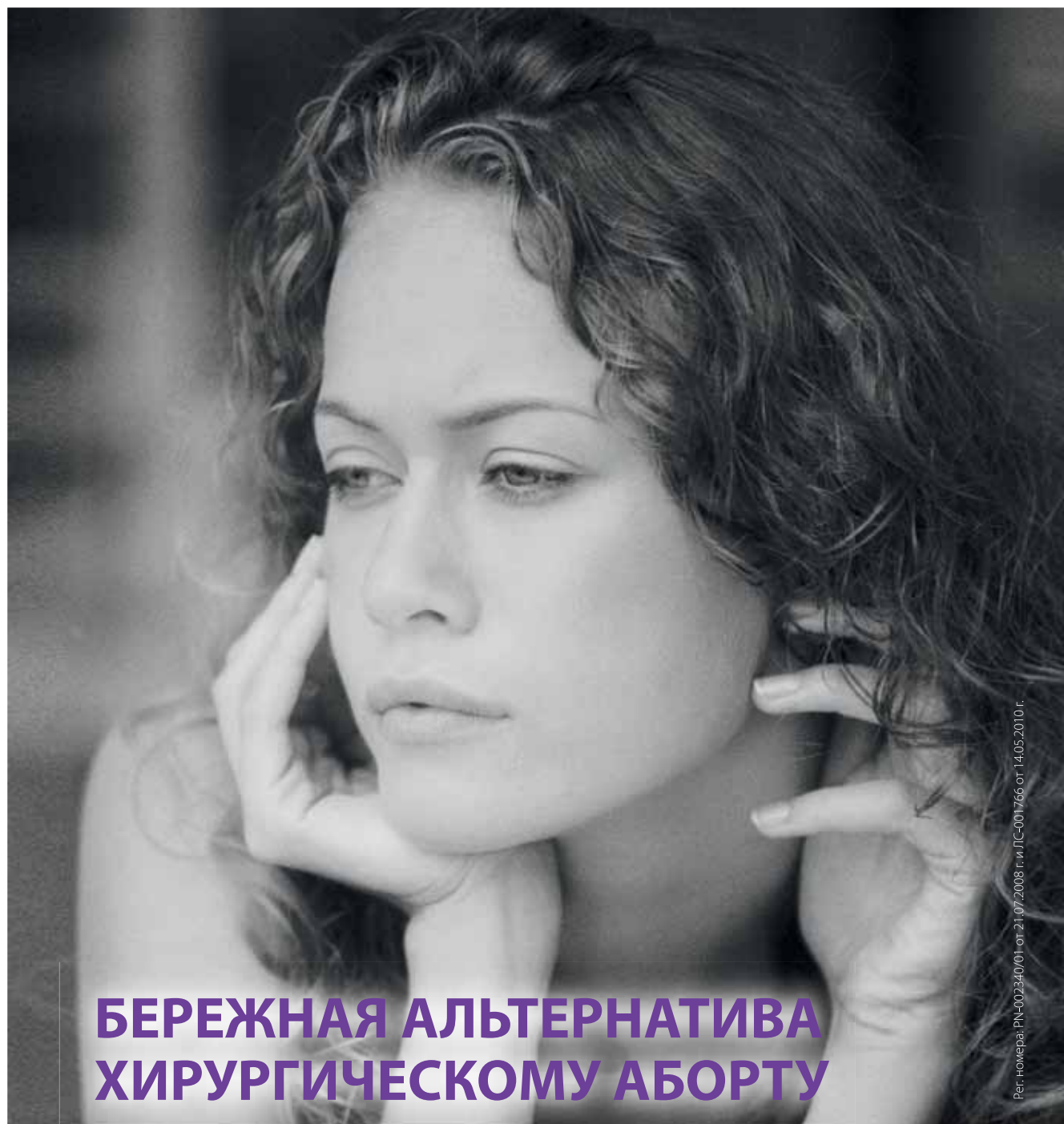
Однако доля медикаментозных вмешательств в структуре абортов у подростков Тюменской области в 2008–2009 годах составляла лишь 1,1–1,4%, поскольку стоимость услуг в негосударственных клиниках достигала 8100–20 000 руб., а фонд ОМС такой вид услуг не оплачивал. Расчётная стоимость аборта по тарифу территориальной программы ОМС составила 3460 руб., а затраты на проведение медикаментозного аборта в Тюменской области — 4656 руб.

Бесплатный медикаментозный аборт для девушек младше 18 лет был утверждён территориальной программой государственных гарантий Тюменской области на 2010–2012 годы. Именно после этого областной перинатальный центр взял на себя работу по обеспечению подросткам Тюменской области доступа к этой **щадящей** технологии прерывания беременности до 42 дней задержки менструации. Доля медикаментозных абортов у подростков в 2011 году достигла 31%. Интересно, что за прошлый год ни у одного подростка осложнений медикаментозных абортов не было!

Были созданы **методические рекомендации** для акушеров-гинекологов «Новые возможности акушерской гинекологической практики с использованием препаратов мифепристон и мизопростол» (утверждены в Тюменской медицинской государственной академии). В областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями организовали **систему послеабортной реабилитации**, в том числе для подростков после медикаментозного аборта в сроке до 12 нед. Курс реабилитации после аборта тоже удалось ввести в систему ОМС. Региональный стандарт оказания медицинской помощи в Тюменской области методом медикаментозного аборта был утверждён в 2009 году. В нём речь идёт о возможности медикаментозного аборта до 42 дней, противоречий с официально разрешённой медицинской технологией нет.

Данные проведённого в Тюмени анкетирования акушеров-гинекологов показывают, что в 2008 году медикаментозный аборт применяли 70% врачей, а в 2011 году этот показатель превысил 90%. По мнению акушеров-гинекологов, сложности при внедрении медикаментозного аборта были связаны с обучением. Сейчас многие врачи считают, что потребности в подготовке медперсонала уже нет, зато нужно информировать население и снижать цену процедуры.

Таким образом, медикаментозный аборт именно у подростков отражает стратегию внедрения, развития, отработки технологий по охране репродуктивного здоровья населения в регионе. **SP**



БЕРЕЖНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ АБОРТУ

Рег. номера: РН-002340/01-от 21.07.2008 г. и ЛС-001766 от 14.05.2010 г.



ООО «Штада Маркетинг», 119017, г. Москва,
ул. Б. Ордынка, 44, стр. 4, тел.: (495) 783-13-03

www.pharmabort.ru

Во избежание ситуации, при которых аборт является необходимым, используйте контрацепцию.

The background is an abstract, painterly composition. It features a central circular area that resembles a lens or a window, through which a bright blue sky with white clouds is visible. This central area is surrounded by thick, expressive brushstrokes in shades of green, yellow, and white, creating a sense of depth and movement. The overall effect is that of a stylized, artistic representation of a natural scene.

StatusPraesent

опе
рати
ОН
ная

рождение в рубашке

Кесарево сечение при недоношенной беременности



Автор: Фарид Ильдарович Фаткуллин,
канд. мед. наук, зав. отделением патологии
беременных Городской клинической больницы
№7 г. Казани, ассистент кафедры акушер-
ства и гинекологии Казанского государственно-
го медицинского университета (Казань)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

По информации национального руководства «Акушерство» [2009], частота преждевременных родов в развитых странах составляет 6–10%¹. Таким образом, в России за 2010 год должно было родиться примерно 175 000 недоношенных. Тем не менее данные нашей статистики предлагают другие цифры — лишь 5%, в 2 раза меньше. Это наводит на печальные мысли об извращении статистики, «перебросах» детей с массой более 1 кг в пресловутые 980 г. Как иначе объяснить, что во всех развитых странах число преждевременных родов значительно больше, чем в России?

Тем временем наши коллеги в США заявляют о полумиллионе недоношенных детей ежегодно, и уход за ними уносит из бюджета \$26 млрд в год³. Более половины (до 60%) детей, умерших в перинатальный период, составляют именно недоношенные⁴. А из выживших новорожденных здоровыми оказываются не более 10–25%². Конечно, с каждым годом младенческая смертность постепенно сокращается, за что мы можем благодарить прогресс перинатальной службы (младенческую смертность за последние 5 лет удалось снизить на 30%^{*}). Однако может ли акушер улучшить исход заведомо неблагоприятных преждевременных родов?

Может. Многое зависит от методики родоразрешения.

Хрупкие создания

У маловесных недоношенных детей многие органы и системы ещё не сформированы окончательно, и это, конечно, не добавляет ребёнку устойчивости к внешним воздействиям. Поэтому частота родовых травм у новорожденных при преждевременных родах оказывается в 7 раз выше, чем при своевременных. К такому поло-

жению вещей сильно предрасполагают характерные черты недоношенных: относительно большая голова с преобладанием мозгового черепа, мягкие кости черепной коробки, открытые черепные швы, в том числе боковые роднички.

В головном мозге плода над головкой и телом хвостатого ядра расположен хрупкий **герминальный матрикс** (или субэпендимальный зародышевый слой), необходимый для формирования глии (опорных и питательных клеток головного мозга). После 30 нед беременности он истончается и почти полностью исчезает к 36-й неделе, но именно это образование — виновник большинства случаев внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных.

Позвоночные артерии также незрелы: они плотно прилегают к костным образованиям и легко сдавливаются при родах. При этом стимулируется симметрично расположенный в стенках артерий вертебральный гломус, призванный регулировать артериальный тонус. Результат — спазм артерий, а значит, недостаточное кровоснабжение верхних отделов спинного и базиллярной системы головного мозга.

На уровне мотонейронов сегмента С₄ спинного мозга расположен **спинальный**

* Выступление Светланы Медведевой на Первом Международном форуме «Пути снижения младенческой смертности: российский опыт» («Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», 11.10.2011 г.).

дыхательный центр, и поражение этого отдела (гипоксия или чрезмерное возбуждение вследствие компрессии) приводит к дыхательным расстройствам у новорождённого*.

Кровеносная система головного мозга плода испытывает нагрузки не только при прохождении по родовому каналу, но даже в процессе извлечения из полости матки при абдоминальном родоразрешении**. Опасности для плода, которые с этим сопряжены, требуют, чтобы ведение преждевременных родов было максимально бережным.

На сроках 28–34 нед гестации роды через естественные родовые пути проводят только у 25% беременных — это возможно в случаях, не осложнённых серьёзными экстрагенитальными или акушерскими состояниями. Большинство беременностей на указанных сроках (75%) завершаются всё-таки кесаревым сечением в плановом или, что гораздо хуже, в экстренном порядке***.

Известно, что абдоминальное родоразрешение менее опасно для плода, однако полностью не исключает возможности повреждений. В этом контексте такая модификация кесарева сечения, при которой извлечение ребёнка из полости матки осуществляется **в целом плодном пузыре**, обеспечивающем своеобразную механическую защиту, оказывается значительно безопаснее традиционного способа. При низкой и очень низкой массе плода, как правило, извлекать его в плодном пузыре нетрудно; при этом рука акушера с головкой плода напрямую не соприкасается. Рождение головки происходит в условиях «гидравлической защиты» околоплодными водами. При такой методике полностью исключены тракции за головку, чреватые избыточной нагрузкой на позвоночник ребёнка. Кроме того, риск повреждения плода скальпелем, по сводным мировым данным составляющий около 2%, сводится к минимуму.

[Время операции при извлечении в целом плодном пузыре увеличилось на 3 мин (особенности доступа и отслаивание пузыря), что никак не сказалось на состоянии матери и новорождённого.]

Методика, применявшаяся в нашем исследовании, такова. Если планируется кесарево сечение с извлечением недоношенного ребёнка в плодных оболочках, то следует приложить максимум усилий, чтобы сохранить целостность плодного пузыря во время выполнения разреза на матке. После лапаротомии (по Джоэл-Кохену или Пфанненштилю) скальпелем рассекают матку на 1–2 см до плодных оболочек, не повреждая их, затем ножницами дугообразно продолжают доступ в поперечном направлении под контролем двух пальцев, введённых между

стенкой матки и оболочками, на длину, достаточную для извлечения плода. При очень ранних преждевременных родах (22–27 нед) и несформированном нижнем сегменте оправдан продольный истмико-корпоральный разрез матки. Последующие этапы операции:

- осторожно отслаивают плодный пузырь от стенок матки рукой;
- выводят головку плода из полости матки, бережно и плавно надавливая на дно матки через переднюю брюшную стенку;
- извлекают плод в целом плодном пузыре до плечевого пояса или целиком;
- вскрывают оболочки и пересекают пуповину.

Состояние здоровья новорождённых

Сравнительный анализ двух различных способов оперативно-го родоразрешения — традиционного и с извлечением в целом плодном пузыре — был основан на оценке последствий для ребёнка. Исследование охватило 80 младенцев, рождённых в 28–36 нед беременности; из них 40 были извлечены в целом плодном пузыре (основная группа) и 40 появились на свет путём традиционного кесарева сечения (контрольная группа). Последние были подобраны ретроспективно по принципу «случай—контроль».

В контрольную группу новорождённых подбирали соответственно основному диагнозу, сроку беременности, массе тела, учитывали, была ли проведена профилактика синдрома дыхательных расстройств, применялся ли эндотрахеально сурфактант. **Критерии включения** в исследование: срок беременности 28–36 нед, масса плода от 1000 до 2500 г, целый плодный пузырь, головное предлежание. **Критерии исключения:** I или II период родов (экстренные случаи кесарева сечения), тяжёлая гипоксия плода, многоводие, полное предлежание плаценты, тотальная отслойка плаценты.

В целом плодном пузыре было извлечено 19 новорождённых с массой тела 1000–1499 г и 21 — с массой 1500–2500 г. Новорождённых с массой тела менее 1000 г ни в одной группе не было.

Показания к кесареву сечению в группах не различались: гестоз (по 22 беременных), частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (по 10 беременных), несостоятельность рубца на матке (по четыре), преждевременное излитие околоплодных вод (по четыре), миопия высокой степени при преждевременных родах и задержка роста плода 2-й степени (по одной пациентке).

Клинические методы исследования включали общую оценку статуса новорождённого по шкалам Сильвермана и Апгар,

* SP: Мало того, недоношенный высокой степени незрелости может быть травмирован даже простым прикосновением рук хирурга. Уровень стресса для ребёнка колоссальный, поскольку первой в эмбриогенезе развивается нервная система, и рецепторы, в том числе болевые, к моменту рождения развиты гораздо больше, чем другие ткани, включая кожу. Так что новорождённый представляет собой настоящий «оголённый нерв».

** См. статью «Отношение акушеров к новорождённому — парадокс и его последствия. Эссе» на стр. 68.

*** Особенности родоразрешения при недоношенной беременности можно будет обсудить на очередном Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» в Сочи 8–11 сентября 2012 года.



Рис. 1. Полость матки рассечена. Через разрез виден целый плодный пузырь.

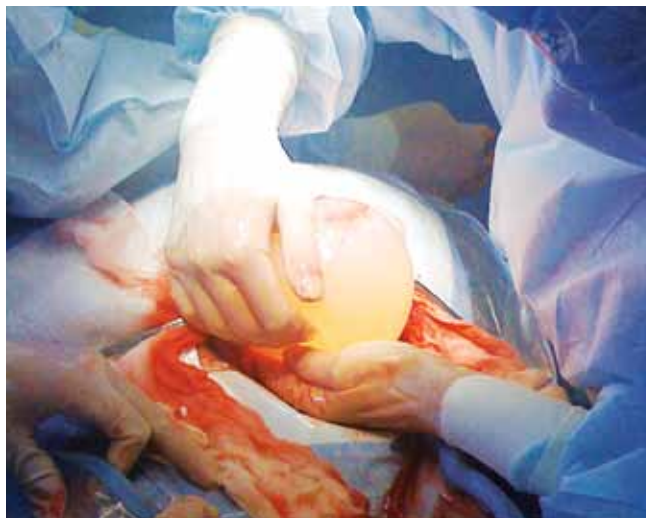


Рис. 2. Осторожно тупым методом отслаивают плодный пузырь от стенок матки. Выводят головку плода.



Рис. 3. Выводят плод тазовым концом, стараясь не повредить плодные оболочки.



Рис. 4. Выводят плод головным концом, бережно отслаивая плодные оболочки.



Рис. 5. Плод извлечён в целых плодных оболочках.



Рис. 6. Плодные оболочки вскрыты. Пуповина пересечена.

определение неврологического статуса. Также исследовали глазное дно и с помощью нейросонографии анализировали мозговой кровоток.

Время от начала операции до извлечения ребёнка в целом плодном пузыре составляло в среднем 7 мин (при традиционной методике — 4 мин), что связано с особенностями доступа и с отслаиванием плодного пузыря от стенок матки. Тем не менее в условиях регионарной анестезии дополнительные 3 мин никак не сказывались на состоянии матери и новорождённого.

Характеристики основной и контрольной групп

Группа	Срок гестации		
	28–30 нед	31–33 нед	более 34 нед
Основная	8 (20%)	22 (55%)	10 (25%)
Контрольная	9 (22,5%)	21 (52,5%)	10 (25%)

Состояние новорождённых в обеих группах

Основная группа (извлечение в целом плодном пузыре)	Контрольная группа (традиционное извлечение)
Интраперивентрикулярные кровоизлияния, частота и степень тяжести	
25% (у 10 детей из 40) • III степень тяжести — ни одного случая; • II — у восьми; • I — у трёх	80% (у 32 детей из 40) • III степень — у одного младенца; • II — у 24; • I — у трёх
Церебральная ишемия, частота и степень тяжести	
70% • III степень тяжести — ни одного случая; • II — у 16; • I — у 10	75% • III степень тяжести — у 10 детей; • II — у 20; • I — у шести
Длительность респираторной поддержки, сут	
5,56 ($\pm 3,44$)	8,59 ($\pm 3,92$)
Длительность выхаживания, сут	
Первый этап 8,3 ($\pm 4,48$) Второй этап 21,3 ($\pm 12,3$)	Первый этап 12,8 ($\pm 5,07$) Второй этап 30 ($\pm 12,7$)
Не держали головку к 4 мес, %	
51,1	78,6
Не могли сидеть к году, %	
10,7	17,9
На учёте у разных специалистов на втором году жизни, %	
Рождённые в 28–33 нед — 35,7 В 34–36 нед — 16,7 (на учёте у невролога)	Рождённые в 28–33 нед — 53,6 В 34–36 нед — 50 (на учёте у невролога)
Частота госпитализаций, число случаев на одного ребёнка	
До года — 2 На втором году жизни — 1,17	До года — 2,5 На втором году жизни — 1,67

По данным неврологического обследования, у всех недоношенных новорождённых были отмечены признаки перинатального поражения центральной нервной системы, однако их выраженность в основной и контрольной группах была различной. В основной группе отсутствовали такие грубые клинические нарушения, как двусторонняя пирамидная недостаточность, рубральный тремор. Также в основной группе синдром спастического и смешанного тетрапареза диагностировали в единичных случаях, тогда как в контрольной группе — значительно чаще.

При сравнении здоровья детей от момента рождения до 2 лет по всем параметрам в основной группе результаты оказались значительно лучше (см. таблицу). Частота перивентрикулярных и внутрижелудочковых кровоизлияний у детей, рождённых в целом плодном пузыре, **оказалась в 3,5 раза ниже, чем у новорождённых из группы контроля!** При этом по тяжести указанных кровоизлияний дети из основной группы были также гораздо благополучнее. То же можно сказать и о выраженности ишемии головного мозга: III степень церебральной ишемии была выявлена у 25% детей группы сравнения при 0% в основной группе. Все случаи ишемии головного мозга, зафиксированные в основной группе, были I и II степеней. Рожённым в целом плодном пузыре длительная респираторная поддержка была нужна примерно на 3 дня меньше, чем после традиционного абдоминального родоразрешения. Средняя длительность пребывания на первом этапе выхаживания различалась более чем на 3 дня, а на втором — более чем на 4.

Заболеваемость детей, извлечённых в целом плодном пузыре, была ниже. И хотя к годовалому возрасту здоровье детей группы сравнения стало несколько крепче, однако и к тому времени им не удалось «догнать» основную группу. На первом году жизни на учёте у специалистов в основной группе из 28 детей, рождённых в 28–33 нед, состояли 22 ребёнка, причём два — с диагнозом «детский церебральный паралич», один — «миастения», один — «эпилепсия», три ребёнка — с диагнозом «ретинопатия недоношенных». В группе контроля до года на учёте находились 27 детей (рождённых в 28–33 нед): четыре ребёнка с диагнозом «детский церебральный паралич», один — «миастения», два — «эпилепсия». Имели нарушения зрения пять младенцев. Чаще всего детей приходилось госпитализировать по поводу заболеваний органов дыхания и нарушений неврологического статуса.

[Частота перивентрикулярных кровоизлияний у детей, рождённых в целом плодном пузыре, оказалась в 3,5 раза ниже, чем у новорождённых из группы контроля!]

Оценка параметров развития детей, рождённых в 34–36 нед беременности (по 12 в каждой группе), показала следующее. К году жизни отставали в физическом развитии (имели низкие росто-весовые показатели) по четыре ребёнка в каждой группе, у остальных детей (66,7%) отмечен

удовлетворительный уровень развития. Ко второму году жизни на учёте у невропатолога состояли только два ребёнка (16,7%) основной группы (в том числе один случай гидроцефального синдрома) против шести детей (50%) группы сравнения (в том числе один случай спастического тетрапареза и два — гипертензионно-гидроцефального синдрома).

Таким образом, методика родоразрешения, которая занимает у акушера всего на 3 мин больше времени, чем традиционная, имеет множество благоприятных отдалённых последствий! Очевидно, что извлечение плода в целом плодном пузыре при недоношенной беременности гораздо безопаснее для ребёнка, чем традиционный способ, и позволяет успешнее реабилитировать недоношенных и даже — работа на перспективу! — снижать частоту их инвалидности.

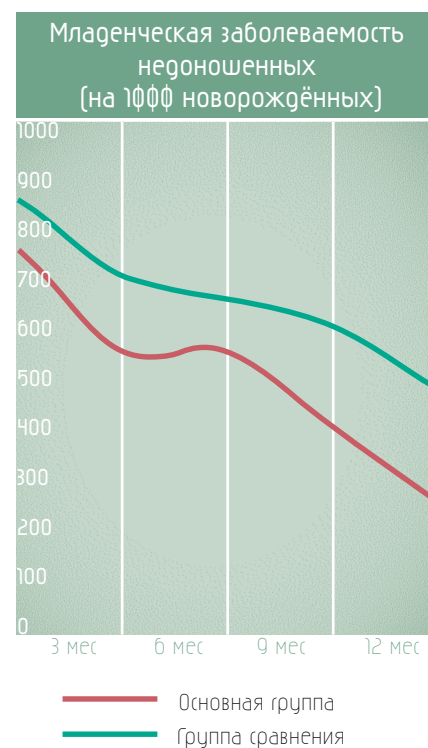


Современные психологи и многие врачи полагают, что момент рождения накладывает глубокий отпечаток на всю последующую жизнь. И это действительно так — перед нами конкретные цифры. Кесарево сечение с извлечением плода в целом плодном пузыре более благоприятно как для ближайших, так и для отдалённых прогнозов здоровья детей.

Конечно, даже наиболее безопасно проведённое кесарево сечение не может быть панацеей для недоношенного ребёнка, организм которого ещё слишком незрелый, а адаптационные способности низкие. Ателектазы лёгких, респираторный дистресс-синдром, гипоксия, другие состояния, свойственные недоношенности, — всё это во многом определяет состояние такого новорождённого и необходимость терапевтических мероприятий. И здесь крайне важен весь комплекс профилактических, лечебных, хирургических, реанимационных и реабилитационных мероприятий, и в том числе правильное ведение преждевременных родов.

Как бы то ни было, именно акушер-гинеколог способен уменьшить повреждающее воздействие интранатальных и интраоперационных факторов и внести весьма существенный вклад в здоровье будущих поколений. С этой целью и была разработана эта изящная, бережная для ребёнка операция.

В 2012 году с внедрением **новых стандартов выхаживания недоношенных детей (приказ №1687)** — учёта новорождённых массой от 500 г (от 22 нед гестации) — ответственность врачей возрастает. И поэтому улучшенная модификация кесарева сечения обязательно придётся к месту. Преждевременные роды — зона риска,



и работать в ней должны настоящие профессионалы, которые постоянно повышают своё мастерство. Пора осваивать новую методику. **SP**

Библиографию см. на стр. 86—87.

Сказку сделать былью

В народе существует поверье, что «рождённому в рубашке» в жизни всегда будет сопутствовать удача. В прежние времена считалось невероятным везением, если во время родов плодные оболочки не разорвались, а ребёнок при этом умудрился не погибнуть от гипоксии. (Неудивительно, ведь в ту пору ещё ничего не знали об амниотомии...) Тогда

казалось, что, если уж такой рубеж преодолен, никакие напасти больше не страшны!

Но сегодня «рубашка» действительно может оказаться счастливым решением для множества новорождённых — при недоношенной беременности, когда требуется кесарево сечение.



© Tamara Kulkova/Фотобанк Лори



кесарево сечение в XXI веке: НОВЫЕ ОТВЕТЫ*

О парадигме безопасности для врача и пациентки



Автор: Яков Григорьевич Жуковский,
заслуженный врач РФ

Копирайтинг: Хильда Юрьевна
Симоновская

Кесарево сечение — самая распространённая из крупных операций как во всём мире, так и в России: в 2016 году в нашей стране оперативным путём завершилось до 21% беременностей, а в Ивановской и Тульской областях этот показатель достиг 28% — почти 400 000 операций в год! Однако абдоминальное родоразрешение никак нельзя считать безопасной процедурой. На сегодня в развитых странах её осложнения регистрируют в 27–30%¹, а тяжёлые нарушения возникают у каждой 10-й пациентки! Кроме того, перенесённая операция неблагоприятно сказывается на всех дальнейших репродуктивных событиях в жизни женщины².

Основные риски кесарева сечения связаны с гистеротомической травмой матки. Повреждение анатомической целостности стенки органа на значительном протяжении может приводить к разбалансировке жизненно важных механизмов, обеспечивающих благополучный исход родов и гладкое течение послеродового периода. Наиболее часто в результате кесарева сечения нарушаются **внутриматочный гемостаз** и **дренирование матки**. Именно «поломка» этих двух механизмов значи-

тельно повышает частоту **геморрагических и гнойно-септических осложнений** в сравнении с исходами родов через естественные родовые пути³.

Подводные камни «верхнего пути»

На фоне длительного воспалительного процесса в матке после оперативного родоразрешения в области шва образуется

* Статья публикуется в порядке дискуссии (прим. глав. ред.).

рубцовая ткань. При последующих беременностях это может привести к чрезвычайно опасным акушерским ситуациям — *placenta praevia/accreta*⁴; также возможна несостоятельность рубца на матке, что в перспективе серьёзно повышает материнский и неонатальный риск.

Мировое акушерско-гинекологическое сообщество встревожено чрезмерной увлечённостью кесаревым сечением как пациенток, так и врачей*. И в первую очередь специалистов беспокоит частота тяжёлых осложнений, сопутствующих этому способу родоразрешения.

В статистических данных по США особое внимание привлекает рост числа кесаревых сечений — с 5,8% в 1970 году до 32,3% в 2008 году⁵. Причём «мода» на оперативные родоразрешения не привела к заметному снижению неонатальной заболеваемости или улучшению материнского здоровья. Напротив, с 1998 по 2004 год материнская смертность в США увеличилась с 10 до 14 на 100 тыс. родов вследствие учащения *placenta accreta* (преимущественно на фоне множественных гистеротомических рубцов) и акушерских кровотечений. Исследователи призывают делать меньше первичных кесаревых сечений, решаться на вмешательство лишь по абсолютным показаниям и расширять возможности самостоя-

тельных родов у женщин с рубцом на матке, особенно при имеющихся репродуктивных планах пациентки⁶.

Весьма интересны результаты работы, проведённой в стенах Калифорнийского университета (март 2011 года)⁴. Допустив, что динамика роста числа оперативных родоразрешений в ближайшие годы не изменится, авторы рассчитали акушерские показатели для 2020 года. Оказалось, что к этому сроку в США больше половины детей будут рождаться «кесарятами» — 56,2%. А частота акушерских осложнений, ассоциированных с рассечением матки, увеличится на 6236 дополнительных случаев *placenta praevia*, на 4504 случая *placenta accreta* и на 130 материнских смертей в год по сравнению с нынешними показателями. Незавидная перспектива!

Обходные манёвры

Необходимость отказа от «лишних» кесаревых сечений не вызывает сомнений у прогрессивных акушеров-гинекологов. Однако этого недостаточно. Как улучшить прогноз для тех родоразрешений, когда без оперативного вмешательства обойтись не удастся? Ответ очевиден — **необходимо совершенствовать методику кесарева сечения** для повышения безопасности хирургии в акушерстве.

Что касается общепринятой в наши дни оперативной техники кесарева сечения, то с точки зрения профилактики наиболее тяжёлых осложнений в ней имеется серьёзный дефект: **после удаления последа матку сразу ушивают**. А между тем, зная выверенную статистику грядущих осложнений, это несколько непредусмотрительно.

Именно после ушивания в матке могут стартовать различные патологические процессы, обуславливающие материнскую заболеваемость и смертность. В первую очередь речь идёт об осложнениях: послеродовое кровотечение (9–13%), послеродовый эндометрит (5–27%), несостоятельность швов, перитонит, сепсис. В долгосрочной перспективе — при последующих беременностях — к этому перечню могут добавиться разрыв матки по рубцу, предлежание плаценты, плотное прикрепление или врастание плаценты и др.⁸

Кровотечение во время кесарева сечения отличается коварством — у хирурга нет возможности своевременно (после ушивания матки до окончания операции) диагностировать это осложнение, поскольку пациентка накрыта простынёй и промежность недоступна осмотру. А запоздалая диагностика может привести к тяжёлым последствиям для женщины. Бывает, что первой замечает кровотечение санитарка, следящая за чистотой пола во время операции.

Между тем на этапе, когда матка уже опорожнена, но ещё не ушита, очень недолго сохраняется исключительная возможность свободного (и асептического!) доступа в полость органа через разрез его стенки, чем целесообразно воспользоваться для профилактики осложнений. Это особенно важно при ведении пациенток из группы повышенного риска по кровотечению и эндометриту. А подобных ситуаций не так уж и мало: это предлежание плаценты, антенатальное кровотечение, ане-

[Просто ушить матку при наличии факторов риска осложнений — примерно как закрыть дверь порохового склада при тлеющем фитиле.]



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

мия, преэклампсия, затяжные роды, крупный плод, двойня, ожирение, хориоамнионит, сахарный диабет, длительное применение утеротоников и т.д. Просто ушить матку в этих случаях — примерно как закрыть дверь порохового склада при тлеющем фитиле. С высокой долей риска неприятности не заставят себя ждать.

К сожалению, общепринятая техника кесарева сечения не предусматривает никаких локальных воздействий на матку для предупреждения возможных послеоперационных осложнений. Однако возможность такой профилактики в настоящее время есть. И тут совсем не лишним будет вспомнить многолетний опыт, касающийся репрезентативного количества наблюдений с применением **управляемой баллонной тампонады** для лечения послеродового кровотечения **при самопроизвольных родах**⁹. Речь идёт о данных, полученных в Ханты-Мансийском автономном округе, Санкт-Петербурге, Волгоградской, Самарской и других областях. При атоническом кровотечении без ДВС-синдрома и повреждений родового канала эффективность управляемой баллонной тампонады очень высока (более 95%).

Веские основания имеются и для распространения методики баллонной тампонады **на абдоминальное родоразрешение**. Врачу следует не ждать осложнений (т.е. атонического кровотечения), а применять этот несложный способ **профилактически**, используя для асептического введения баллонного катетера уникальный доступ в полость матки — гистеротомический разрез. В Тюменском перинатальном центре, например, технология профилактического применения управляемой баллонной тампонады при кесаревом сечении уже внедрена, и результаты исследования с участием 51 пациентки свидетельствуют о высокой эффективности этого способа¹⁰.

Последовательность действий такова.

1. Вводят баллонный катетер в полость матки через гистеротомический разрез сразу после удаления последа. Трубку баллонного катетера ретроградно проводят последовательно через шейку матки, влагалище и снаружи соединяют с резервуаром (рис. 1).

2. Ушивают матку (рис. 2).

3. Незамедительно (сразу после наложения первого ряда швов) заполняют внутриматочный баллон тёплым (до 40 °С)

[Некровоточащая, свободная от некротических нежизнеспособных тканей и хорошо дренированная матка — главные условия неосложнённого течения послеоперационного периода!]

стерильным раствором под небольшим давлением (30–35 см вод.ст.) через резервуар, закреплённый на стойке той высоты, которая обеспечивает заданное давление.

4. Оценивают эффективность превентивного применения управляемой баллонной тампонады (рис. 3).

5. Ушивают переднюю брюшную стенку. Заполненный жидкостью баллон, соединённый с резервуаром, находится в полости матки в течение 2–3 ч послеоперационного периода.

6. Опорожняют баллонный катетер. Пустой баллонный катетер остаётся в матке ещё на несколько часов; если кровотечение возникнет или возобновится, то врач сможет повторно заполнить баллон раствором и остановить кровопотерю (рис. 4).

Таким образом, предлагается модифицировать классическую методику кесарева сечения. Новизна состоит во временном заполнении полости матки на несколько часов раннего послеоперационного периода инородным телом — тонкостенным эластичным силиконовым баллоном с несмачиваемой гладкой оболочкой.

Характеристики баллона таковы, что когда он расправляется, в матке не остаётся «мёртвых пространств», поскольку силиконовая оболочка по всей площади плотно прилегает к внутренней поверхности органа. Кроме того, баллон очень эластичен, что позволяет системе легко реагировать на любые изменения размеров полости матки, возможные в раннем послеоперационном периоде. Даже когда тонус матки динамично меняется, оболочка баллона сохраняет стабильное давление на всю внутреннюю поверхность органа в силу использования принципа «сообщающихся сосудов» между самим баллоном и его резервуаром.



Профилактическая управляемая баллонная тампонада при кесаревом сечении — реальная возможность бороться с двумя главными проблемами: **кровотечением и накоплением кровяных сгустков** (субстратом для возможного размножения микробных агентов). Также при этом врачу удастся сохранить первозданную стерильность полости матки. Именно такие условия необходимы для благоприятного течения послеоперационного периода, в связи с чем обновлённая техника кесарева сечения содержит большой лечебный и экономический ресурс.

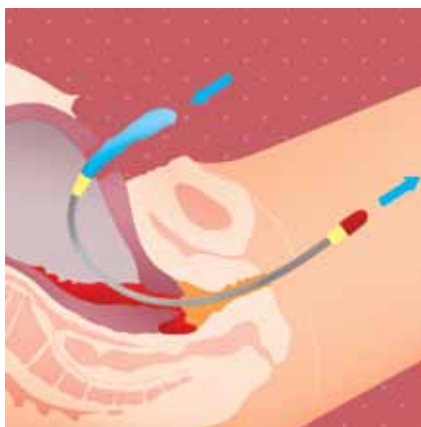


Рис. 1. Введение баллонного катетера в полость матки.

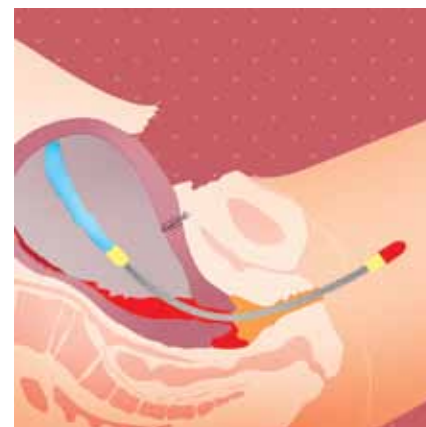


Рис. 2. Ушивание матки после введения баллона.

Послеродовое кровотечение

После полноценного опорожнения матки и надлежащего ушивания раны основным источником возможного кровотечения при атонии матки, как и при вагинальных родах, остаётся плацентарная площадка. Арсенал средств, предназначенных для остановки кровотечений, представлен способами хирургического гемостаза: компрессионные швы на матку → перевязка маточных сосудов → экстирпация. Безусловно, эти варианты нежелательны, агрессивны и травматичны для женщины.

Представим ситуацию, когда полость матки уже ушита и вдруг выяснилось, что «кровянистые выделения» из скудных становятся обильными. Что делать врачу? Классический путь — хирургический гемостаз, но не поздно ещё прибегнуть к управляемой баллонной тампонаде. Однако для установки катетера остаётся только трансвагинальный путь. Также не будем забывать, что роженица лежит на узком столе, со сведёнными и выпрямленными ногами, возможно, под наркозом и с открытой брюшной полостью. В таких условиях на интраоперационную баллонную тампонаду «по факту кровотечения» расходуется драгоценное время, а при продолжающейся кровопотере это очень существенно. К тому же соблюсти правила асептики при экстренном трансвагинальном введении катетера невозможно, и привнесённая в полость матки микрофлора на фоне патологической кровопотери создаёт дополнительный



Рис. 3. Заполнение внутриматочного баллона.

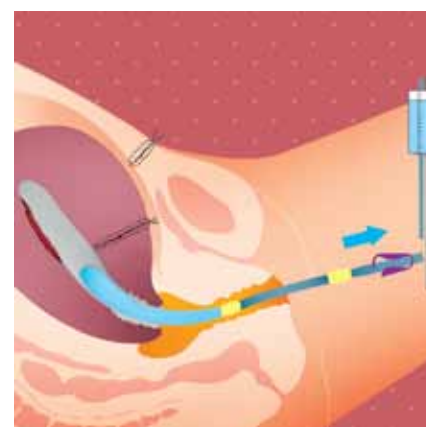


Рис. 4. Опорожнение и выведение баллонного катетера.

риск не менее грозных осложнений — гнойно-септических.

Вот почему выгоды именно **превентивного** применения обновлённой методики кесарева сечения очевидны.

Гематометра и сгустки крови

Кесареву сечению почти всегда сопутствует гематометра той или иной степени выраженности, что вполне объяснимо — ведь стенка органа рассечена, а отток затруднён за счёт перегиба матки, отёка в области шва, перекрывающего просвет полости, нарушения сократительной функции миометрия, спазма шейки и т.д. При яркой клинической картине (увеличение, напряжение и болезненность матки, а также жалобы на распирающие, схваткообразные боли) диагностика и тактика

очевидны. Однако не меньшее клиническое значение имеют стёртые формы гематометры после кесарева сечения.

Главное, что все эти препятствия физиологическому дренированию матки задерживают в полости нежизнеспособные некротические ткани — кровяные сгустки, раневой детрит, фрагменты децидуальной оболочки и др. Недостаточность дренирования способствует размножению бактерий, привнесённых извне (при пальцевом расширении цервикального канала, влагалищных исследованиях); происходит резорбция бактериальных и тканевых токсинов, инфекция быстро генерализуется.

В современных руководствах можно встретить такие рекомендации по профилактике гематометры: «...сразу после операции, на операционном столе, следует произвести влагалищное исследование, удалить сгустки крови из влагалища и, по возможности, из нижнего сегмента матки, провести туалет влагалища, что

Учение о ране

способствует более гладкому течению послеоперационного периода¹¹. Однако с точки зрения асептики данная рекомендация представляется спорной.

Существующая схема лечения послеродового эндометрита предусматривает не только антибиотикотерапию, но и хирургическую санацию полости матки (вакуум-аспирация, выскабливание, промывное дренирование антисептическими растворами и др.)¹². Обычно после этого наступает быстрое улучшение, что указывает на ведущую роль патологического содержимого органа в патогенезе послеродового эндометрита.

Предотвращение накопления сгустков крови и **перегиба матки** после кесарева сечения весьма перспективно для борьбы с инфекционными осложнениями. Следует помнить, что оптимальное дренирование матки — важное условие для формирования полноценного послеоперационного рубца.

Превентивная управляемая баллонная тампонада при кесаревом сечении предотвращает формирование гематометры. Даже если при ушивании раны в полости матки успеет образоваться некоторое количество сгустков, они будут фрагментированы и смещены во влагалище вдоль осевой трубки расправляющимся баллоном при его заполнении жидкостью сразу после восстановления целостности органа.

Механические свойства осевой трубки баллонного катетера, располагающегося по всей длине полости матки, служат опорой, предотвращая перегиб оперированной матки и обеспечивая оптимальное дренажное положение, необходимое для свободного оттока лохий.

Задумавшись о необходимости борьбы с осложнениями кесарева сечения, не следует забывать о том, какую роль в послеоперационном периоде играет гистеротомический разрез. Именно операционное рассечение матки, повреждающее её анатомическую целостность и нарушающее адаптационные возможности, содержит в себе опасность для здоровья и даже жизни пациентки.

Классические общехирургические законы ведения раны гласят следующее: необходимо удалить некротизированные, нежизнеспособные ткани с соблюдением правил асептики и антисептики, обеспечить тщательный гемостаз и **облитерировать «мёртвые пространства»** (карманы, затёки)¹³.

Однако во время кесарева сечения вопрос с «мёртвым пространством» остаётся нерешённым, ведь в данном случае «карманом» для ушитой гистеротомической раны оказывается **полость матки** сама по себе. Сохранить эту полость необходимо, её не ушьёшь и салником не облитерируешь!

Таким образом, что касается кесарева сечения, у хирурга остаётся лишь одна возможность ликвидации «мёртвого пространства» — нужно временно, обратимо и атравматично заполнить его «инородным телом». Оптимальными для профилактики послеродовых кровотечений характеристиками обладает отечественный баллонный катетер — новейшая современная разработка. Его задача — обеспечить полноценный окончательный внутриматочный гемостаз и дренирование полости матки.

Кроме того, его вполне возможно извлечь бережно, не повредив образовавшиеся в области послеоперационного шва и плацентарной площадки тромбы и не травмировав родовой канал, другими словами, удалить идеальным способом — *per vias naturales*. Проход опорожнённого баллона через шейку матки атравматически расширяет цервикальный канал и обеспечивает полноценный отток лохий.



В заключение — некоторые дополнительные соображения о целесообразности превентивной управляемой баллонной тампонады при кесаревом сечении. Как выяснилось, профилактика осложнений кесарева сечения с помощью управляемой баллонной тампонады чрезвычайно выгодна не только в плане прогноза, но также и с **экономической** точки зрения (см. ниже).

Для сегодняшнего этапа становления методики вполне приемлемо, чтобы решение о превентивном использовании управляемой баллонной тампонады во время кесарева сечения хирург принимал самостоятельно в каждом конкретном случае. Однако следует помнить, что рутинное профилактическое применение методики при абдоминальном родоразрешении экономически оправдано и соответствует основным постулатам страховой медицины, а именно — вектору профилактики. **SP**

Библиографию смотри на стр. 86–87

Как сэкономить 37 млн рублей

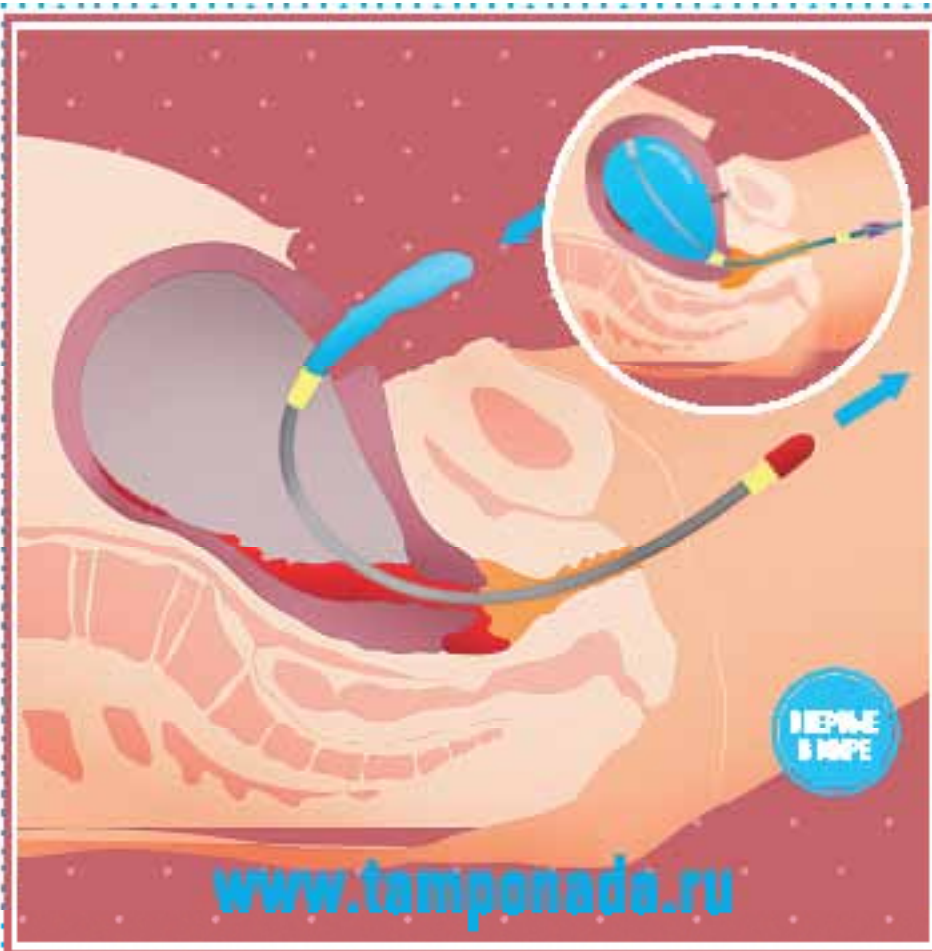
Предположим, что некоторое предприятие занимается деятельностью, связанной с определённым риском (например, выполняет кесарево сечение). Конечно, в **n%** случаев возникают известные, прогнозируемые осложнения. Траты предприятия на ликвидацию этих осложнений в год можно спланировать заранее — это сумма S_1 . Если же заниматься профилактикой этих осложнений, то траты тоже можно подсчитать — это сумма S_2 .

При расчёте годового баланса предприятия оказывается, что **сумма S_1 многократно превышает S_2** . Более того, чем больше операций, тем больше разница между S_1 и S_2 — это

сумма S_3 , которую можно сэкономить, просто проводя рутинную профилактику осложнений.

А теперь пример из жизни. После внедрения превентивной управляемой баллонной тампонады во время кесарева сечения расчётная сумма экономии (та самая сумма S_3) в Тюменской области составила 37 млн рублей (\$1,2 млн!). Такие данные были представлены областным акушером-гинекологом, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Кукарской И.И. на IV Научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 3–6 сентября 2011 года).

**Баллонная тампонада
при кесаревом сечении — эффективная,
безопасная, рентабельная профилактика
кровотечения и эндометрита**



Приказ №809н Минздрава России от 2 октября 2009 года.
Приложение №7. Стандарт оснащения родильного дома; родовой зал; № п/п 21
«АППАРАТ ДЛЯ МАТОЧНОЙ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ»



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»,
тел./факс: +7 (495) 788 7744

Фрунзенский ИВЗ «Гипа Мар»
г. Москва, Россия



Status Praesens

via
scien
tia
rum

фитотерапия XXI века: доказательства эффекта

Применение *Vitex agnus-castus* при различных формах мастопатии



Авторы: Надежда Ивановна Рожкова, докт. мед. наук, проф., засл. деятель науки РФ, главный маммолог Минздравсоцразвития РФ, руководитель Маммологического центра МЗ РФ, зам. директора по интервенционной радиологии РНЦРР, президент Российской ассоциации маммологов; Елена Валерьевна Меских, канд. мед. наук, старший научный сотрудник РНЦРР (Москва)

Копирайтинг: Хильда Юрьевна Симоновская

Отношение прогрессивной медицинской общественности к лекарственным препаратам на растительной основе сегодня можно разделить на две составляющие. Первая — позитивная: действенность активных веществ очень многих лекарственных растений доказана тысячами их традиционного применения и в наши дни подтверждена самыми достоверными научными исследованиями. Это позволяет рекомендовать фитотерапию в качестве профилактического средства, а также для лечения доброкачественных заболеваний.

Оборотная сторона — невозможность абсолютной стандартизации лекарственного сырья, что связано с чрезвычайной неоднородностью условий произрастания лекарственных растений (разные погодные условия, возможные экологические неблагоприятные факторы воздействия). А если есть риск опасных для здоровья примесей, то не правильнее ли будет отказаться от использования таких «лекарств» вовсе?

Проблему стандартизации лекарственного сырья удалось решить в последнее десятилетие XX века. Как часто бывает, этим вопросом занялся научно-производственный отдел одной из фармацевтических компаний, с 1933 года специализирующейся именно на фитотерапевтических средствах.

Была решена важнейшая задача — созданы условия для выращивания совершенно стандартных растений. Для этого была разработана почти философская **концепция фитониринга**: система выращивания совершенно одинакового растительного сырья и получения из него стандартных экстрактов (в экстрагировании также не обошлось без инноваций).

Весь процесс начинается с селекции семян растений и с подбора места для их выращивания. Жёсткие требования касаются в первую очередь стабильности погодных условий и идеальной экологической ситуации. Именно по-

этому основные плантации было решено разместить на острове Майорка (что и началось с 1990 года). Климат здесь летом сухой и жаркий — значит, растения смогут накопить достаточно эфирных масел. Зима короткая и мягкая, поэтому растения в зимние месяцы не прекращают свой рост. Кроме того, Майорка никогда не использовалась активно для сельскохозяйственной деятельности: нет экологического риска чрезмерного содержания в почве удобрений, мода на которые не прошла до настоящего времени.

Именно эта жёсткость и требовательность на каждом этапе производственного процесса позволяют обеспечить небывалую в фитотерапии точность дозирования действующих веществ. По сути, технология фитониринга составила реальную альтернативу другому решению проблемы разнородности растительного сырья — химическому синтезу действующих компонентов лекарствен-

ных растений (со всеми сомнениями, вызванными «ненатуральностью»).

Однако известно, что слишком часто идеологические выкладки выливаются в практическую несостоятельность. В настоящей статье речь пойдёт о том, как показал себя в клинической практике один из препаратов, созданных на основе идеологии фитониринга и содержащий экстракт плодов прутняка обыкновенного (*Vitex agnus-castus*).

Точка приложения — фиброзно-кистозная мастопатия.

Мастопатия

Для начала немного о самой клинической проблеме. Она чрезвычайно актуальна — диффузные нераковые заболевания молочных желёз (НЗМЖ) встречаются, по разным данным¹, у 30–60% женщин и сопровождаются разнообразными клиническими проявлениями различной интенсивности, заметно снижающими качество жизни женщины: боли в молочных железах, чувство нагрудности, появление узловых образований — всё это ведёт к психоэмоциональной неустойчивости, перепадам настроения, депрессивным расстройствам. Также известно, что некоторые виды мастопатий способны озлокачествляться (статистика разнородна: риск повышается в 1,5–5 раз).

К тому же нельзя сбрасывать со счетов доказанную связь мастопатии

[Технология фитониринга даёт возможность выращивать стандартизированное растительное сырьё в идеальных экологических условиях.]

с гинекологическими болезнями. По данным Т.Н. Ивановой (2001)², у 80,8% женщин с гинекологическими проблемами имеются изменения в молочных железах, а если уж у пациентки выявлено НЗМЖ, то обязательно есть как минимум одно гинекологическое заболевание (на каждую женщину с НЗМЖ приходится более одного диагноза гинеколога — 1,15).

Кстати, отечественный терминологический подход к мастопатии отличается от наработок западных коллег. В зарубежной научной литературе термин «фиброзно-кистозная мастопатия» почти не встречается, разве что в работах 10–15-летней давности или в публикациях авторов из развивающихся стран³. В основном статьи посвящены проблемам масталгии и мастодинии, т.е. функциональным проявлениям болезни. Причина разночтений — отчасти в особенностях перевода, а также в том, что, по классификации ВОЗ, к доброкачественным заболеваниям молочной железы больше относят объёмные образования (например, фиброаденомы), для подтверждения диагноза которых необходимы активные диагностические мероприятия инвазивного свойства, например тонкоигольная биопсия. А все

остальные диффузные изменения ткани железы рассматривают больше через призму морфологических изменений, приводящих к функциональным сдвигам, требующим терапии, направленной на достижение гормонального баланса и психоэмоциональной устойчивости, нежели как опухолевое заболевание доброкачественной природы^{4–6}.

Как бы то ни было, в России наиболее употребителен термин «мастопатия», который используется широко, особенно если учесть существование довольно удобной для практических врачей клинко-рентгенологической классификации 1993 года (Рожковой Н.И.)⁷: диффузная фиброзно-кистозная мастопатия — с преобладанием железистого (аденоз), фиброзного или кистозного компонентов; смешанная форма диффузной фиброзно-кистозной мастопатии; склерозирующий аденоз; узловатая фиброзно-кистозная мастопатия.

Недостаток традиционного диагноза «мастопатия», обобщающего все варианты заболевания, состоит в том, что он не позволяет врачам правильно назначать лечение согласно этиопатогенетическим особенностям разновидностей мастопатии, различных по клинической и морфологической картине.



От Авраама до наших дней

В 70-е годы XX века доля фитопрепаратов в реестре лекарственных средств составляла 30%, а уже к 2000 году этот показатель возрос до 55%⁸. Так проявляется интересная тенденция новейшей фармакологии — обращение к резервам фармакогнозии, науки о лекарственных растениях.

Экстракты плодов прутняка обыкновенного (*Vitex agnus-castus*, витекс священный, авраамово дерево) широко применяются в гинекологической эндокринологии⁹. Их использование при женских болезнях не только описано в большинстве исторических медицинских источников, но и в наши дни рекомендуется Экспертной комиссией по лекарственным растениям для лечения нарушений менструального цикла, ПМС и мастодинии (Германия)¹⁰. Экстракт плодов прутняка обыкновенного входит в состав

Именно поэтому необходимо получить объективную картину состояния тканей молочных желёз по данным рентгенологического и ультразвукового исследования, чтобы дифференцировать доброкачественные изменения от злокачественных, а также установить этиопатогенетические особенности проявления мастопатий, требующих принципиально иной тактики.

Боль и её причины

Разнородность морфологических изменений при мастопатии создаёт сложности для клиницистов и исследователей. Зачастую инструментально выявленные изменения в ткани молочной железы сложно увязать не только с клиническими проявлениями, но и с заболеванием вообще. Поэтому неудивительно, что большинство зарубежных авторов, контролируя эффективность терапии, отталкиваются не только от объективных данных (рентгенография, УЗИ, уровень половых гормонов), но и от симптоматики — **масталгии (мастодинии)**^{11,12}.

Именно масталгия — основная жалоба, с которой женщины при мастопатии чаще всего обращаются к врачу. Боль как симптом можно измерить с помощью аналоговой шкалы в визуальной или вербальной модификации.

Что касается этиологии и патогенеза фиброзно-кистозной мастопатии, то здесь очень много неясного. Тем не менее все авторы согласны с тем, что основная причина этого заболевания — нарушение гормональной регуляции.

Известно, что нормальное состояние молочной железы зависит от сбалансированности концентрации эстрогенов и прогестерона в тканях данной области. «Виной» диффузных изменений обычно бывает относительная гиперэстрогения вследствие дефицита прогестерона во II фазе менструального

цикла — ситуация, весьма распространённая у молодых женщин. В первые 2 года после менархе без овуляции проходят 50—80% циклов, затем овуляторные циклы протекают с недостаточностью жёлтого тела, и лишь спустя несколько лет устанавливаются полноценные овуляторные циклы¹³.

При нормальном двухфазном цикле молочные железы претерпевают типичные изменения, важные для будущей лактации: эстрогены стимулируют рост протоков молочных желёз (вместе с соединительнотканной основой и эпителием), во второй фазе цикла прогестерон останавливает этот процесс, одновременно запуская митоз в альвеолах молочных желёз, эпителий которых при ожидаемой беременности будет непосредственно отвечать за выработку молока. Если прогестерона недостаточно, протоковый эпителий и соединительнотканная основа протоков продолжают пролиферировать и во вторую фазу цикла. Причём эпителиа, например, становится так много, что он может привести к **облитерации просвета самих протоков**, создавая основу для отёка (нагрубания) молочных желёз и формирования кист, поскольку секреция сохраняется¹⁴. Соответственно, в окружающих тканях повышается давление, на это реагируют нервные окончания, и пациентка жалуется на боль.

Нередкой причиной фиброзно-кистозных изменений служит гиперпролактинемия, поскольку пролактин сенситизирует ткани молочной железы к эстрогенам, а также в разы повышает количество рецепторов — как собственных, пролактиновых, так и эстрогеновых и прогестероновых¹⁵. Повышением концентрации пролактина могут сопровождаться любые нарушения функций гипоталамуса (инфекционные поражения, травмы), аденома гипофиза (пролактиномы), эктопическая секреция гормона и другие эндокринные нарушения, в некоторых случаях даже поражение печени и хроническая почечная недостаточность, воз-

[Иногда инструментально выявленные изменения в ткани молочной железы сложно увязать не только с клиническими проявлениями, но и с заболеванием вообще.]

препарата «Мастодинон», производимого с 1975 года, а также содержится в других лекарственных средствах. Суточная доза «Мастодинона» эквивалентна 32,4 мг сухого экстракта плодов прутняка, тогда как в суточной дозе большинства других лекарственных препаратов из этого растения содержание экстракта примерно в 8 раз меньше.

В глубокой древности священный прутняк носил другое название — авраамово дерево, или *Agnus castus*, что отсылает нас к классическому библейскому сюжету о несостоявшемся жертвоприношении. Весьма вероятно, что в ветвях именно этого повсеместно

растущего на Святой земле древовидного кустарника Авраам по указанию ангела нашёл ягнёнка, заменившего мальчика на алтаре [*agnus* (лат.) — агнец, ягнёнок].

С античных времён *Vitex agnus-castus* известен как дерево целомудрия — ему приписывали способность снижать сексуальное влечение у мужчин и женщин. Известный врач эпохи Возрождения из Франкфурта Адам Лоницерус, автор одной из первых ботанических энциклопедий, изданной в 1697 году, пишет: «Кто этими листьями устелет своё ложе, у того они отгонят все плотские соблазны». Утверждают, что ингаляции на основе эфирного

масла, полученного из этого растения, использовались в монастырях, чтобы облегчить служителям исполнение целибата (обета безбрачия). Именно отсюда происходят прозвища растения «священный» и «монашій перец».

Измельчённые плоды прутняка — приправа, широко распространённая в Индии, Азербайджане и других солнечных странах, где этот нетребовательный реликт растёт в диком виде и в больших количествах. Такая пищевая добавка не только вкусна, но и полезна: она деликатно регулирует функции эндокринной системы, а в народной медицине считается едва ли не панацеей от многих болезней.

[В целом для применения этого растительного лекарственного препарата имеется серьёзная доказательная база, что отличает его от биологически активных добавок.]



действие токсинов и т.д. У пациенток с генетической предрасположенностью к гиперпролактинемии даже обычные стрессы повседневной жизни вызывают гуморальный дисбаланс. Гиперпролактинемия также сопровождается отёком, нагрубением и болезненностью молочных желёз, особенно во II фазе менструального цикла, что вполне объяснимо — здесь уже наблюдается чрезмерная пролиферация эпителия альвеол молочной железы (пролактин — гормон лактации). Гиперпролактинемия характеризуется также вегетативными расстройствами (мигреноподобная головная боль, задержка жидкости, боль в животе, метеоризм) — так формируется распространённый симптомокомплекс предменструального синдрома.

Кроме перечисленного риск мастопатии повышают некоторые анамнестические факторы (раннее менархе и поздняя менопауза, ановуляторные циклы, поздняя первая беременность, отказ от грудного вскармливания, аборты) и гинекологические заболевания (в первую очередь сальпингоофорит и другие пролиферативные заболевания, например, миома матки и эндометриоз)^{1,14,16,17}. Некоторые из перечисленных состояний можно встретить у многих женщин.

Доказательства эффективности

Действующими веществами экстракта плодов прутняка (BN0 1095) являются бициклические терпены*. В ходе двойного слепого плацебоконтролируемого исследования было доказано^{18,19}, что они способны оказывать допаминэргическое действие на клетки-лактотрофы передней доли гипофиза, сокращая синтез цАМФ и секрецию пролактина. Благодаря этому регрессируют патологические изменения в молочных железах и купируется циклический болевой синдром. Физиологический уровень пролактина также нормализует ритм выработки гонадотропных гормонов, а значит, восстанавливает двухфазный менструальный цикл и правильное соотношение эстрогенов и прогестерона.

Получается, что древние представления о прутняке как панацее от многих болезней не так уж далеки от истины.

Итак, пролактин играет важную роль в патогенезе предменструальной масталгии, а препараты на основе экс-

тракта прутняка показаны для коррекции гиперпролактинемии. О том, насколько это эффективно в клинической практике, можно судить по результатам доказательных исследований.

В двойное слепое плацебоконтролируемое исследование (Чехия) вошли 97 женщин (48 — в группу лечения, 49 — в группу контроля), страдающих циклической масталгией⁸. Эффективность терапии оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) в течение предменструального периода и на 3–4-й день следующего цикла (0 мм — отсутствие боли, до 100 мм — нестерпимая боль). Кроме того, пациентки вели специальные дневники, в которых субъективно описывали своё самочувствие. Выраженность и частота масталгии перед началом терапии были сопоставимы в обеих группах. Интенсивность боли быстрее снижалась у принимавших «Мастодинон» (особенно в первый и второй циклы лечения). В конце второго цикла в обеих группах интенсивность масталгии сократилась ($p=0,018$, $p=0,006$). После 3 мес в основной группе боль уменьшилась на 54% (34,3 мм), тогда как приём плацебо снизил её лишь на 40% (25,7 мм).

В многоцентровом двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании (Германия, $n=120$) изучали эффективность препарата прутняка в форме раствора и таблеток при циклической мастодинии¹⁹. Пациентки вели дневники признаков предменструального синдрома и описывали интенсивность боли по ВАШ. После трёх лечебных циклов интенсивность болевых ощущений снизилась примерно на 36,6 мм независимо от формы выпуска препарата, а в группе плацебо результат был в 1,5 раза хуже ($p=0,0067$, $p=0,0076$). Эффективность была заметна уже после первого цикла терапии; в основной группе значительно реже регистрировались симптомы предменструального синдрома.

В отечественных исследованиях (см. таблицу), объединивших наблюдения за 2322 пациентками с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией и в некоторых случаях — с предменструальным синдромом, при курсе лечения 3 мес и длительности наблюдения 3–

* Терпены — группа преимущественно ненасыщенных углеводов, которыми богаты эфирные масла различных растений. Самые известные терпены — камфора и ментол.

24 мес фитопрепарат на основе прутняка убедительно доказал свои полезные свойства^{17,20–22}. После 3-месячного курса терапии у 76–100% пациенток уменьшились жалобы, снизились плотность и отёк тканей по данным маммографии. Повторный 3-месячный терапевтический курс имел ещё большую эффективность: через 12 мес после повторного лечения ни у одной участницы не было ни боли, ни выделений, ни нагрубания молочных желёз.

Интересно, что способность лекарственного средства на основе прутняка корректировать гиперпролактинемии во всём множестве её проявлений (от масталгии до ановуляции и дисменореи) оказалась более выраженной, чем у традиционно используемого для этой цели бромокриптина^{23,24}. Стимулируя дофаминовые рецепторы аденогипофиза, фармацевтические препараты, содержащие экстракт *Vitex agnus-castus*, успешно нормализуют секрецию пролактина: в 100% наблюдений при относительной функциональной гиперпролактинемии (600–700 мМЕ/л) и в 40% — при более высоких показателях (от 800 до 1000 мМЕ/л). Достойный результат, особенно для «мягкого» фитотерапевтического средства.

Перечень исследований, посвящённых оценке эффективности использования оригинального препарата «Мастодинон», не заканчивается процитированными материалами. В целом для применения этого растительного лекарственного препарата имеется серьёзная доказательная база, что отличает его от биологически активных добавок. Хорошая переносимость

препарата и редкость возникновения нежелательных реакций способствуют сохранению терапевтического альянса между врачом и пациенткой, что значительно повышает эффективность лечения.



Современная концепция фитониринга окончательно вытесняет устаревшую практику «сбора лекарственного сырья на селении» где-то в лесозаградительных полосах вдоль федеральных автодорог, тем самым возрождая доверие врачей к лекарственным растениям и уважение к фитотерапии. Кроме того, инновационные терапевтические средства, созданные по этой технологии, становятся полноценной альтернативой фармакосинтетическим препаратам во многих областях акушерства и гинекологии — от купирования болевого синдрома до профилактики злокачественных опухолей. Есть все основания надеяться на то, что в будущем широкое внедрение лекарств растительного происхождения поможет сместить главную мишень работы акушеров-гинекологов в сторону первичного предупреждения дисгормональных процессов и пролиферативных изменений. **SP**

Библиографию см. на стр. 86–87.

Краткая характеристика других исследований, посвящённых эффективности «Мастодинона»

Место и дизайн исследования	Методы оценки	Результаты
Московский маммологический диспансер: 1836 женщин с различными формами мастопатии, ПМС, дисменореей. Сроки наблюдения: от 8 мес до 1,5–2 лет	Субъективная оценка, осмотр, УЗИ, рентгенография	Из 1472 больных с мастопатией значительное облегчение почувствовали 72,3%. У пациенток с ПМС и масталгией в подавляющем большинстве случаев был достигнут положительный эффект. При выраженной мастопатии у 45,5% пациенток болезненные ощущения заметно ослабли и снизилось предменструальное напряжение ¹⁷ .
Российский федеральный маммологический центр на базе ФГУ ФГБУ РНЦРР: 120 женщин 20–55 лет с диффузной мастопатией, 85% — с масталгией. Сроки наблюдения: 3 мес	Субъективная оценка, осмотр, маммография, УЗИ	У 55,6% больных диффузной фиброзно-кистозной мастопатией с преобладанием фиброзного, 188,9% — железистого и 89,7% — кистозного компонентов наблюдался положительный эффект. Интенсивность масталгии в баллах снизилась наиболее наглядно у пациенток с выраженным болевым синдромом (30%). Объективно улучшение сопровождалось уменьшением плотности и отёка тканей на маммограммах ²¹ .
Маммологическое отделение РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН: 225 пациенток с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией	Маммография, УЗИ и термография	У 76% было отмечено явное субъективное улучшение состояния (уменьшение нагрубания, болевого синдрома). Из 89 пациенток с выраженным болевым синдромом за время лечения полное исчезновение боли произошло у 84,2% ²² .
Кафедра радиологии с курсом маммологии РМАПО (Москва): 141 пациентка с фиброзно-кистозной мастопатией и предменструальным синдромом ²⁰ . Сроки наблюдения: 2 года; оценка эффективности — через 3 мес после начала лечения, после 3-месячного перерыва и через 12 мес после повторного лечения	Осмотр, УЗИ и радиотермометрия	• 3 мес — жалоб на масталгию стало меньше, набухание и нагрубание молочных желёз сохранились лишь у 21% женщин, однако и они отметили облегчение. У пациенток с уплотнениями в молочных железах во второй половине менструального цикла в 43% случаев симптом исчез полностью. Остальные больные отметили улучшение. • За время перерыва болевой синдром возобновился у 19,9% пациенток. Набухание и нагрубание молочных желёз продолжались у 34% женщин. Выделения из сосков прекратились у всех больных. У 14,2% пациенток уплотнения в молочных железах стали меньше. • Через 12 мес после повторного лечения боль прошла, набухания, нагрубания и выделений из молочных желёз не наблюдалось.

from Siberia with love



Этой удивительной тёплой весной Новосибирск, географический центр России, стал точкой притяжения научного и профессионального интереса не только руководителей здравоохранения и практикующих врачей, но и лучших преподавателей акушерства и гинекологии, отзывавшихся на общемировую парадигму «образование через всю жизнь» (life-long education). Первый раз в Сибири состоялось настолько масштабное медицинское мероприятие со столь насыщенной научной программой — прошедшие 3–6 апреля «Сибирские чтения» имели грандиозный размах:

- 1309 зарегистрированных участников из 47 регионов России;
- 141 доклад, 17 тематических заседаний и мастер-классов;
- 43 компании-экспонента.

Прошли разборы парных случаев — материнская смерть и история болезни едва не умершей женщины (near-missed): при одинаковых диагнозах столь разный исход! Были обсуждены сложные вопросы начавшейся в 2012 году регистрации детей с массой тела от 500 г. Что делать с растущей перинатальной смертностью? Как обезопасить родильные стационары при длительном пребывании в них недоношенных, представляющих собой источник инфекции? Впервые к интенсивной работе по сохранению репродуктивного потенциала страны вплотную подключились коллеги-неонатологи. Звучали сенсационные факты, касающиеся вакцинопрофилактики, совместимости грудного вскармливания и лечения заболеваний матери, достижений фетальной хирургии. Обсуждались не вполне удачные итоги внедрения системы организации ранней диагностики синдрома Дауна. Заинтригованные слушатели мучились непростой проблемой выбора, в какой зал пойти: интересно было везде!



Посмотреть фотографии, найти на них себя и коллег, почитать подробный научный отчёт о семинаре и других мероприятиях, проводимых с участием журнала StatusPraesens, можно на сайте (www.praesens.ru), а полиграфическая версия пост-релиза уже разослана специалистам по всей стране.



**НОВОСИБИРСК
3–6 АПРЕЛЯ 2012**

**ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ
СИБИРСКИЕ ЧТЕНИЯ»**

Многоцентровой информационно-образовательный проект «Репродуктивный потенциал России: 2012» • Новосибирск, 3–6 апреля • Кемерово, 21 апреля • Нижний Новгород, 12 мая • Воронеж, 2 июня • Пермь, 16 июня • Уфа, 22 июня • Сочи, 8–11 сентября • Ростов-на-Дону, 22 сентября • Москва, 24 ноября • Санкт-Петербург, 8 декабря



грудное вскармливание: что можно и чего нельзя?

Преодоление акушерской агрессии в ведении послеродового периода



Авторы: Марина Борисовна **Хамошина**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН; Ольга Дмитриевна **Руднева**, аспирант той же кафедры; Асият Исмаиловна **Чотчаева**, зав. гинекологическим отделением Карачаево-Черкесской РКБ; Елена Александровна **Зорина**, аспирант той же кафедры; Марьям Борисовна **Тежаева**, Анна Фаритовна **Кириенко**, ординаторы той же кафедры

Копирайтинг: Хильда Юрьевна Симоновская

О преимуществах грудного вскармливания для здоровья матери и ребёнка сказано немало, однако его распространённость и продолжительность в России по-прежнему остаются на катастрофически низком уровне. Несмотря на то что естественное вскармливание новорождённых и детей грудного возраста — самый простой и экономически целесообразный способ улучшения здоровья нации, по данным Госкомстата за 2010 год, на грудном вскармливании находится всего 39—40% детей в возрасте 3—12 мес.

В чём же причина столь плачевной картины в нашей стране? Без сомнения, искать её следует среди социальных и психологических, а не физиологических факторов: известно, что распространённость истинной гипогалактии в популяции не превышает 5%^{1,2}. К сожалению, из-за специфиче-

ского отношения и ложной стыдливости общества ни девочка-подросток, ни взрослая женщина в повседневной жизни не видят вокруг себя кормящих матерей, вследствие чего не представляют себе нормальной организации грудного вскармливания, считая этот процесс чем-то постыдным и непродол-

жительным, как послеродовые лохии, которых тоже никто, кроме врачей, в идеале видеть не должен. Наличие (или отсутствие) образа кормления грудью в информационном поле, окружающем современного подростка или молодую женщину, влияет на их представления о модели ухода за младенцами, даёт информацию о статусе матерей в социуме, а также о функциональном предназначении женской груди (фетиш или не только?). И если образ кормящей матери в средствах массовой информации, в первую очередь на телевидении, сегодня совсем непопулярен, то бутылочка или пустышка во рту — обязательный атрибут младенца в рекламе. Безусловно, такое превратное представление о лактации не формирует адекватной мотивации в отношении вскармливания собственных детей грудным молоком.

Между тем ВОЗ рекомендует сохранять грудное вскармливание как минимум до 2 лет, отмечая, что многие преимущества (иммунная поддержка, оптимальный психологический контакт с членами семьи, лучшее интеллектуальное развитие детей и т.д.) сохраняются и на третьем году жизни ребёнка, получающего молоко матери^{1,3–6}. С точки зрения российского общественного стереотипа кормящая женщина в интересах ребёнка должна на 2 года засесть дома, появляясь на людях лишь в «резервациях» типа комнат малыток и детских площадок, среди таких же кормящих. «Не слишком привлекательная перспектива», — решает для себя молодая мать и через пару месяцев выходит на работу, переведя ребёнка на искусственное вскармливание. Кто же сможет переломить этот негативный стереотип, без сомнения, угрожающий здоровью будущих поколений?

К сожалению, многие медицинские работники, на плечи которых возложено консультирование по вопросам грудного вскармливания, недостаточно мотивированы, располагают недостоверной информацией по организации естественного вскармливания и не стремятся к самосовершенствованию в этом вопросе, нерационально распоряжаясь ресурсом врачебного авторитета.

Вместо того чтобы провести беседу с подростком или повысить статус грудного вскармливания в глазах беременной, специалисты часто **накладывают запрет** на продолжение кормления грудью даже в тех случаях, когда вполне можно обойтись без столь радикальных мер.

Kогда нельзя?

Весьма красноречивы результаты тематического рандомизированного анкетирования 1011 специалистов родильных домов и женских консультаций Москвы, а также сотрудников нашей кафедры (акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН). Противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери опрошенные сочли следующие состояния:

- туберкулёз — 20%;
- рак молочной железы — 18,6%;
- инфицирование ВИЧ — 15,3%;
- алкогольная и/или наркотическая зависимость — 13,9%;
- инфекционное заболевание с гипертермией — 11,4%;
- инфицирование вирусами гепатита В и/или С — 7,5%;

2 года для полноценного рубца

Уже в наши дни доля кесаревых сечений в России составляет 21–29% всех родов, при этом частота плановых операций неизменно растёт. Важно помнить, что у 78–85% матерей менструации восстанавливаются в течение всего 3 мес после оперативного родоразрешения, тогда как на формирование полноценного рубца матке требуется около 2 лет. На весь этот срок женщине нужна надёжная контрацепция.

К сожалению, примерно половина пациенток, обратившихся за прерыванием беременности в течение года после родов, имеют в анамнезе именно абдоминальное родоразрешение. А между тем аборт после кесарева сечения исключительно неблагоприятен для прогноза последующей беременности: и хирургическое, и медикаментозное вмешательство не исключают негативного влияния на формирование рубца на матке.



«...Аборты вызывают истончение рубца матки, что может осложнить течение будущих беременностей и привести к разрыву матки». (В.Е. Радзинский. Акушерская агрессия)

- инфицирование вирусом герпеса — 3,1%;
- курение — 1,7%;
- инфицирование цитомегаловирусом и острый пиелонефрит — по 1,1%;
- инфицирование ВПЧ — 0,6%.

Все варианты ответа выбрали 5,3% респондентов, и лишь 0,6% опрошенных, ошибившись лишь на 15,3%, сочли, что ни одна из вышеперечисленных причин не может служить противопоказанием к грудному вскармливанию⁷.

Между тем в официальных рекомендациях ВОЗ единственной причиной со стороны матери, оправдывающей **полный отказ** от грудного вскармливания и применение заменителей грудного молока, названо **только инфицирование ВИЧ**, причём с оговоркой: «...если альтернативное питание приемлемо, осуществимо, финансово доступно, надёжно обеспечено и безопасно; в иных случаях следует придерживаться исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 мес жизни ребёнка»⁸. Всеобъемлющая, мудрая формулировка!

Допустимыми основаниями для **временного** отказа от кормления грудью, по рекомендациям ВОЗ, следует считать такие состояния:

- Тяжёлые заболевания, не позволяющие матери заботиться о ребёнке, — тяжёлые формы гестоза, массивные кровотечения во время родов и в послеродовый период, декомпенсация хронических заболеваний сердца, лёгких, почек и печени, сепсис.
- Обострение герпетической инфекции (вирус простого герпеса 1-го типа) при локализации высыпаний непосредственно на коже груди — необходимо избегать прямого

контакта между поражённым участком и ртом ребёнка до исчезновения клинических проявлений.

- Первично диагностированная активная форма туберкулёза (все противотуберкулёзные препараты совместимы с грудным вскармливанием, однако в указанной ситуации следует временно его прекратить до завершения курса химиотерапии).
- Приём матерью некоторых лекарственных средств:
 - седативные психотропные, антиэпилептические препараты и опиоиды;
 - радиоактивный йод⁹ (возобновление грудного вскармливания возможно через 2 мес после окончания приёма йода);
 - йод или его соединения при местном применении в больших дозах;
 - химиотерапия с применением цитотоксических препаратов, включая антиметаболиты^{3,8,10}.

Часто встречающиеся респираторно-вирусные и инфекционные заболевания (мастит, абсцесс груди, острый пиелонефрит и др.) не требуют даже временного прекращения грудного вскармливания, поскольку для каждого случая можно подобрать совместимые с кормлением грудью препараты^{11–16}.

Употребление матерью никотина, алкоголя и наркотических веществ, по мнению ВОЗ, относится к ситуациям, когда

грудное вскармливание может быть продолжено, однако при этом могут возникнуть проблемы со здоровьем матери и ребёнка. И в этих ситуациях важно взвесить возможные пользу и вред от альтернативного питания. Если же из перечня этих вредных привычек у матери имеется только курение, то грудное вскармливание — всё равно оптимальный вариант^{3,8}.

Абсолютных противопоказаний к грудному вскармливанию со стороны ребёнка всего три:

- классическая галактоземия — необходима специальная смесь без галактозы;
- валинолейцинурия (болезнь «кленового сиропа») — необходима специальная смесь без лейцина, изолейцина и валина;
- фенилкетонурия — необходима смесь без фенилаланина (возможно частичное грудное вскармливание под тщательным контролем состояния).

Некоторым детям к грудному молоку требуется дополнительное питание: это пациенты с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г), глубоко недоношенные (гестационный возраст менее 32 нед), дети с повышенным риском гипогликемии⁸.

В отечественной практике также выделяют ситуации, когда не рекомендуется раннее прикладывание ребёнка к груди: оценка по шкале Апгар менее 7 баллов, тяжёлая ас-

[К сожалению, применительно к вопросам грудного вскармливания многие медицинские работники нерационально пользуются ресурсом врачебного авторитета.]



© Гладских Татьяна/Фотобанк Лори

Кормление грудью в общественных местах — вопрос, который всегда вызывает много разногласий. В 1995 году в Финляндии депутат Партии зелёных Янина Андерссон оказалась причиной шумихи в прессе из-за того, что вскармливала своего 2-недельного ребёнка прямо в парламенте. Итогом стала организация в здании парламента комнаты матери и ребёнка. Однако в целом в Финляндии и других скандинавских странах вид кормящей женщины не только в семье, но и в общественных местах — норма жизни, ориентированной, кстати, на **многодетность и качественное материнство без перерывов в карьере**.

фиксия, нарушения мозгового кровообращения II—III степени, тяжёлые пороки развития¹⁰.

Примечательно, что даже в строгих источниках нет ни слова о необходимости прекращения грудного вскармливания при неонатальных желтухах (в том числе обусловленных резус-конфликтом и несовместимостью по антигенам системы АВ0), аллергических реакциях, лактазной недостаточности, кишечных инфекциях. Всем этим детям грудное вскармливание необходимо, даже при тяжёлом состоянии, когда новорождённому показано зондовое кормление сцеженным молоком матери^{1–3}.

Лактация vs контрацепция

Выбор эффективного метода контрацепции для кормящей матери особенно важен. За время беременности значительная часть женщин теряют «контрацептивную насторожённость», и при возобновлении сексуальной жизни многих больше волнует сиюминутная вероятность болевых ощущений, а не риск нежелательной беременности.

Чёткую установку на повторное деторождение имеют только треть родивших женщин — 35,9%. Без адекватной контрацепции все они рискуют здоровьем следующего ребёнка — малый интергенетический интервал значительно ухудшает перинатальные исходы и показатели здоровья новорождённого, поэтому, даже имея желание родить (когда-нибудь потом!) ещё одного ребёнка, женщины приходят к аборт. Такие перспективы никак нельзя назвать совместимыми с успешным грудным вскармливанием и счастливым материнством, именно поэтому так важно обязательное консультирование родильницы на тему послеродовой контрацепции.

Плановая контрацепция позволяет выдержать оптимальный интергенетический интервал: промежуток между родами, равный 2 годам или превышающий этот срок, достоверно увеличивает выживаемость детей грудного возраста. Если учесть, что менструальная функция у кормящих женщин восстанавливается в среднем через $5,17 \pm 4,3$ мес, то потребность в надёжной контрацепции возник-

ает очень рано — спустя всего 1,5–2 мес после родов^{17,18}. Число таких пациенток в России действительно огромно: по данным Госкомстата, в 2008 году в стране насчитывалось 565 тыс. кормящих матерей.

Широкий выбор

Выбор эффективных и безопасных методов для послеродовой контрацепции на фоне грудного вскармливания достаточно широк.

Метод лактационной аменореи, широко рекомендуемый ВОЗ, высокоэффективен (до 99%), но только при неукоснительном соблюдении трёх обязательных условий:

1. Мать кормит ребёнка исключительно грудью не реже 6–10 раз в сутки без ночного перерыва, при этом прикорм не превышает 10–15% рациона.
2. У женщины не восстановились менструации.
3. Возраст ребёнка не старше 6 мес.

Барьерные методы широкодоступны и не влияют на успешность грудного вскармливания, а правильное их исполь-

зование минимизирует риск заражения ИППП. Однако главный недостаток этой группы методов — низкая контрацептивная эффективность: индекс Перля при точном следовании инструкциям составляет 2,0, а при типичном использовании — целых 15,0!

Добровольная хирургическая стерилизация — метод считают необратимым, однако индекс Перля всё же составляет 0,4. Стерилизация не влияет на лактацию и может быть выполнена одновременно с кесаревым сечением, однако для широкого применения метод не подходит. В РФ возможность выполнения этой процедуры в первую очередь зависит не от потребности женщины в контрацепции, а от существующих правовых норм («Основы законодательства РФ по охране здоровья граждан»), разрешающих хирургическую стерилизацию гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей; случаи медицинских показаний регулируются особым списком.

Внутриматочная контрацепция медьсодержащими внутриматочными контрацептивами — обратимый, доступный, эффективный и дешёвый метод, не влия-

Новости: критерии приемлемости контрацепции ВОЗ теперь и в России*

Индивидуальная безопасность и эффективность метода для конкретной пациентки на основании состояния её здоровья и образа жизни сегодня определяются согласно «Медицинским критериям приемлемости методов контрацепции ВОЗ». Этот документ 4-го пересмотра от 2009 года¹⁹ лишь недавно, в начале 2012 года, был впервые адаптирован для РФ.

Состояния, влияющие на приемлемость использования каждого метода контрацепции, относят к одной из четырёх категорий.

- I категория — нет ограничений к использованию метода.
- II категория — состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев метод можно использовать.
- III категория — состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода. Как правило, метод не рекомендуют, если существуют другие, более приемлемые и доступные способы контрацепции.
- IV категория — состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции.

Таким образом, на практике допустимо применение средств, подпадающих под I и II категории¹⁹.

* Критерии приемлемости контрацепции ВОЗ, адаптированные группой ведущих российских специалистов, можно найти на сайте www.praesens.ru в разделе «Важные материалы и документы».

ющий на лактацию и развитие ребёнка, однако ассоциированный с риском заболеваний органов малого таза (прежде всего воспалительных), возрастающим в 1,8–3,3 раза. В этом отношении более привлекательно использование внутриматочных контрацептивов с левоноргестрелом.

[Среди средств гормональной контрацепции единственно возможными у кормящих женщин сегодня признаны чисто прогестиновые контрацептивы. Ни в одном из 43 исследований не было получено данных о нежелательных эффектах чисто прогестиновых контрацептивов.]

Обратимая атрофия эндометрия и сгущение цервикальной слизи под непрерывным воздействием левоноргестрела обеспечивают контрацептивную надёжность метода (индекс Перля 0,12) и снижают риск воспалительных заболеваний и внематочной беременности. Сократить вероятность нарушений, вызванных воспалением, не поступаясь контрацептивной эффективностью, позволяют также внутриматочные средства, содержащие сплав меди с золотом в равных пропорциях («Голдли Эсклюзив» с золотом). Равномерное выделение в полость матки ионов золота (бактерицидный и фунгистатический эффект), а также предотвращение коррозии медной проволоки снижают риск реактивного воспаления и аллергии на медь. Из минусов: для всех внутриматочных контрацептивов типичен риск экспульсии.

Любые **гормональные контрацептивы** не показаны вплоть до 6 нед после родов (категории приемлемости контрацепции ВОЗ III–IV). После срока 6 нед вплоть до 6 мес не рекомендуются **комбинированные гормональные контрацептивы**, гормональные пластыри и влагалищные кольца (категория III). После 6 мес эти методики переходят в разряд допустимых (категория II). Основой для запрета применения КОК явился систематический обзор ВОЗ 2010 года²⁰. Если женщина не кормит грудью, применение КОК возможно уже через 21 день после родов (категория I).

К назначению **чисто прогестиновых контрацептивов** нет ограничений уже

с 6 нед после родов (для левоноргестрелсодержащих внутриматочных контрацептивов — с 4 нед), в том числе у кормящих матерей (категория I). Основанием для этого заключения стал систематический обзор результатов 43 исследований^{19,21}. Ни в одном из них

не было получено данных о нежелательных эффектах чисто прогестиновых контрацептивов.

Особая социальная значимость — у методики **экстренной контрацепции**: во многих случаях для недавно родившей женщины это последний шанс в предотвращении нежелательной беременности и опасного для здоровья аборта. В современной мировой практике наиболее эффективным и безопасным препаратом для посткоитальной контрацепции признан **левоноргестрел**. ВОЗ рекомендует два режима его приёма:

- 0,75 мг до истечения 72 ч после незащищённого полового контакта, ещё 0,75 мг через 12 ч после первой дозы (препарат «Постинор»);
- 1,5 мг однократно до истечения 72 ч (препарат «Эскапел»).

Использование левоноргестрела возможно уже через 21 день после родов и безопасно для кормящих матерей и их детей¹⁹. Для полного исключения фармакологического риска матери рекомендуется покормить сразу после принятия таблетки, а затем в течение 6 ч воздержаться от вскармливания грудью.

Один из наиболее предпочтительных для кормящих матерей методов гормональной контрацепции — приём чисто прогестиновых контрацептивов. Особенно привлекательны преимущества препаратов, содержащих дезогестрел (например, «Лактинет»).

Препарат в суточной дозе 75 мг обладает столь выраженным антигонадотропным действием, что подавляет ову-

ляцию не хуже КОК¹⁸. Ежедневный без перерывов режим применения контрацептива повышает приверженность пациенток, формируя привычку к приёму таблетки и снижая вероятность пропусков. Есть гипотетический риск, что снижение сократительной активности маточных труб под воздействием гестагенов может повысить вероятность внематочной беременности при небрежном использовании, но до настоящего времени ни в одном исследовании в мире подобной зависимости не прослежено¹⁹. А поскольку дезогестрел подавляет овуляцию у 97% потребительниц (нет овуляции — нет беременности, как маточной, так и внематочной!), не меняет количества и качества грудного молока, а развитие новорождённого на фоне использования контрацептива протекает без особенностей (по итогам 12-месячного изучения лактации у женщин и 6-летних наблюдений за здоровьем их детей), то использование контрацептивов с дезогестрелом можно считать методом выбора у кормящих матерей, в том числе после кесарева сечения.



Всё новое — хорошо забытое старое. Грудное вскармливание настолько универсально и естественно, что врачу достаточно лишь следовать завету Гиппократов «Не навреди!», противодействуя акушерской агрессии в отношении кормления грудью везде, где это возможно.

Выражение братьев Стругацких, метко назвавших будущее «тщательно обезвреженным настоящим», как нельзя лучше отражает значимость адекватной послеродовой контрацепции для профилактики опасных ситуаций, связанных с незапланированной беременностью, и сохранения репродуктивного будущего лактирующей женщины.

К сожалению, современной России в наследство от Советского Союза осталось немало «неправильных» традиций, в списке которых почётное место занимают аборт и искусственное вскармливание. Пора перелаивать эту тенденцию, и здесь ведущая роль должна принадлежать именно акушерам-гинекологам. **SP**

Библиографию см. на стр. 86–87.

**ШИРОКИЙ ВЫБОР
КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ:**
от экстренной до плановой контрацепции

ЛАКТИНЕТ®
дезогестрел 0,075 мг

*Эффективная
контрацепция
для кормящих мам*



- не содержит эстрогенов
- не подавляет лактацию*
- индекс Перля сопоставим с КОК*

*Инструкция по медицинскому
применению препарата Лактинет®

Рег. уд. ЛСР-002481/10-260310



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия):
г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 987-15-55, Факс: (495) 987-15-56
e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru



репродуктивное завтра России: «нет» бактериальному вагинозу!

Лечение бактериального вагиноза при нормальном гормональном статусе у девушек-подростков 16–18 лет*



Авторы: Оксана Васильевна Кириленко зав. отделением амбулаторной помощи подросткам ГКДЦ «Ювента», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории; Павел Наумович Кротин докт. мед. наук, проф., главный врач ГКДЦ «Ювента» (Санкт-Петербург)

Копирайтинг: Дмитрий Логинов, Татьяна Рябинкина, Хильда Юрьевна Симоновская

Акушерство и гинекология находятся на стыке настоящего и будущего, и это вовсе не пустые слова. Психофизический статус сегодняшних пациенток раннего репродуктивного возраста позволяет с некоторым допущением прогнозировать, как будет реализована их генеративная функция и насколько высоким окажется риск заболеваний у их будущих детей. Между тем статистика тревожная: сейчас входят в репродуктивный возраст девушки, рождённые в начале—середине 1990-х годов, именно в то время, когда был зафиксирован так называемый «русский крест»: в 1991 году впервые за долгие годы смертность в России превысила рождаемость.

Ситуация усугублялась тем, что в нестабильное десятилетие после распада СССР было рождено не очень много детей: в 1991 году — всего 1,38 млн вместо прогнозируемых трёх-четырёх. И до сих пор каждые 5 лет на 20% снижается количество женщин, способ-

ных забеременеть и выносить ребёнка. И причина не только в демографии — ухудшается здоровье подрастающего поколения. Такие социальные проблемы, как урбанизация, плохая экологическая обстановка и фармакологический бум оказывают отрицательное воздей-

* Согласно приказу Минздравсоцразвития РФ №154 от 05.05.1999 года «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» и инструкции «О порядке передачи ребёнка по достижении им возраста 18 лет под наблюдение амбулаторно-поликлинического учреждения общей сети», пациентки 16–18 лет наблюдаются в детских поликлиниках, в связи с чем их условно причисляют к группе подростков.

ствие на становление репродуктивной системы девочки, её резистентность к инфекционным факторам внешней среды, состояние местного иммунитета половых путей. Диспансеризация школьников фиксирует увеличение распространённости экстрагенитальных заболеваний у молодёжи. Таковы не очень радостные перспективы работы врачей самых разных специальностей, в том числе акушеров-гинекологов.

Трудности подросткового возраста

Говоря о пациентках, лишь недавно вступивших в репродуктивный возраст, важно учитывать сугубо специфические факторы, способные спровоцировать срыв уравновешенной экосистемы влагалища (дисбиоз, местное воспаление и др.) именно в подростковом возрасте.

1. «Тестовый режим» системы гормональной регуляции у подростков работает нечётко: часты ановуляторные циклы вследствие незрелости доминантного фолликула (отсюда — дефицит эстрогенов) и недостаточность лютеиновой фазы (причина дефицита прогестерона).

2. Не полностью развиты физиологические «затворы» половых органов — упомянутый выше гормональный дефицит дополняют биохимические причины (недостаточная выработка секреторного IgA, лизоцима, неполноценно функционирует система комплемента), а также механические предпосылки: дерма тонкая, эпидермис разрыхлён, а оволосение на лобке и наружных половых органах не завершено.

3. Стресс, возникающий на фоне переутомления (учебные нагрузки, нарушение режима) и социальной дезадаптации, усугубляет дефекты эндокринной системы и снижает иммунитет. Нерегулярное питание, недостаток пробиотиков в рационе увеличивают вероятность заболеваний пищеварительного тракта (например, дисбактериоза кишечника), в результате нарушается «подпитка» влагалища лактобактериями, в норме мигрирующими из здорового желудочно-кишечного тракта.

4. Отсутствие сексуальной культуры тоже вносит свой вклад, поскольку промискуитет — серьёзный удар по экосистеме влагалища: каждый новый половой партнёр привносит свой набор условно-патогенной микрофлоры, желающей «помериться силами» с местными лактобактериями. Кто побеждает? Конечно, сильнееший.

5. Несоблюдение правил интимной гигиены и нефизиологичное нижнее бельё увеличивают шансы анаэробов на выживание во влагалище, способствуют их культивированию и завоеванию ими лидирующего места во влагалищном биоценозе.

6. В редких случаях на влагалищный биоценоз влияют также индивидуальные анатомические особенности: отсутствие задней спайки, низкое расположение мочеиспускательного отверстия и другие аномалии развития.

Затаившийся дракон

Самое распространённое гинекологическое заболевание среди девочек-подростков — бактериальный вагиноз. В некоторых странах его диагностируют у 31,5% девушек, причём независимо от того, живут ли они половой жизнью^{1,2}. То есть почти у трети (!) всех пациенток подросткового возраста.

Если брать всех небеременных женщин, то и среди них встречаемость влагалищного дисбиоза колоссально высока: 58%³. При этом у каждой второй заболевшей может не быть симптомов, поэтому с точностью определить истинную частоту бактериального вагиноза до сих пор невозможно³. В России в амбулаторной гинекологической практике он встречается у 15–19% пациенток^{4,5}, а у девочек-подростков — ещё чаще: до 24,8%⁶. И это только среди тех, кто **активно** обратился к врачу!

Несмотря на столь высокую распространённость, вопрос о том, лечить или не лечить, сегодня не рассматривается специалистами. Такое состояние микробиоценоза влагалища — благоприятный фон для воспалительных заболеваний, в том числе хронических, опасных для реализации репродуктивной функции в дальнейшем. Поэтому необходимость и важность результативного лечения сомнений не вызывает.

Лактобактерии держат оборону

Состояние микробиоценоза влагалища напрямую зависит от кислотности среды. Достаточное содержание эстрогенов способствует сохранению **нормальной кислотности** во влагалище (pH 3,8–4,5) — не напрямую, конечно, а посредством «цепи питания» влагалищных лактобактерий. Зашелачивание среды влагалища (pH > 4,5) предсказывает неминуемый сдвиг хрупкого баланса и нарушение состава микрофлоры.



© Дмитрий Фирсов/Фотобанк Лори

[У подростков не полностью развиты физиологические «затворы» половых органов — гормональный дефицит дополняют биохимические причины, а также механические предпосылки.]

Микроскопические обитатели здорового влагалища — лактобактерии — сами создают себе благоприятную среду, утилизируя гликоген с образованием **молочной кислоты**, которая служит естественным барьером размножению нежелательной микрофлоры. Защитные свойства лактобацилл от условно-патогенной инвазии связаны с расщеплением гликогена влагалищного эпителия. Вследствие этого продуцируются **перекись водорода** и молочная кислота, а со стороны эпителия — **лизоцим и другие протеолитические ферменты**, усиливается адгезия лактобактерий к эпителиоцитам влагалища^{3,7}.

Помимо создания оптимальной для самих себя среды, лактобактерии стимулируют **фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов**, образование интерферонов и секреторных иммуноглобулинов, которые ингибируют рост патогенных микроорганизмов и их адгезию к эпителиальным клеткам⁷.

Давно известно: чем больше особей в популяции, тем больше у них шансов выжить. На примере лакто- и бифидобактерий это прослеживается особенно хорошо. Чем выше их концентрация, тем меньше шансов у их биологических условно-патогенных конкурентов^{8,9}. У здоровых женщин аэробная микрофлора превалирует над анаэробной в соотношении 10:1, и молочнокислые симбионты составляют 95–98% вагинальной микрофлоры^{8,10} — более чем достаточно для поддержания равновесия и сохранения природной устойчивости к воспалительным заболеваниям.

Бактериальный вагиноз — это скорее особое соотношение бактерий в вагинальной экосистеме. Под действием небла-

[Чем больше особей в популяции, тем больше у них шансов выжить. На примере лакто- и бифидобактерий это прослеживается особенно хорошо. Тем меньше шансов у их конкурентов.]

гоприятных факторов (как экзо-, так и эндогенных) физиологическая активность лактобактерий снижается, и, соответственно, во влагалищной среде сокращается содержание молочной кислоты и перекиси водорода. Так, pH среды начинает увеличиваться, что способствует размножению условно-патогенной микрофлоры: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus spp.* и др.^{10,11,12}

Гормоны: забота о симбионтах

Влагалищный биоценоз, как и вся репродуктивная система, подвержен циклическим изменениям вслед за гормональной регуляцией. Эстрогены стимулируют рост и развитие многослойного плоского эпителия и продукцию слизистого секрета в шейке матки*. Созревший эпителий влагалища насыщен гликогеном — что очень ценно для лактобактерий. Слизистая пробка цервикального канала выполняет барьерную функцию.

Прогестерон, в свою очередь, приостанавливает созревание многослойного плоского эпителия. При условии достаточного уровня эстрогенов в первую половину цикла во вторую фазу активизируется десквамация эпителия с последующим цитолизом; в результате гликоген из эпителиоцитов высвобождается в просвет влагалища. Именно гликоген — питательный субстрат для лактобактерий, которые расщепляют его путём анаэробного гликолиза, получая необходимую энергию, и выделяют в качестве побочного продукта метаболизма молочную кислоту.

Стратегический подход

Десятилетиями считалось, что нарушение биоценоза влагалища — не такая уж и большая сложность; лишние бактерии надо просто истребить, и тем самым «неспецифический вагинит» будет излечен. Однако изолированная терапия антисептиками и антибиотиками выводит проблему на совершенно иной уровень: все обитатели вагинального биотопа оказываются в равных стартовых условиях, и слабоадгезивные лактобактерии, коренные обитатели влагалища, теряют своё преимущество.

Победу одерживают более вирулентные условно-патогенные микроорганизмы — в среде без кислоты и перекиси водорода их способность к колонизации зачастую оказывается значительно выше, чем у молочнокислой микрофлоры.

* Интересно, что аналогичное эстрогенам пролиферативное действие на влагалищный эпителий могут оказывать и андрогены — основные гормоны либидо⁹.





© Александр Алексеев/Фотобанк Лори

Карта исследования

Место исследования. Санкт-Петербург, Городской консультативно-диагностический центр «Ювента».

Характеристика пациенток. 60 пациенток в возрасте 16–18 лет с диагностированным бактериальным вагинозом (не менее трёх критериев Амсея).

Лечение

Первый этап:

- 1-я группа — 30 пациенток, которые получали лечение деквалиния хлоридом («Флуомизином») по 1 таблетке в сутки в течение 6 дней, интравагинально.
- 2-я группа — 30 пациенток, пролеченных хлоргексидином на протяжении 10 дней, интравагинально.

Второй этап: из всех пациенток методом случайной выборки сформировали группу из 30 девушек для лечения эстрогеном с эубиотиком для

восстановления нормальной микрофлоры влагалища («Гинофлор Э»). Остальные 30 пациенток, не получавшие лечения препаратами для восстановления микрофлоры влагалища, составили контрольную группу.

Результаты лечения. Уже на первом этапе исследования отмечалась быстрая положительная динамика: из 60 пациенток обеих групп после элиминации возбудителей только у семи оставались жалобы, а лабораторно бактериальный вагиноз был подтверждён лишь у трёх. Деквалиния хлорид показал более высокий терапевтический эффект и лучше переносился пациентками в сравнении с хлоргексидином (см. таблицу).

На втором этапе (восстановление микрофлоры влагалища) у получавших деквалиния хлорид, а затем

эстроген с эубиотиком результаты оказались лучше, чем у пациенток, пролеченных хлоргексидином и тем же эстрогеном с эубиотиком.

При лечении бактериального вагиноза только хлоргексидином без этапа восстановления у 26,7% девушек санация влагалища была явно недостаточной (при лечении исключительно деквалиния хлоридом — только в 6,7% случаев).

Таким образом, восстановление биоценоза влагалища препаратом, содержащим эстроген (эстриол) и эубиотик, оказалось весьма эффективным — из 30 пациенток ни одна не предъявляла жалоб и лабораторное исследование, призванное обнаружить в том числе клинически скрытый бактериальный вагиноз, не выявило патологических изменений.

Результаты 10-дневного курса лечения эстрогеном с эубиотиком

Группа	Субъективные жалобы*	Лабораторные данные	Эффективность лечения, %
Деквалиния хлорид + «Гинофлор Э»	Нет	Ключевых клеток нет, до 10 лейкоцитов в поле зрения, лактобактерии преобладают, pH 3,5–4,0, аминотест отрицательный	100
Хлоргексидин + «Гинофлор Э»	У двух пациенток	У двух пациенток — рост дрожжевых клеток, преобладают другие микроорганизмы (не лактобактерии), 10–20 лейкоцитов в поле зрения, pH 3,5–4,0, аминотест отрицательный	86,7
Деквалиния хлорид без 2-го этапа	У одной пациентки	Одна пациентка — ключевые клетки, аминотест отрицательный	93,3
Хлоргексидин без 2-го этапа	У четырёх пациенток	Четыре пациентки — ключевые клетки, pH 6,0, аминотест положительный	73,3

* Творожистые выделения из половых путей, зуд и раздражение наружных половых органов.



Не передаётся половым путём?

Бактериальный вагиноз ассоциирован с сексуальной активностью (и особенно — с частой сменой половых партнёров), но к заболеваниям, передаваемым половым путём, его отнести нельзя.

С одной стороны, неиндивидуальное использование предметов, контактирующих с содержимым влагалища (нижнее бельё, тренажёры для мышц тазового дна, секс-игрушки и др.), достоверно снижает число кислотопродуцирующих лактобактерий и способствует колонизации вагинального биотопа *Gardnerella vaginalis*¹⁶. С другой стороны, результаты исследований, выполненных в разных странах мира, свидетельствуют, что частота заболевания у девственниц и пациенток, живущих половой жизнью, если и не идентична, то полностью сопоставима¹⁵.

В итоге благое намерение элиминировать «лишние» бактерии только ухудшает ситуацию.

Предпочтительной тактикой лечения бактериальных вагинозов сегодня признана двухэтапная схема*. Тем не менее вторая стадия терапии — восстановление нормальной микрофлоры — как раз то, о чём регулярно и неоправданно забывают практикующие акушеры-гинекологи.

Первым этапом при диагностированном бактериальном вагинозе назначают антибиотики и антисептики (метронидазол, хлоргексидин, деквалиния хлорид и др.). Преимущество следует отдавать средствам местного действия, что позволяет добиться высокой концентрации лекарственного вещества во влагалище и избежать системных побочных эффектов.

Второй этап подразумевает создание условий для восстановления нормальной влагалищной лактофлоры за счёт применения эубиотиков и пробиотиков. Особенно интересен в практическом плане лекарственный комплекс, объединяющий эубиотик с эстрогеном. Первый из них помогает заселить влагалище нормальной микрофлорой, однако просто поместить лактобактерии во влагалище недостаточно, ведь при бактериальном вагинозе там нет подходящих условий для их существования и успешного размножения. Поэтому очень важно действие эстрогенного компонента — его «обязанности» куда шире: он стимулирует созревание многослойного плоского эпителия и способствует синтезу гликогена, создавая тем самым питательную среду для лакто- и бифидобактерий^{10,14,15}. В состав «Гинофлора Э» входит эстриол — гормон короткого действия. Его влияние в клеточном ядре продолжается 1–4 ч. Кроме того, средство рецепторов к эстриолу в 10 раз меньше, чем к эстрадиолу.

Интравагинальное применение эстриола в дозе до 0,5 мг в сутки стимулирует пролиферацию и созревание эпителия, при этом не оказывая системного эффекта. Кроме того, под влиянием эстрогена оптимизируется продукция слизистого секрета в шейке матки, что создаёт защитный барьер на пути инфекции^{7,10,15}.

В наши дни также проводятся пилотные исследования с целью определить, можно ли вообще обойтись без первого этапа терапии, ограничившись лишь вторым — восстановлением нормального пула лактобактерий. Есть вероятность — правда, пока только теоретическая, — что при благоприятных условиях вагинальная экосистема справится с условными патогенами и без дополнительной агрессии противомикробных средств¹⁷.



Проблемы подростковой гинекологии в современной России приобрели небывалую актуальность. При среднем возрасте начала половой жизни 14,5–16 лет девочки-подростки в соответствии с российским законодательством наблюдаются до 18-летнего возраста в детских поликлиниках, где на 10 тыс. детского и подросткового населения предусмотрена лишь одна ставка гинеколога. И этого, конечно, явно недостаточно для обеспечения потребностей большой страны.

С другой стороны родители, обычно придерживающиеся обывательских взглядов в вопросах полового воспитания, считают, что без весомых причин девушке до замужества (а то и до наступления беременности!) к гинекологу ходить не нужно — только лишний стресс для «ребёнка». А «девочка» понимает, что если она обратится за помощью в поликлинику, то родители от врача могут узнать, что дочь уже живёт половой жизнью. Подростковый нигилизм отвергает и заботу матери, и помощь врача в этих вопросах, не давая вовремя подсказать, научить, а в идеале — обнаружить и устранить проблему.

Вывод очевиден: подростки зачастую нуждаются в консультации и лечебной помощи акушера-гинеколога не меньше, а даже больше, чем взрослые пациентки. И именно в этом нежном возрасте так важно результативно, избавлять наше «репродуктивное завтра» от выявленных гинекологических заболеваний, в том числе дисбиозов половой системы. **SP**

* (м. StatusPraesens, номера: #3[6] (стр. 58), # 2[5] (стр. 70), #1[4] (стр. 50).

Флуомизин

МНН деквалиния хлорид

ПРЕПАРАТ СКОРОЙ ПОМОЩИ



- Антисептик широкого спектра действия для лечения вагинальных инфекций
- Возможность начала терапии до получения результатов анализов¹
- Эффективное лечение бактериального вагиноза без развития “молочницы”
- Разрешен к применению на всех сроках беременности и при лактации

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- Бактериальный вагиноз
- Вагинит/вульвовагинит неспецифический
- Санация влагалища перед операциями и родами

www.fluomizin.ru

1. Casa V., Noll H., Gonser S. et al. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomised, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study / Arzneimittelforschung. — 2002. — Vol. 52. — №9. — P. 699–705.

Производитель: **Мединова Лтд./ Medinova Ltd.**
Адрес: Еггбюхлштрассе 14, CH-8052 Цюрих, Швейцария/ Eggbuehlstrasse 14, CH-8052 Zurich, Switzerland
для ООО «Инвар», Россия, тел.: (495) 962-16-62
www.invar.ru

medinova
ШВЕЙЦАРСКОЕ КАЧЕСТВО

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.

Статус PraeSENS

работа
Над
Дошибками



клиническое исследование: 44% ошибок

Результативные подходы к диагностике
хронического тазового болевого синдрома



Авторы: Марина Григорьевна Газазян, проф., докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета; Александр Владимирович Харди́ков, докт. мед. наук, врач высшей категории, асс. кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Курского государственного медицинского университета

Копирайтинг: Елена Акуленко

По данным ВОЗ, каждый пятый человек в мире страдает от хронической боли. В гинекологии болевой синдром, локализованный в области малого таза, служит причиной 66% обращений женщин к акушеру-гинекологу¹. И в большинстве случаев его списывают на хронический сальпингофорит (аднексит), не задумываясь о том, что на самом деле диагноз может быть совсем другим. Как и прежде, врачи основываются лишь на результатах опроса, клинико-лабораторного исследования и УЗИ. А к современным высокотехнологичным методам обследования — эндоскопическим (лапарогистероскопии, цистоскопии, колоноскопии), магнитно-резонансной и компьютерной томографии — обращаются только при возникновении осложнений²⁻⁶.

Результаты (точнее, их удручающее отсутствие) налицо.

Диагноз «хронический сальпингофорит» в случаях, когда пациентка жалуется на боль в области малого таза, врачи часто считают «дежурным». При этом цифры таковы: 70% пациенток с болевым синдромом, интерпретированным как хронический аднексит, вынуждены обращаться за повторными курсами лечения, а 39% из них остаются недовольны результатами (Харди́ков А.В., Газазян М.Г., 2009). Налицо несомненные дефекты диагностики; иногда ситуация и вовсе может приобретать скандальный оттенок — была ли вообще оказана медицинская помощь, раз диагноз поставили неверно и столь же ошибочным оказалось проведённое лечение? И, безусловно, конструктивные предложения по оптимизации диагностики и лечения хронического тазового болевого синдрома заслуживают пристального внимания.

Специалистами кафедры акушерства и гинекологии медицинского университета Курска разработан чёткий и результативный алгоритм дифференциальной

диагностики заболеваний, сопровождающихся хроническим тазовым болевым синдромом.

В исследовании приняло участие действительно значимое количество пациенток — 680 женщин 20—50 лет, длительно (от 2 до 20 лет) испытывавших выраженные болевые ощущения в малом тазу. Чтобы сформировать алгоритм, были последовательно применены следующие методы диагностики:

- сбор анамнеза, общий осмотр;
- лабораторное исследование;
- КТ, УЗИ, реопельвиография;
- лапароскопические методы (гистероскопия, цистоскопия, ректороманоскопия и колоноскопия, лапароскопия и др.).

Такое разнообразие методик обследования на первый взгляд кажется непродуманным и расточительным, однако лишь таким образом можно было сопоставить их эффективность и целесообразность. Ведь в алгоритм должны были войти только действительно необходимые и информативные методы.



Клинический пример

1

Пациентка Л., 27 лет, в течение 5 лет болела хроническим сальпингоофоритом. Тазовые боли беспокоили её почти постоянно, усиливаясь при физической нагрузке, половом контакте, переохлаждении, в перименструальный период, после стресса. Повторные курсы противовоспалительного лечения (2–3 раза в год) сопровождались умеренным, но непродолжительным клиническим эффектом, поэтому между курсами пациентка принимала анальгетики. Начало заболевания она связывает с медицинским абортом в 11–12 нед гестации. В анамнезе одни нормальные роды с массой плода 3450 г и два медицинских аборта; после последнего из них в течение 1,5 лет желанная беременность не наступала. В прошлом УЗИ эпизодически обнаруживало жидкость в позадаточном пространстве, расширение левой маточной трубы. Последний год пациентка избегает половых контактов в связи с усилением тазовых болей после коитуса. Пациентка настаивала на радикальном оперативном лечении в надежде на избавление от боли. Плановая лапароскопия выявила:

- левосторонний гидросальпинкс;
- варикозное расширение вен левого параметрия;
- синдром Аллена–Мастерса слева;
- очаги эндометриоза, локализованные на тазовой брюшине, крестцово-маточных и широких связках;
- спаечный процесс в малом тазу I–II степени.

Проведены адгезиолизис, неосальпингостомия, резекция наиболее изменённых варикозных сосудов, восстановление заднего листка левой широкой связки матки, коагуляция очагов эндометриоза, введение противовоспалительного геля в органы малого таза.

С целью реабилитации пациентка получала «Лонгидазу», гестринон, реолитики, ангиопротекторы, антиоксиданты. Хронический тазовый болевой синдром регрессировал, через 11 мес наступила беременность, завершившаяся рождением живого ребёнка массой 3150 г на сроке 38 нед.

«Лонгидаза» обладает ферментативным, протеолитическим действием за счёт пролонгированной гиалуронидазной активности, проявляет противфиброзные свойства и ослабляет течение острой фазы воспаления. Интересно, что препарат содержит не только тестикулярную гиалуронидазу, но и носитель (азоксимера бромид), способный связывать продукты гидролиза — ингибиторы фермента и стимуляторы синтеза коллагена (ионы железа, меди, гепарин и др.). Таким образом удаётся не только разрушить полимеры матрикса рубцовой ткани, но и подавить обратную регуляторную реакцию, направленную на образование соединительной ткани.

Точное попадание

Полученные результаты превзошли все ожидания исследователей. Всех 680 пациенток с предварительным диагнозом «хронический тазовый болевой синдром» поделили на четыре итоговые группы по признаку окончательного диагноза.

В **первую группу** попали 127 женщин с подтверждённым диагнозом «**хронический сальпингоофорит**» без сопутствующих гинекологических нарушений. Удивительно, но их оказалось очень мало — 18,7%! В этой группе диагноз был поставлен по данным лапароскопии, во время которой исследователи попутно проанализировали структуру патологических изменений в придатках матки. Выяснилось, что у каждой второй воспаление протекало без изменения проходимости маточных труб; у каждой четвёртой была нарушена проходимость в их различных отделах; у каждой десятой диагностировано преимущественное поражение яичников (мелкокистозная дегенерация); у каждой двадцатой — хроническое воспаление придатков, осложнившееся спаечным процессом III–IV степени в сочетании с непроходимостью труб.

Во **вторую группу** попали 257 женщин (37,8%), у которых, по данным лапароскопии, подтвердился диагноз «хронический сальпингоофорит» **в комбинации с другими гинекологическими заболеваниями**, причём во многих случаях сопутствующие нарушения были множественными. У половины

пациенток выявлен наружный и внутренний генитальный эндометриоз (стадии I–II по классификации Кулакова В.И., Адамян Л.В., 1998); наиболее частой локализацией наружных эндометриоидных гетеротопий была область крестцово-маточных связок, но также диагностировали поражения всех возможных локализаций: ректовагинальное пространство, яичники, задний листок широкой маточной связки, пузырно-маточная складка, маточные трубы. У каждой третьей пациентки обнаружены варикозные изменения вен мезосальпинкса, параметриев, яичниковых вен с визуальными признаками хронического нарушения крово- и лимфообращения малого таза; у каждой пятой выявлены гиперпластические процессы эндометрия, кисты яичников, миома матки*.

Диагноз «аднексит» был правомочным лишь у 56,5% пациенток с хронической тазовой болью. При этом у 37,8% обнаружены сопутствующие гинекологические заболевания.

Совсем мимо

Третью группу итоговых диагнозов составила 51 женщина с хронической тазовой болью (7,5%) — здесь хронического сальпингоофорита и вовсе не

[По результатам исследований, диагноз «аднексит» оказался правомочным всего лишь у 57% пациенток, страдающих хроническим тазовым болевым синдромом.]

оказалось, но зато были обнаружены другие заболевания репродуктивной сферы, длительно протекавшие под маской аднексита. У половины пациенток выявлен внутренний и наружный генитальный эндометриоз I–III стадии, у другой половины — варикозные изменения вен мезосальпинкса, параметриев, яичниковых вен с визуальными признаками хронического нарушения крово- и лимфообращения в области малого таза. Кроме того, у многих в этой группе оказалось не по одному диагнозу.

В четвёртой группе — а сюда вошла треть (!) обследованных пациенток с хронической тазовой болью (36%, или 245 женщин) — эндоскопическое обследование позволило не только исключить любые гинекологические заболевания, но и подтвердило диагноз некоторых экстрагенитальных состояний. Так, у 31 женщины диагностированы спаечный процесс брюшной полости, не захватывающий органы малого таза, хронический аппендицит, хронический

холецистит и пр. При полном отсутствии болезней репродуктивной системы.

Большую часть обследованных четвёртой группы (214 женщин) направляли для дальнейшего обследования к неврологу, гастроэнтерологу, урологу и другим специалистам. В результате у большинства из них (61,6%) были установлены в качестве причины тазовой боли заболевания опорно-двигательного аппарата, у прочих — нарушения в мочевыделительной системе, туннельные нейропатии, забрюшинные новообразования.

А 14 пациенткам диагноз поставил психоневролог: их истинными заболеваниями оказались нервно-психические расстройства (неврозы, депрессивные состояния и др.).

Попутно исследователям удалось сделать ряд интересных наблюдений. У женщин четвёртой группы значительно реже ($p \leq 0,05$) наблюдались нарушения фертильности; это и понятно,

* Более подробно информация представлена на стр. 62–63.



Клинический пример

2

Пациентка М., 38 лет, в течение 9 лет испытывала боль в области малого таза, по этому поводу 1–2 раза в год проходила курсы противовоспалительного лечения от «обострения хронического сальпингоофорита» с удовлетворительным, но непродолжительным эффектом. В период обострения УЗИ выявило жидкость в позадиматочном пространстве. В анамнезе у женщины двое родов с массой плодов 3950 и 4280 г и один медицинский аборт. По совету врача решила на процедуру хирургической стерилизации. В ходе операции визуальных патологических изменений со стороны маточных труб обнаружено не было, установили варикозное расширение вен параметриев и яичников III–IV степени, наиболее изменённые вены (в том числе правая яичниковая) были удалены. Гистологическое исследование резецированных участков маточных труб подтвердило отсутствие воспалительных и поствоспалительных изменений. Для послеоперационной реабилитации женщина получала курс реолитиков, антиагрегантов, ангиопротекторов, а также курс гирудотерапии. В итоге тазовый болевой синдром регрессировал, в течение 4 лет рецидивов не наблюдалось, что значительно улучшило качество жизни пациентки.

ПОД МАСКОЙ ХТБС

680

ПАЦИЕНТОК УЧАСТВОВАЛО
В ИССЛЕДОВАНИИ

I группа

127 женщин / 18,7% общего
числа пациенток в исследовании:
хронический сальпингоофорит

• 51 / 40,4%

Без нарушения проходимости маточных
труб, со спаечным процессом в области
малого таза (I—II степени)

• 34 / 26,8%

Нарушения проходимости
в различных отделах маточных труб

• 19 / 14,8%

Преимущественное поражение
яичников в виде мелкокистозной
дегенерации, мало затрагивающее
маточные трубы

• 23 / 18%

Со спаечным процессом
III—IV степени в области малого
таза и непроходимыми трубами

127

II группа

257 женщин / 37,8% общего числа
пациенток в исследовании:
хронический сальпингоофорит
в комбинации с другими
гинекологическими
заболеваниями.
У некоторых пациенток было
больше чем по одному диагнозу

Сопутствовали

• 125 / 48,8%

Наружно-внутренний эндометриоз

• 81 / 31,5%

Хронические нарушения
крово- и лимфообращения
и варикозное расширение вен
малого таза

• 49 / 18,9%

Гиперплазия эндометрия,
кисты яичников, миома матки

• 23 / 8,7%

Хронический эндометрит,
синдром Ашермана

• 14,5 / 5,5%

Посттравматические изменения
половых органов
(рубцовые деформации шейки
матки и стенок влагалища,
синдром Аллена—Мастерса,
послеоперационные изменения
органов малого таза)

• 8 / 3,1%

Дистопия половых органов

• 5 / 1,6%

Аномалии развития матки
и придатков

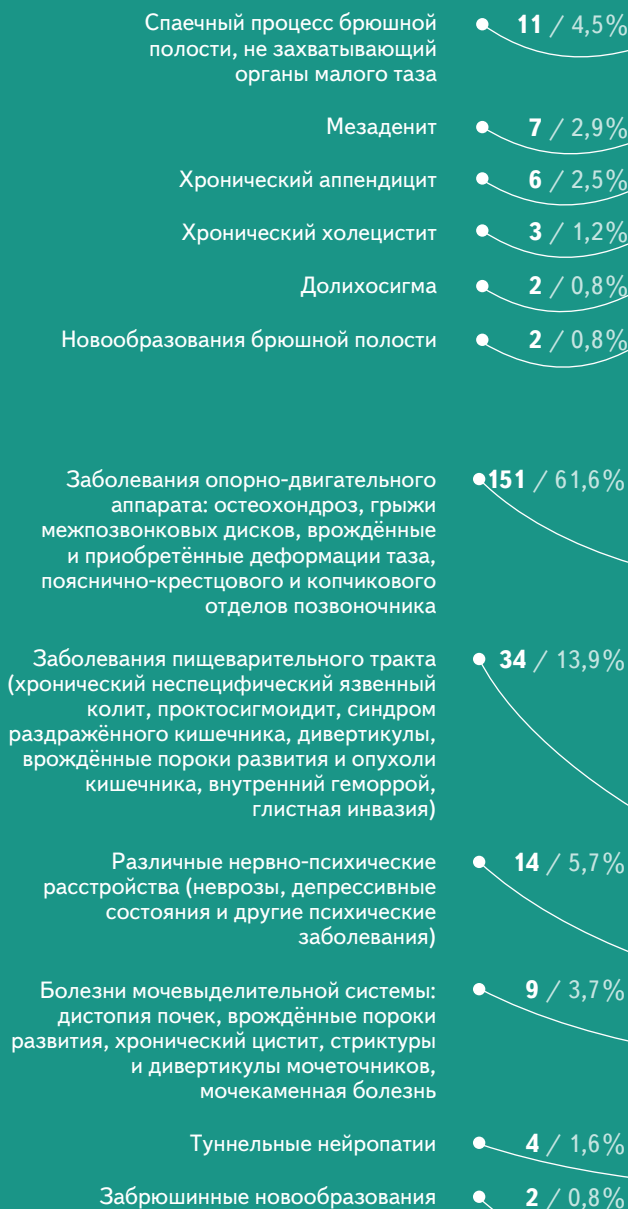
• 2 / 0,8%

Ранняя стадия рака яичника

257

IV группа

245 женщин / 36% общего числа пациенток в исследовании: без гинекологических заболеваний, но с другими диагнозами



Таким образом, при хроническом тазовом болевом синдроме без эндоскопии удаётся правильно поставить диагноз «хронический сальпингоофорит» у 56,5% пациенток, причём в 18,7% случаев диагностика безошибочна и в 37,8% — диагноз неполный. В 43,5% случаев женщину нужно лечить от другого заболевания!

III группа

51 женщина / 7,5% общего числа пациенток в исследовании: без хронического сальпингоофорита, с другими заболеваниями репродуктивной сферы

- 29 / 56,9% Эндометриоз
- 22 / 43,1% Хронические нарушения крово- и лимфообращения с варикозным расширением вен малого таза

Кроме того, у некоторых пациенток было больше чем по одному диагнозу (гиперплазия эндометрия, миома матки, параовариальные кисты, посттравматические изменения, синдром Ашермана, дистопии и аномалии развития половых органов)

Клинический пример

3

Пациентка С., 32 года, на протяжении 7 лет страдала хроническим тазовым болевым синдромом. Дважды в год проходила курсы лечения по поводу «обострений хронического сальпингоофорита» с умеренным положительным эффектом. В анамнезе двое родов (масса детей 3750 и 4500 г) и два медицинских аборта. Начало заболевания связывает со вторыми родами, которые (со слов) осложнились «слабостью родовой дея-

тельности». В потужном периоде был применён приём Кристеллера*, и после родов несколько дней пациентка почти не могла ходить из-за сильной боли в области таза. В дальнейшем состояние пациентки ухудшалось при физических нагрузках, переохлаждениях. При бимануальном исследовании определялась болезненность в области придатков матки. УЗИ эпизодически выявляло жидкость в позадидиматочном пространстве,

лечащий врач расценивал этот симптом как признак воспалительного процесса. Лапароскопия не показала каких-либо изменений в органах малого таза. Однако при рентгенологическом исследовании позвоночника и костного таза у женщины были обнаружены **диагностическое сочленения и неправильно сросшийся перелом копчика**. Дальнейшее лечение пациентка проходила у соответствующего специалиста.



* ...Наряду с новыми «проявлениями агрессии» нигде не исчезли и старые, даже древние неразумные применения физической силы без всякой в ней потребности. Речь о так называемом «пособии» по Кристеллеру, по праву претендующем на роль одного из величайших парадоксов медицины... И вот врачи разных весовых категорий, не щадя себя и не думая о последствиях для младенца, наваливаются всей силой, жмут плечом, нарушают механизм правильных родов, создают условия для дистокции плечиков, режут промежность при высоко стоящей головке и... добиваются тяжёлой травмы... [В.Е. Радзинский. Акушерская агрессия, 2Ф11]

Клинический пример

4

Пациентка К., 36 лет, в течение 15 лет испытывала хронические болевые ощущения в области таза с диагнозом хронического сальпингоофорита. Эффект от регулярной (1–2 раза в год) противовоспалительной терапии со временем ослабевал. В анамнезе двое нормальных родов с массой новорождённых 3400 и 3550 г, один медицинский аборт. Надеюсь на избавление от изнуряющей боли, в возрасте 34 лет пациентка решила на лапаро-

скопическую стерилизацию, в ходе которой не было найдено никаких патологических изменений в области придатков и органов малого таза. Гистологическое исследование маточных труб также не выявило никаких признаков хронического воспаления. Однако боль продолжала беспокоить пациентку и после операции. Прояснить ситуацию помог детальный опрос пациентки. Было установлено, что в возрасте 17–22 лет жен-

щина активно занималась парашютным спортом, совершила более 100 прыжков. Рентгенологическое исследование подтвердило эти спортивные «достижения»: были обнаружены **грыжи межпозвоночных дисков** L_I–L_{II}, L_{III}–L_{IV} и L_V–S_I. Пациентку направили на консультацию и лечение к нейрохирургу и вертебрологу, в результате терапии её состояние улучшилось, а болевые ощущения в области таза не возобновлялись.



ведь заболеваниями гинекологической сферы они не страдали. Зато у них достоверно чаще ($p \leq 0,05$) были отмечены патологические роды и кесарево сечение в анамнезе, поскольку нормальный биомеханизм родов нарушали характерные признаки: клинически узкий таз, патологические изменения костного таза и крестцово-копчикового отдела позвоночника.

Один раз увидеть

В ходе работы исследователи пришли к ряду важных выводов, и первый из них: показатели периферической крови и состояние биоценоза влагалища не могут служить диагностическими критериями при выяснении причин хронической тазовой боли. В первой, второй и третьей группах не было выявлено характерных отличий этих параметров.

Следующий неожиданный вывод: оказывается, столь популярное среди акушеров-гинекологов **УЗИ малого таза недостаточно информативно в плане дифференциальной диагностики** — жидкость в позадаточном пространстве, мозаицизм эхоструктуры в области придатков одинаково часто наблюдались во всех клинических группах. И только у 12,8% женщин был отмечен такой достоверный признак воспаления придатков, как визуализация просвета трубы⁷.

Полученные результаты показали, что без эндоскопических методов исследования правильно установить диагноз хронического сальпингоофорита удаётся лишь у 56,5% женщин, причём в 37,8% случаев он оказывается неполным, зато дополнительные методы — лапаро- и гистероскопия — помогают обнаружить сопутствующие гинекологические заболевания, также способные вызывать болевой синдром. А частота диагностических ошибок без применения эндоскопических методов составляет почти 44%!

При этом эндоскопия хороша не только как диагностическая методика, но и как способ лечения. В данном исследовании лапароскопия оказалась чисто диагностической лишь у 41,6% пациенток, у остальных одновременно удалось провести оперативное лечение (в том числе аппендэктомия, адгезиолизис и т.д.). Таким образом, именно эндоскопическим методам следует отдавать приоритет в дифференциальной диагностике синдрома хронической тазовой боли, **применяя их не позднее чем через 12 мес после возникновения симптомов на фоне неэффективности лечения или при рецидиве боли**. Слишком надолго отложенная хирургическая операция может оказаться неэффективной: существует риск патологической перестройки органов иннервации и формирования такого состояния, когда даже устранение первопричины не позволяет быстро избавить женщину от боли^{4,8}.

Что же касается высокотехнологичных диагностических методов (МРТ и КТ), то их возможности на фоне воспаления в области придатков матки весьма ограничены⁵.

Примечательно, что сегодня диагностика хронического тазового болевого синдрома вызывает гораздо больше вопросов у специалистов, чем лечение, поскольку при имеющемся диагнозе довольно просто назначить современную эффективную терапию (например, антиагреганты и реолитики при варикозном расширении вен в области малого таза или «Лонгидазу» при спаечном процессе)⁹.

Итак, результаты большой практической работы легли в основу алгоритма обследования пациенток с хронической болью в области малого таза. Его применение позволяет поставить диагноз в большинстве случаев: группа диспансерного наблюдения женщин с хроническим аднекситом уменьшилась на 43,6%, а частота повторных курсов противовоспалительного лечения (в год) — в 3,5 раза. А вот число женщин, недовольных результатами лечения, сократилось почти в 5 раз.



Хронический тазовый болевой синдром всегда ставит перед грамотными клиницистами вопрос дифференциальной диагностики. И дело даже не в том, что на практике этот вопрос возникает, увы, нечасто, основная сложность — в сроках применения приведённого алгоритма. Безусловно, для эндоскопических вмешательств должны быть веские основания, однако если в течение года женщина жалуется на боль в малом тазу, а лечение малоэффективно, то сомневаться не стоит. Причина должна быть найдена, даже если заболевание в итоге окажется в сфере ответственности психоневролога. **SP**





врачебные страхи и опасения: в эпицентре шторма

Мозговой штурм «Почему далеко не все российские врачи назначают гормональную контрацепцию?»*

Причины недостаточной востребованности гормональной контрацепции в России по сравнению со многими развитыми странами — один из наиболее сложных вопросов отечественной гинекологии. По данным европейских исследований¹, оральную контрацепцию в Германии используют 54,3% женщин, во Франции — 50,5%, в Швеции — 34,6%, в Великобритании — 29,6%. В России же, по сведениям Госкомстата, КОК принимают лишь 13,4% женщин, а вот оценки аптечных дистрибьюторов, реально представляющих количество проданных упаковок, намного пессимистичнее — всего 4%.

В последние годы всё чаще стала обсуждаться прежде замалчиваемая тема — недостаточная мотивированность к назначению КОК среди самих врачей. Именно врачебные советы, рекомендации или, что ещё хуже, молчание вносят ощутимый вклад в низкое потребление КОК (и, соответственно, в высокий уровень аборт). Масштабы и причины явления, для которого недавно возник термин «врачебная гормонофобия», и стали основной темой мозгового штурма, который прошёл 3 сентября 2011 года в Сочи в рамках одной из самых дискуссионных в стране конференций для акушеров-гинекологов.

Важное обстоятельство: в мозговом штурме приняли участие не только ведущие российские специалисты в области акушерства и гинекологии, но и (впервые!) представители фарминдустрии. Похоже, что для решения столь серьёзной социальной проблемы («мало контрацепции — много абортов») пришло время объединяться, делиться опытом и искать совместные решения.

* По материалам Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», Сочи, 3 сентября 2011 года. Расшифровка полной аудиозаписи мозгового штурма приведена на сайте www.praesens.ru.

В начале мозгового штурма были заслушаны два научных доклада по поводу причин недостаточного назначения гормональной контрацепции — две точки зрения признанных научных экспертов в области контрацепции.

Масштабы и причины явления

Марина Борисовна Хамошина, докт. мед. наук, проф., проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов

Проф. М.Б. Хамошина начала свой эмоциональный доклад с описания следующего клинического случая. Молодая женщина, принимавшая в течение 8 мес с прекрасной переносимостью гестоденсодержащий препарат («Линдинет 30» компании «Гедеон Рихтер»), пришла на профилактический приём в женскую консультацию (проявив не столь частую для российских пациенток дисциплинированность). Однако врач высшей категории провёл УЗИ, и вот его «вердикт»: «У вас крошечная матка и никогда не будет детей. Вы с ума сошли? Немедленно отменяйте гормональный препарат, будем растить вам матку!» Пациентка тут же отказалась от контрацепции и, последовав рекомендациям врача, начала принимать «Цикло-Прогинову», назначенную совершенно сознательно с целью «подрастить матку». А через 2 мес после отмены КОК — аборт. У этой пациентки, прекрасно мотивированной на приём КОК, всё было в порядке. До визита к врачу.

К сожалению, в нашей стране далеко не редкость, когда врач совершенно искренне считает, что в **приёме КОК нужны перерывы**. Однако эта точка зрения не имеет научного обоснования. Очень показательное недавнее украинское исследование (2010). 250 молодых женщин (17–25 лет) принимали КОК. 14% из них врач посоветовал сделать перерыв, после чего они не возобновили приём контрацептива. Однако данные доказательной медицины говорят нам

[По сведениям аптечных дистрибьюторов, реально представляющих количество проданных упаковок, в России потребление КОК составляет всего лишь 4%.]

[Совокупная летальность у пользовательниц КОК от всех причин ниже, чем у других женщин.]



[В нашей стране далеко не редкость, когда врач совершенно искренне считает, что в приёме КОК нужны перерывы.]

о том, что делать перерывы в приёме контрацептивов без действительно острой надобности нельзя: все лечебные эффекты нивелируются, фертильность по ребаунд-эффекту резко возрастает, а риск побочных эффектов возвращается к старту².

Доцент Н.И. Дуглас (2007) получила ещё более печальные данные: среди женщин Якутии 22% пришли на аборт именно потому, что врач запретил им принимать гормональные контрацептивы без каких-либо медицинских показаний^{3,4}.

Среди других возможных причин низкого потребления КОК в своё время называли их **высокую стоимость**. В 2009 году компания «Байер» провела маркетинговый эксперимент, вдвое снизив цены на препараты («Микрогинон» и «Минизистон»). Продажи не увеличились. Значит, приверженность гормональной контрацепции связана с ценой далеко не в той степени, как предполагалось ранее.

Ещё одна возможная причина — критическое мнение **мужчины-партнёра** пациентки. Панъевропейское исследование (2010) показало, что 42% мужчин совсем не информированы о методах предохранения от беременности. А женщины в 58% случаев склонны опираться именно на мнение своего партнёра, конечно же, не подтверждённое какими-либо научными данными⁵.

Таким образом, настала пора досконально исследовать этот феномен, для чего необходимо большое общероссийское исследование с опросом практикующих врачей. Докладчик выразила уверенность, что уже в 2012 году будут получены первые данные о том, почему же наши врачи не назначают гормональные контрацептивы.

КОК и онкологические риски: опасности реальные и мнимые

Ирина Сергеевна Савельева, докт. мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, президент Восточно-Европейского альянса за репродуктивный выбор

Свой доклад проф. И.С. Савельева посвятила одной из самых очевидных причин недостаточного назначения гормональной контрацепции — необоснованной канцерофобии.

Хотя прогресс в онкологии очевиден и показатели выживаемости с каждым годом улучшаются, боязнь

злокачественных опухолей вполне обоснована. Если же вспомнить о гормонозависимости почти всех онкологических процессов в репродуктивной системе, то становится понятным колоссальное количество масштабных научных исследований по выявлению связи приёма КОК и гинекологического рака. В наши дни уже можно подводить итоги, опасны ли КОК высоким риском онкологических заболеваний.

[Женщины, которые принимали КОК в течение 2–5-летнего периода, защищены от рака яичников и эндометрия на срок от 10 до 15 лет. КОК не повышают риск рака молочной железы, не ускоряют течение уже существующего онкопроцесса и развитие метастазов.]

По материалам исследований 1979, 1983, 1986 годов мировым медицинским сообществом был сделан однозначный вывод: гормональные контрацептивы не увеличивают риск рака эндометрия⁶. Что касается рака яичников, самого труднодиагностируемого по сей день (60–80% случаев в России приходится на III стадию, когда спасти женщину уже не удаётся), то данные 1970–1980-х годов свидетельствуют об абсолютном снижении его риска на фоне приёма КОК. Относительный функциональный покой, который обеспечивают эндометрию и яичникам КОК, вполне объяснимо уменьшает риск злокачественных процессов указанной локализации.

Далее. В течение двух последних десятилетий несколькими крупными исследованиями было установлено, что современные низкодозированные препараты не только не увеличивают риск гинекологического рака, но и обладают высоким защитным эффектом, особенно в отношении молочной железы и шейки матки, даже у пациенток с наследственной предрасположенностью к этим поражениям⁷.

Опираясь на множество правильно проведённых исследований, сегодня мы можем уверенно заявлять, что КОК не повышают риск рака молочной железы, не ускоряют течение уже существующего онкологического процесса и раз-

витие метастазов. Более того, гормональные контрацептивы, принимаемые молодыми девушками до того, как первая беременность завершится абортom и всевозможными нарушениями гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, могут предотвратить развитие доброкачественных и раковых заболеваний молочных желёз. У женщин, в прошлом принимавших гормональные контрацептивы, у которых независимо от

ции ВОЗ» 4-го выпуска (2009): раку яичников и эндометрия присвоена I категория (гормональную контрацепцию можно использовать без ограничений). То же самое относится к доброкачественным новообразованиям молочной железы при семейном анамнезе, отягощённом раком этой локализации. Цервикальному раку соответствует II категория.

В России в 2002 году на Европейской конференции по раку молочной железы было заявлено, что совокупная летальность у пользовательниц КОК от всех причин ниже, чем в общей популяции⁹.

И тем не менее современная наука располагает одним фактом о положительной связи КОК и развития рака. По данным одного из последних кокрановских систематических обзоров, при наличии у женщины онкогенных штаммов вируса папилломы человека (ВПЧ) следует отнестись к назначению КОК весьма осторожно. В этих случаях длительность использования гормональной контрацепции не должна превышать 5 лет — тогда онкологический риск не выше среднепопуляционного (в большей степени это относится к раку шейки матки). При положительном тесте на ВПЧ и приёме КОК в течение 5–9 лет риск повышается



© Инна Грязнова/Фотобанк Лори

в 4 раза и более — соответственно сроку приёма. Если же у женщины нет носительства ВПЧ, то общая продолжительность гормональной контрацепции не влияет на риск гинекологического рака.

Барьеры на пути экстренной контрацепции

Обсуждать проблему недоверия врачей к гормональным средствам исключительно с научных позиций было бы не совсем верным. Поскольку фармацевтический бизнес уже много лет доказывает нам своё социальное безразличие, на мозговой штурм были приглашены представители двух ведущих мировых производителей контрацептивов — компании «Гедеон Рихтер» и компании «Байер». Их точка зрения и глубина исследовательской работы по изучению приверженности врачей к гормональной контрацепции оказались более чем интересными.

Елена (Таниславовна) Пархолина, руководитель гинекологического подразделения компании «Гедеон Рихтер»

Е.С. Пархолина, руководитель одного из наиболее успешных направлений компании «Гедеон Рихтер» (российского лидера по количеству проданных упаковок гормональных контрацептивов), свой доклад посвятила проблеме недостаточного использования **экстренной контрацепции**.

По мнению ВОЗ, серьёзное препятствие к уменьшению числа нежелательных беременностей у подростков — незнание. Так, опрос, проведённый в США, показал, что, несмотря на информационную поддержку, менее половины молодых людей знали о возможности экстренной контрацепции как таковой, а также о том, что препараты «аварийной» контрацепции продаются в аптеках без рецептов.

Докладчик выделила несколько **барьеров** для использования экстренной контрацепции.

Основное препятствие — со стороны **пациентов**: незнание, непонимание основ контрацепции, физиологии фертильности и риска беременности. Во Франции опрос показал, что 50% женщин, пришедших на аборт, не смогли сказать, в какой момент могло произойти зачатие; не предохраняясь или предохраняясь неэффективно, они не думали о риске.

Второе препятствие — **фармацевты**. 80% европейских сотрудников аптек знают, что такое экстренная контрацепция, но грамотно проконсультировать пациентку могут только 15% из них. Зачастую неверные сведения, предоставленные фармацевтом, дискредитируют метод. Нередко рекомендация сотрудника аптеки ошибочна: «Вы можете использовать экстренную контрацепцию через 3 дня после полового акта» вместо «в течение 3 дней с момента полового акта».

Третий барьер, к сожалению, **врачи**. Они обладают достаточными знаниями, но обычно демонстрируют нейтрально-позитивное отношение к гормональной контрацепции. По статистике, только треть гормональных контрацептивов назначается по инициативе врача, а остальные две трети врач выписывает, только когда сама пациентка попросит об этом.

ВОЗ выделила и четвёртый барьер — негативную роль **СМИ** в дискредитации гормональной контрацепции в целом и экстренной в частности. Очень часто СМИ тиражируют негативные темы в виде псевдомедицинской информации, по сути занимаясь своеобразным мифотворчеством.

В России компанией «Гедеон Рихтер» было спонсировано крупное маркетинговое исследование, касающееся средств экстренной контрацепции и КОК. Среди методов предохранения от нежелательной беременности россиянам наиболее известны мужские презервативы, контрацептивы и прерванный половой акт. По сути, гормональная и экстренная контрацепция — достаточно узнаваемый метод, но знание не равнозначно использованию. 79% женщин информированы о наличии экстренной контрацепции с помощью левоноргестрела, но только 7% женщин этим методом пользовались. Женщины полагали безопасными презерватив, календарный метод, спринцевание, потому что их легко начать и прекратить использовать, можно применять долго, а степень их «устаревания» пока незначительна. Напротив, КОК, мини-пили, экстренную контрацепцию, гормональные рилизинг-системы потребительницы относили к современным, дорогим и, что важно, имеющим много побочных эффектов контрацептивным методам. К тому же перед их использованием необходима консультация врача — всё это отпугивало пациенток.

65% респонденток полагали, что экстренная контрацепция имеет много серьёзных побочных эффектов. На вопрос «Как Вы поступите в ситуации, когда нужно будет принять таблетку для экстренной контрацепции?» ответ «Скорее воспользуюсь методом» дали 73% респонденток, 27% ответили «Скорее нет». Более лояльными оказались пациентки в возрасте 35–45 лет — хорошо знающие, что это за метод («Постинор» — «народный бренд»).

[В Европе грамотно проконсультировать пациентку по вопросам экстренной контрацепции могут только 15% аптечных работников. Нередко рекомендация сотрудника аптеки ошибочна.]

Опыт компании «Гедеон Рихтер» во взаимодействии с врачами говорит о том, что для успешного использования экстренной контрацепции пациентке необходимо иметь знания об этом методе заранее, до того как возникла потребность. Однако, к сожалению, максимум о чем знает российский фармацевт, работающий в аптеке, — о наличии «Постинора» и «Эскапела». Остальными сведениями (побочные эффекты, правильное дозирование, режимы применения препарата и максимально возможный срок использования препарата) российский фармацевт располагает скорее в объёме пациента, а не медработника. А у врача женской консультации, принимающего 15–30 женщин в день, зачастую нет ни времени, ни желания поговорить с пациенткой о плановой или экстренной контрацепции.

Обсуждение в рамках мозгового штурма [выдержки]

Модератор: проф. Радзинский Виктор Евсеевич, засл. деятель науки РФ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов (Москва)

Проф. Артымук Наталья Владимировна (зав. кафедрой акушерства и гинекологии, Кемерово): На мой взгляд, гормонофобия относится к иррациональным страхам. Статистика свидетельствует, что 90% населения боится летать на самолётах, хотя и доказано, что это самый безопасный вид транспорта. Зато на автомобилях мы ездим с большим удовольствием, почти никто не боится. Отчасти страх акушеров-гинекологов носит философский характер. Пару лет назад при поддержке «Института Здоровья Семьи» у нас в регионе проводилось рабочее совещание по вопросам планирования семьи, 2 дня шла напряжённая работа. А потом один из наших уважаемых доцентов встал и сказал: «А я против, мир выжил не потому, что смеялся, а потому, что не предохранялся».

Проф. Линде Виктор Анатольевич (директор Ростовского НИИ акушерства и педиатрии): Я, пожалуй, отношусь к скрытым гормонофобам. Вот, попадал более чем в 15 автоаварий, но полагаю, что первая моя авиакатастрофа будет и последней. Поэтому, хоть они и бывают реже, самолётов я боюсь больше, чем автомобилей. Однако хочу сказать о другом — я своей дочери рекомендовал КОК. Знаете почему? У нас сейчас количество овуляций гораздо больше, чем было в доконтрацептивную эру. Я не уверен, что это полезно.

Проф. Радзинский В.Е.: Известно, что вредно, как и любая «дырка» в оболочке яичника!

Проф. Линде В.А.: Вот и я думаю: далеко не самая полезная вещь — КОК, но частые овуляции ещё менее полезны. Поэтому я близких на всякий случай на КОК «посадил».

Проф. Хамошина Марина Борисовна: Увы, почти половина российских врачей сознаются, что почти не назначают гормонов в повседневной практике. Вроде бы врачи понимают, что гормоны — это полезное достижение современной фармакологии, знают показания и противопоказания, но стараются об этом не говорить. Либо они недостаточно информированы, либо сами не до конца осознают двойственность своего поведения.

Проф. Брюхина Елена Владимировна (зав. кафедрой акушерства и гинекологии, Челябинск): Уважаемые коллеги! В 90-е годы мы начинали обучать врачей в институте повышения квалификации по вопросам ЗГТ и гормональной контрацепции. Мне казалось, что выпущенные ординаторы должны быть такими грамотными! Прошло 10 лет, и я увидела, что они ничего не используют на практике. Практикующие врачи говорят: «Опасностей слишком много, мы боимся». Получается, что научили зря, 10 лет пропали. И только сейчас, принимая в ординатуру, я услышала от врачей: «Говорят, что вы хорошо знаете гормональную контрацепцию и ЗГТ — научите нас!» Лояльных стало больше.

Проф. Радзинский В.Е.: Спасибо. Однако я не верю в пассивный путь преодоления гормонофобии. Мы можем учить хорошо, можем — ещё лучше. Но как нам преодолеть бесконечную рекламу типа «негормональное лечение всего на свете», внушающую «бойтесь гормонов»? Другой вопрос — почему наши выпускники больше доверяют этой бытовой, устаревшей, ни на чём не основанной рекламе? Это для нас с вами, педагогов, очень серьёзный вопрос.

Проф. Радзинский В.Е. (вопрос адресован И.В. Приказчиковой, компания «Байер»): Скажите, 4% — вы имеете в виду потребительниц продукции «Байер» или вообще?

Приказчикова Ирина Владимировна: К сожалению, это общая цифра. Рынок мы оцениваем полностью, сколько продали все фармпроизводители. Мы суммировали эти цифры и рассчитали общее количество циклов в год.

Проф. Радзинский В.Е.: А как по-вашему, из 10 выписанных рецептов на контрацептивы сколько доходит до аптеки? Мы знаем, что доходит три из 10.

Приказчикова И.В.: Есть разные мнения. По нашим данным, три из пяти.

Проф. Харкевич Ольга Николаевна (зам. директора по научной работе Республиканского НПЦ «Мать и дитя», Минск): В Беларуси процент использования гормональной контрацепции, по моим данным, примерно 14–17%. Полагаю, что многим врачам, особенно старшего поколения, ближе и понятнее фундаментальные и материальные источники в виде учебников, справочников и приказов (даже устаревших), чем даже самые доказательные данные из интернета. Потом, рекомендации для врача и его пациента в России одинаковы. В Великобритании не так — там врач получает отдельную, наиболее достоверную и специализированную информацию, в том числе обо всех возможных побочных эффектах. Российский врач тоже хочет иметь полную и подробную информацию.

Проф. Посисеева Любовь Валентиновна (проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, Москва): Для улучшения ситуации с гормонофобией у врача должно быть больше времени на работу с пациенткой, не 10 мин с нормативом 32 человека в день и штрафами за невыполнение. Если вынуждать врача письменно оформлять свои рекомендации по назначению контрацепции, мы получим бумажки, но не результат, как это было с показателями причин

смертности недоношенных. Нужно пересмотреть тарифы, взглянуть на врача амбулаторного звена как на человека, а не как на робота, которого надо усовершенствовать.

Сахарова Виктория Владиславовна (главный акушер-гинеколог Челябинска): Недавно проведённый у нас «Институтом Здоровья Семьи» цикл показал совершенно потрясающую вещь. В кабинетах планирования семьи работали или молодые, только что пришедшие врачи, или люди, уже заканчивавшие свой путь в профессии. Те и другие сошлись во мнении, что назначить гормональный контрацептив очень сложно. Врачи имеют внутренний барьер, сомнения в том, что их знания абсолютны. Мне кажется, надо поломать стереотипы нашего внутреннего мышления.

Мне всегда хотелось задать вопрос сотрудникам фармкомпаний: какой среди них самих процент приёма гормональной контрацепции? А у сотрудников кафедр? А у акушеров-гинекологов? Когда мы будем обладать этими цифрами, тогда поймём, какова наша гражданская позиция в этом вопросе, будем более убедительны с нашими пациентами. Когда сам врач будет уверен, что гормональная контрацепция — это приемлемо, доступно, просто и легко, ситуация изменится.

Проф. Селихова Марина Сергеевна (проф. кафедры акушерства и гинекологии, Волгоград): В сегодняшнем моём докладе *<прозвучавшем ранее>* я не стала показывать один слайд с опросом наших волгоградских врачей, сотрудников кафедры. Не очень красивые результаты получились... Задаваясь вопросом, как преодолеть гормонофобию, надо посмотреть и на себя тоже. Ведь именно мы учим этих врачей. Только тогда мы сможем перевалить за эти позорные 4%.

Проф. Радзинский В.Е.: Марина Сергеевна абсолютно права. Учим плохо; наличие в штате женской консультации гинеколога-эндокринолога — это позор страны. Ещё в 1989 году европейцы смеялись над нами, а именно над фактом отдельной специальности «эндокринология» вообще. Спрашивали у Галины Михайловны Савельевой: «Кто такой эндокринолог? Который лечит диабет и щитовидную железу? Так это терапия!» Вся нынешняя эндокринология репродуктивной системы укладывается в гинекологию. К этому специалисту, существующему от нищеты, можно направить 80% гинекологических больных. А если будут посылать — значит, сами не разбираются; права Марина Сергеевна. А пока не будут знать и понимать — будут бояться, как первобытные люди боялись грома и молнии.

Проф. Иванов Игорь Исаакович (зав. кафедрой акушерства и гинекологии, Симферополь, Украина): К заявлениям фармацевтических фирм я отношусь очень осторожно. Если бы рекламируемые фармпрепараты были так безобидны, как нам рассказывают, они не выводили бы на рынок каждый год новый препарат. Мы студентам говорим о том, что главное, чтобы женщина знала, что такое контрацепция. Наша задача — подсказать, а оптимальный вариант она должна выбрать для себя сама. Я считаю, что для молодых презерватив подходит лучше, особенно при первой близости. Гормональная контрацепция должна быть, но она не панацея.

Пархонина Елена Станиславовна (компания «Гедеон Рихтер»): Мы решили объединиться и прокомментировать ситуацию с точки зрения фармкомпаний. К вопросу о том, почему постоянно выпускаются новые КОК.

Приказчикова И.В. (компания «Байер»): Все женщины разные. Новые препараты не лучше прочих, они отличаются друг от друга по разным параметрам для того, чтобы осведомлённый и квалифицированный врач мог подобрать наиболее подходящее средство. А частая овуляция — это зло, провоцирующее заболевания репродуктивной сферы, и это подтверждается высокой заболеваемостью в России, где, к сожалению, так мало применяют контрацептивы.

Проф. Радзинский В.Е.: Наши прабабушки имели за всю жизнь 25 менструаций, столько же овуляций, остальное время либо носили беременность, либо кормили грудью. Зато у них не было тех гинекологических заболеваний, связанных с расстройствами менструации, возросшими в 5 раз, которые мы видим сегодня.

Работы у нас, коллеги, непочатый край. Я благодарю всех принявших участие в сегодняшнем мозговом штурме.

Борьба мировой науки и гормонофобии

Ирина Владимировна Приказчикова, специалист по развитию рынка контрацептивных препаратов, компания «Байер»

Докладчик, представляющая элиту компании «Байер» (лидера рынка контрацепции по объёму продаж в денежном выражении) по внедрению гормональной контрацепции на российский рынок, своё выступление посвятила вопросам недоверчивого отношения врачей к КОК.

В нашей стране лишь 4% женщин репродуктивного возраста принимают КОК. Примечательно, что зачастую в специализированной литературе приводят другую статистику — 10–15%. Однако это не так. Регулярное использование КОК на протяжении 13 циклов в год следует рассчитывать исходя из общего количества упаковок таблеток, проданных за 12 мес. А поскольку фармкомпания в точности знают, сколько было продано упаковок, именно они могут собрать самую достоверную статистику. И для России это 4%.

По данным опросов, россиянки за последние 12 мес возобновляли приём контрацептивных таблеток в 3 раза чаще, чем их западные современницы, и именно потому, что гинеколог в 45% случаев рекомендует сделать перерыв, мотивируя это необходимостью «отдыха для организма». Поскольку степень доверия к врачу у наших соотечественниц велика (для 81% россиянок именно гинеколог — источник достоверной информации о контрацепции), девять из 10 пациенток следуют рекомендациям и делают указанные перерывы.

К тому же выраженность гормонофобии у россиянок значительно выше, чем в других странах. Вероятно, эти страхи отражают то, что пациентки слышат в кабинете врача: «Я убеждена, что у таблеток много побочных эффек-

тов», «Я не готова ежедневно принимать таблетку, потому что это трудно», «Гормональные таблетки вызывают прибавку веса».

По результатам уже упомянутого проф. М.Б. Хамошиной исследования Top of Mind¹⁰, оказалось, что все врачи по своему отношению к гормонам делятся на четыре различные группы. Есть энтузиасты (к счастью, их почти 36%), есть лояльные к методу гормональной контрацепции (24%). Но также есть почти 40% скрытых или явных гормонофобов. Можно было бы предположить, что это врачи старой школы, которые живут по давнишним приказам, не рекомендуя широкий приём КОК. Однако, к сожалению, 25% интернов и ординаторов на кафедрах акушерства и гинекологии — явные гормонофобы. И почти 20% молодых специалистов — гормонофобы скрытые.

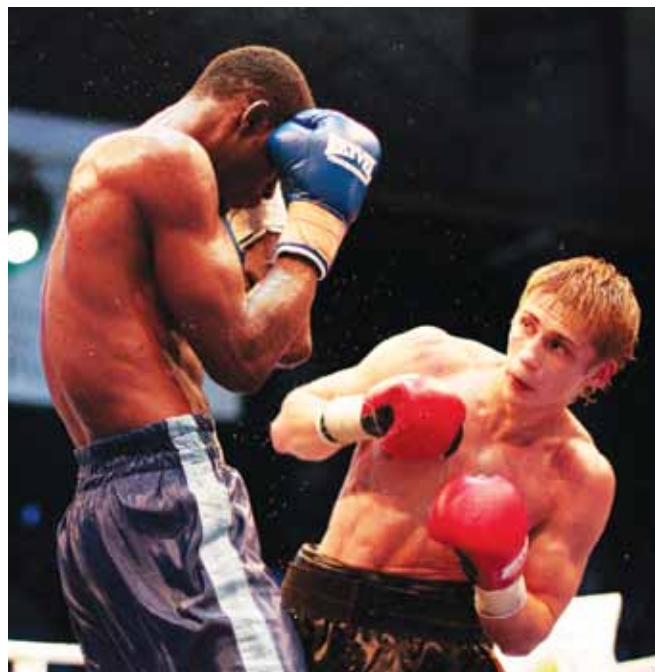
[К сожалению, 25% интернов и ординаторов на кафедрах — явные гормонофобы. И почти 20% молодых специалистов — гормонофобы скрытые.]

Таким образом, основываясь на данных панъевропейского исследования 2009 года, можно выделить три основные причины, ограничивающие применение метода на российском рынке. Во-первых, **врачи**, рекомендующие женщинам делать перерывы, в том числе из-за опасения прибавки массы тела у пациенток. Во-вторых, это **отсутствие дисциплины у женщин**: они забывают выпить таблетку, в результате наступает беременность, что дискредитирует метод. И в-третьих, нежелание российского населения, в том числе врачей, **менять привычки**. Таково мнение компании «Байер».

Борьба с предубеждениями возможна. На помощь приходит высокая мировая наука с максимальной степенью доказательности по Кокрану. Так, в 2008 году гормональные контрацептивы были признаны методом, не вызывающим никаких изменений массы тела. Также, по данным планового исследования, проведённого в США, было доказано, что препараты с новым режимом приёма — с укороченным безгормональным интервалом — значительно повышают контрацептивную надёжность, характеризуясь бóльшим уровнем приверженности со стороны пациенток.

Невозможно не замечать изменений, которые происходят в сознании потенциальных пользовательниц гормональной контрацепции. Всеми экспертами рынка было признано, что россиянки стремятся к довольно высокому стилю жизни и активнее прочих занимаются сексом, а кроме того, они приветствуют большинство технических новинок — в этом мы действительно на первом месте в мире.

Жаль, что до сих пор в общественном сознании гинеколог — специалист по женским болезням, а не по женскому здоровью. **SP**



© Александр Легков/Фотобанк Лори

Midiana®

3 mg drospirenone + 30 mcg ethinylestradiol

- оказывает косметический эффект
- контролирует массу тела
- лечит предменструальный синдром

*Планируй
незапланированное*



Низкодозированный
комбинированный оральный
контрацептив с дроспиреноном



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 987-15-55, Факс: (495) 987-15-56 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

Status Praesens



Contra-
version

день изгнания или день рождения?

Отношение акушеров к новорождённому —
парадокс и его последствия. Эссе



Автор: Албир Алмазович Хасанов, докт. мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1 Казанского государственного медицинского университета (Казань)

Если однажды человек уговорил себя без критики принять все нелепицы, преподносимые ему учениями, и даже не заметить противоречия, то слабость его ума не должна нас слишком удивлять.

Зигмунд Фрейд, 1932 год

В акушерской литературе существует несколько терминов, которые введены давно, не нами, переходят от поколения к поколению, и мы охотно пользуемся ими по настоящее время, не особенно задумываясь о смысле некоторых из них. Например, термин «изгнание плода». Именно так официально во всех отечественных учебниках называют второй период родов, который завершается рождением ребёнка.

А ведь если вдуматься в название кульминационного периода, для каждого из нас завершившегося благополучно, вполне возможно, термин покажется нам по меньшей мере странным. Разве мы «изгонялись» в этот мир? Разве персональный праздник, случающийся раз в году, называется Днём изгнания, а не Днём рождения?

Словарь Ожегова приводит такое толкование слова «изгнанник»: человек, который изгнан откуда-нибудь. Толковый словарь Владимира Даля добавляет синонимический ряд: *выгонять, высылать, выпроваживать, спроваживать, понуждать к уходу, удалять*. Обращает на себя внимание, что почти все эти толкования носят очевидно негативный оттенок. В нашей ситуации «изгнанник» — это плод.

Тем более странно, что, например, когда наступает III период родов, последовый, мы говорим о **рождении последа**. В смысловом и социальном значении неодоушевленное детское место — плацента — терминологически поставлено выше рождающейся личности.

Конечно, медицинская терминология — особая тема. Происхождение

многих терминов объяснить сложно, однако в случае «изгнания плода» легко заметить следствия. Звучание и психологический подтекст самого термина отражают логику действий врача и акушера. А также отношение к рождающейся женщине и рождающемуся плоду.

Во-первых, термин настолько полон негативного звучания, что медицинский персонал в присутствии роженицы и сопровождающего её в родах партнёра почти никогда его не использует. А если и решается, то лишь продолжая на уровне подсознательного реагирования общую линию невнимательного либо равнодушного подхода как к самой роженице, так и к рождению ребёнка. Безусловно, это не способствует тому, чтобы сократить болезненные ощущения во время родов и ослабить

общий дискомфорт. Во-вторых, в этой ситуации не стоит ожидать внимательного отношения со стороны медицинского персонала и к самому «изгнаннику». Недодуманная терминология и врачебное равнодушие — явления одной природы, одного корня.

Кстати, именно по этой причине до сих пор среди беременных циркулирует опасная идея родов в домашних условиях, что ещё раз подтверждает мысль: рождении в наших родильных домах остро не хватает уюта и доброжелательности.



Рис. 1. Извлечение плода тракциями за головку может привести к тяжёлым травмам шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий.

образность и обоснованность этих пресловутых действий... Традиция в медицине — страшная сила».

Против традиций

С конца прошлого столетия прогрессивным акушерам-гинекологам стало очевидно: устоявшиеся классические каноны следует постоянно критически переоценивать в свете последних научных достижений, теоретических и практических, а также навыков и возможностей.



Рис. 2. Извлечение за голову вызывает у ребёнка болевую реакцию (на фотографии видно изменение мимической мускулатуры — гримаса боли).

[Именно врачи делают чрезвычайно много того, что «так принято» испокон веков, что делали так же шаблонно и непродуманно наши отцы и деды... Традиция в медицине — страшная сила.]

Если же будущая мать и весь медицинский персонал осознанно настроены на **рождение** новой личности, человека, то отношение к процессу родов и к самому ребёнку будет совершенно другим — более терпеливым, внимательным и даже радостным в предвкушении долгожданной встречи.

Поэтому, конечно, современному врачу логичнее всего согласиться с ленинградским проф. Самуилом Ароновичем Рейнбергом, утверждавшим ещё в 1941 году: «...*Именно врачи делают чрезвычайно много того, что "так принято" испокон веков, что делали так же шаблонно и непродуманно наши отцы и деды, не считая нужным осмыслить и проверить целесо-*

В противном случае слепое подражание традициям может совершенно неожиданно обернуться бедой.

Например, соблюдение ряда традиций в рутинном процессе родоразрешения оборачивается для новорождённого родовыми травмами. Речь пойдёт о двух манипуляциях — «классическом пособии» и приёмах по защите промежности. Парадоксально, что в этих ситуациях травмы новорождённому наносятся совершенно непредумышленно, из лучших побуждений помочь роженице — причём в соответствии со всеми современными руководствами.

Практикующему акушеру неоднократно приходилось видеть и нередко оказывать пособие при выведении пле-

чевого пояса плода тракциями за головку. Эти тракции рекомендуются по настоящее время отдельными как отечественными (рис. 1), так и зарубежными акушерами (рис. 2) и встречаются в некоторых учебниках (рис. 3).

При оказании этого «классического пособия» для освобождения плечиков головку плода «...захватывают обеими руками и слегка оттягивают кзади до тех пор, пока под лонное сочленение не подойдёт переднее плечико». При этом не указывается, как соразмерить силу тракции и где проходит граница между «слегка» и «не слегка» тянуть за головку? Если акушерка начнёт тянуть за головку плода — стоит только начать, — она не остановится, прежде чем добьётся рекомендуемого в пособии эффекта — пока переднее плечико не подойдёт под лонное сочленение... «Ничего особенного, — отвечают при этом "опытные" врачи акушеры, — так принято испокон веков». Абсурдность устоявшегося мнения очевидна.

Теперь о так называемой защите промежности. На миг всего лишь теоретически представим себе такую ситуацию — в неонатальном отделении возьмём на руки новорождённого, зафиксируем его плечевой пояс и с силой взрослого человека начнём сгибать (приём по защите промежности!), поворачивать вокруг оси за шею, а затем тянуть за головку. После такой экзекуции неизбежны судебное дело и служебное разбирательство! А вот при рождении ребёнка бездумное оказание точно такого же пособия — «ничего страшного, так принято». Действительно, такое применимо только к «изгнаннику» в родах.

Справедливости ради необходимо заметить, что о последствиях чрезмерного участия акушеров в физиологическом процессе родоразрешения ещё 30 лет назад в очередной раз (вслед за многими предшественниками) высказался детский невропатолог проф. Александр Юрьевич Ратнер. Именно он, найдя чрезвычайно высокую частоту интранатальных повреждений шейного отдела позвоночника и спинного мозга у новорождённых, упрекал акушеров в «**чрезвычайной агрессивности**» при ведении физиологических родов и советовал «ударить молоточком невропатолога по рукам акушера».

Реальные последствия

Клинические проявления интранатальных травм, которые находят у новорождённых невропатологи, разнообразны и возникают вследствие повреждений шейного отдела позвоночника, позвоночных артерий, спинного мозга, ствола и основания головного мозга. Вот, например, типичный клинический случай. Девочка А., 8 лет, пришла на приём к детскому неврологу с направительным диагнозом «энцефалопатия» с жалобами на утренние головные боли и нарушение зрения.

Из анамнеза: больная А. извлечена при операции кесарева сечения при доношенной беременности в плановом порядке по показаниям окулиста. При рентгенографии (рис. 4) у пациентки обнаружена дислокация шейного отдела позвоночника в атлантоосевом суставе (расстояние от левой боковой массы атланта до зуба второго шейного позвонка меньше, чем справа: асимметрия составляет 1,5 мм). Признаки растяжения шейного отдела позвоночника — расширение межсуставной щели между позвонками C_1 и C_2 . Ранние дегенеративные изменения позвоночника — заострение рентгенологических углов в виде остеофитов на боковых массах атланта. У девочки имеются последствия травмы, несовместимой с жизнью для взрослого человека. Однако новорождённые в связи с большим резервом компенсаторных возможностей после таких травм выживают и взрослеют.

В целом у взрослых старше 30–40 лет довольно часты признаки шейного остеохондроза (до 70%). При этом выявляют совершенно необъяснимые с позиции лучевой диагностики «пороки развития» позвоночных артерий с излюбленной локализацией поражения — **только с правой стороны**. Если бы мы при этом имели доступ ко всей документации, то у такого человека мы непременно прочли бы в старой, пожелтевшей истории родов: «С целью выведения плечевого пояса имели место сильные тракции за голову новорождённого, рождающегося при первой позиции». А растягивается, следовательно, травмируется именно правая сторона шеи.



Рациональное невмешательство в естественный процесс — разумный и желательный путь развития современного акушерства. Но это не означает простое созерцание. Значительно сложнее не вмешиваться в процесс родов, проводя лишь визуальный контроль, при этом сопереживая роженице, чем вести роды по старой схеме. Нельзя не согласиться с проф. Михаилом Александровичем Колосовым, утверждавшим, что «...мудрость ведения родов без какого-либо вмешательства — самое трудное в нашей вообще трудной профессии».

В нашей жизни, в работе существует два идеала бытия: состояние величайшей простоты, когда процессы вокруг нас совершаются без нашего участия, лишь благодаря самой природе, и состояние величайшей образованности, где **та же самая простота** процессов возникает при нашем участии, благодаря тем знаниям, которыми мы обладаем, и той организации, которую мы в состоянии для себя создать. **SP**

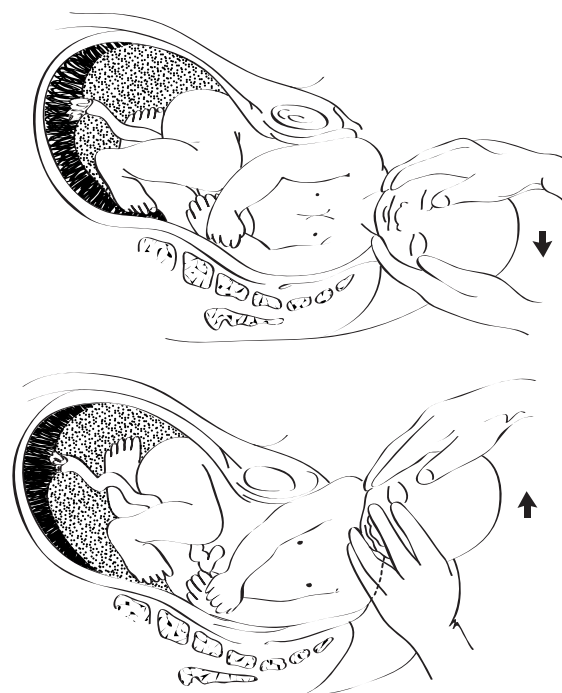


Рис. 3. Выведение плечевого пояса плода при нормальном течении родов тракциями за голову может привести к растяжению и повреждению анатомических образований шеи (рисунок из учебника «Williams Obstetrics», 24-е изд., стр. 431).

[«...Мудрость ведения родов без какого-либо вмешательства — самое трудное в нашей вообще трудной профессии». Проф. М.А. Колосов]



Рис. 4. Спондилограмма ребёнка А. (8 лет). Снимок в проекции краниовертебральной области сделан через открытый рот (объяснение в тексте). Стрелкой обозначена асимметрия.

Родовой травматизм — редакционная справка SP

Канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова

Частота родовой травматизм новорождённых — предмет пристального изучения во всём мире. И сложность даже не в том, что субклинические формы таких повреждений диагностируют очень редко при их высокой распространённости; проблема — в разнородности данных даже по тем родовым травмам, не заметить которые невозможно.

Одна из наиболее качественных публикаций 2-летней давности была посвящена детскому родовому травматизму в США¹ образца 2003 года. После почти 10-летнего анализа были наконец опубликованы не сильно радующие данные о частоте родовых травм новорождённых за этот год в 36 из 50 американских штатов. И хотя ряд предыдущих публикаций называли цифру от 0,2 до 2 на 1000 новорождённых², информация из национальной базы данных США 2003 года оказалась впечатляющей — 29 случаев на 1000 родившихся. В абсолютных цифрах это составило около 113 тыс. на 3,9 млн детей. И это при том, что учитывались только те случаи, когда был выставлен вполне конкретный диагноз, зашифрованный тогда ещё по МКБ-9.

Однако исследование преподнесло ещё один сюрприз — была проанализирована взаимосвязь родовой травматизма с удалённостью от научных центров. Выяснилось, что в родильных стационарах, аналогичных нашим родильным отделениям при ЦРБ, частота родовых травм новорождённых была заметно **ниже** популяционной — 23,5 на 1000 рождений. В городских акушерских стационарах по сравнению с сельскими риск травмы младенца в родах был **больше** на 18%. А вот в родильных учреждениях, представляющих собой клиническую базу какого-либо университета, риск получить родовую травму был выше популяционного — 31 на 1000 рождений. Риск травмировать ребёнка в родах в университетских клиниках превышал таковой в ЦРБ на 34% (!). Это ли не повод начать задавать вопросы, отсылающие к идеологии современного акушерства в целом? Ведь вывод парадоксален: чем больше науки вокруг роженицы, тем выше риск для ребёнка.



© 000 «Издательский дом «Родон»» ИИПР-ТМС



Применительно к родовым травмам шейного отдела позвоночника американское исследование крайне лаконично — они зафиксировали за весь год только 10 таких случаев. И говорит это лишь об одном: субклинические травмы попросту не диагностировали, хотя ещё в 1987 году детский невролог Годфрид Гутманн (Godfrid Gutmann) из Германии обрушил на акушерскую общественность информацию о том, что 80% всех обследованных им новорождённых имеют так называемый детский травматический синдром³, который выражается в функциональном блоке или подвывихе атлanto-затылочного сустава — весьма серьёзных повреж-

дениях. Результат — дисбаланс вегетативной нервной системы, поскольку именно в этой области расположены спинальные ганглии, система блуждающего нерва, а позвоночная артерия оплетена симпатическими нервными волокнами, направляющимися к головному мозгу.

Клинически указанный дисбаланс может приводить не только к довольно безобидным (хотя и проблемным) хроническим ЛОР-заболеваниям, но и к одной из самых драматичных и малоизученных катастроф — **синдрому внезапной смерти младенца**.

Связь с последним состоянием изучается самым тщательным образом, и сейчас перенесённую родовую травму считают как минимум серьёзным фактором риска синдрома внезапной

Расположение, клинический статус роддома и травматизм¹

Характеристика роддома	Общее число родов	Число детей с родовыми травмами	Частота на 1000 рождений	Относительный риск
В составе ЦРБ	524 470	12 315	23,48	1,00
Городской	1 711 037	47 273	27,63	1,18
Городской, выступающий клинической базой для кафедр	1 660 328	51 884	31,25	1,34

смерти ребёнка. Отдельные авторы идут дальше, называя родовое повреждение верхнешейного отдела позвоночника непосредственной отправной точкой всех последующих трагических событий^{4,5}.

Например, в апреле 2010 года американские патоморфологи сообщили о случае внезапной смерти 4,5-месячного ребёнка с недиагностированной вовремя родовой травмой⁴. Российские данные на этот счёт обширнее: анализ 208 случаев внезапной детской смерти в Красноярском крае, включённых в исследование С.Л. Парилова (2009)⁵, показал, что у 100 детей из 208 причиной внезапной смерти стала именно перенесённая родовая травма.

На аутопсии у этих детей были выявлены различной степени выраженности повреждения твёрдой мозговой оболочки, деформации позвоночного столба и кровоизлияния в межсуставные связки шейного отдела, повреждения позвоночных артерий, переломы затылочных синхондрозов, которые почти всегда сопровождаются изменениями в симпатических ганглиях и нервных стволах блуждающего нерва, а также изменениями в шейном утолщении спинного мозга (ядро диафрагмального нерва — своеобразный спинальный дыхательный центр!).

Результат — недостаточная или замедленная эфферентная активность блуждающего нерва, нарушение нейроморальной регуляции и иннервации верхних отделов дыхательных путей, лёгких, пищевода, сердечно-сосудистой системы. А это субстрат для внезапного апноэ, остановки сердечной деятельности, гастроэзофагеального рефлюкса — непосредственных причин синдрома внезапной смерти младенца.



Если же говорить о российских данных, то ещё 30 лет назад, согласно часто цитируемым исследованиям детского невролога А.Ю. Ратнера (1978, 1983, 1985)⁶, было установлено, что у 33–37% всех новорождённых при обследовании можно выявить неврологические нарушения (у 10% — тяжёлые формы). Из этого числа у 85% травмирован именно шейный отдел позвоночника. Об актуальных цифрах второго десятилетия XXI века в России говорить сложно, поскольку статистика если и собирается, то не публикуется (на фоне возрастающего количества судебных разбирательств по отношению к акушерам!), а официально зашифрованные по МКБ-10 диагнозы не отражают реальной ситуации.

Между тем в своё время А.Ю. Ратнер перечислял самые частые причины повреждений шейного отдела позвоночника механического характера. Во-первых, это деформация шейного отдела при прорезывании головки и вплоть до её рождения. При этом плечики плода находятся в одном из косых размеров полости малого таза — шея плода повернута и испытывает давление по оси позвоночника за счёт выталкивающего влияния сокращений матки.

Во-вторых, во время «защиты промежности» (без которой сегодня мало кто обходится) продвижению головки плода создаётся дополнительное противодействие «вос-

препятствование преждевременному разгибанию головки», что создает большую осевую нагрузку на шейный отдел позвоночника.

В-третьих, это дополнительная нагрузка при попытке акушерки вывести головку и плечики: насильственный поворот головки почти на 180° вокруг собственной оси, если плод идёт во второй позиции, потягивание за головку плода.

[30 лет назад, согласно исследованиям А.Ю. Ратнера, было установлено, что у 33–37% всех новорождённых при обследовании можно выявить неврологические нарушения (у 10% — тяжёлые формы). Из этого числа у 85% травмирован шейный отдел позвоночника.]

Таким образом, при резких поворотах головы, сгибаниях и переразгибаниях шеи, тракциях за головку позвоночные артерии, оплетённые задним шейным симпатическим нервом, сдавливаются в просвете поперечных отростков шейных позвонков. А отсюда нарушение кровотока и ненужная стимуляция вегетативной нервной системы.

Анализируя причины родовой травмы позвоночника и спинного мозга, российские авторы (Ратнер А.Ю., 1983⁶; Хасанов А.А., 1992⁷) пришли к выводу, что отказ от каких-либо акушерских манипуляций при физиологических родах снижает родовой травматизм. Так, А.Ю. Ратнер заключил в своё время, что при родах без защиты промежности частота родовых травм сокращается в 5 раз. К счастью, **роды без защиты промежности** сегодня стали довольно «модной» темой, в связи с чем в одном из ближайших номеров мы разместим по этому поводу чрезвычайно интересный материал.



В целом же по родовым повреждениям позвоночника существует не так уж и много зарубежных публикаций (по меткому выражению в одной работе 1993 года: «Birth trauma remains an underpublicized problem» — «Родовая травма остаётся недопубликуемой проблемой»). С 1993 года практически ничего не изменилось, и сегодня подавляющее большинство работ либо посвящено сообщениям об отдельных случаях, либо принадлежит мануальным терапевтам и остеопатам.

Очевидно, всему миру эту проблему только ещё предстоит изучить и решить. **SP**

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ акушерских заблуждений

Распространённые заблуждения акушеров-гинекологов



Автор: Татьяна Владимировна Галина, докт. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва)

Копирайтинг: Хильда Юрьевна Симоновская, Татьяна Рябинкина

Во всём мире по причине беременности и родов умирают около 400 000 женщин в год, и каждая восьмая гибель происходит вследствие врачебных ошибок. Не акушеру-гинекологу будет сложно понять, почему каждый случай материнской смертности вызывает такой большой резонанс и подвергается такому тщательному анализу. Ведь в России 33 000 жизней ежегодно обрываются в ДТП, 15 000 — на счету алкоголизма, 12 000 женщин погибают от рук мужей и сожителей, и... 350 невыживших матерей? Но разумно ли приводить цифры статистики шокированным родственникам погибшей женщины? Ни в одной другой медицинской специальности не выносятся столько взысканий за каждый случай и не доходят так часто дела до прокуратуры. Кроме того, материнская заболеваемость и смертность — одно из важнейших лагаемых облика государства на международной арене, показатель цивилизованности.



Статистика — вещь точная, её не обманешь. Из самых благих побуждений врачи прилагают массу усилий: всех беременных *a priori* считают больными, принимают физиологическую норму за нарушения, неправильно трактуют результаты анализов, ошибочно назначают лечение, без основания госпитализируют пациенток, подвергая их акушерской агрессии в стационаре... Тем не менее все эти усилия никак не уменьшают частоты осложнений беременности. Жаль, что физиологические роды сегодня составляют лишь 34% всех родоразрешений. Что же касается перинатальной смертности — она снижается, но приходится признать, что в этом больше заслуга службы неонатальной реанимации, чем акушерской помощи.

Детальный анализ и осмысление типичных случаев врачебных ошибок в ведении беременности и родов происходили постепенно, по мере накопления опыта работы в качестве главы клинко-экспертной комиссии. Каждый летальный исход

среди новорождённых и эпизод материнской смертности не дают профессионалу покоя до тех пор, пока не удастся объяснить первопричину произошедшего, а иногда даже выявить серьёзные ошибки в работе врача. Типичные заблуждения и нарушения, чаще всего встречающиеся в разных историях болезни и судебных исках, собраны и охарактеризованы в этой статье. Возможно, даже краткая характеристика наиболее распространённых врачебных промахов поможет предотвратить трагический исход в сходных клинических ситуациях, если практикующие врачи уделят достаточное внимание изучению не только позитивного, но и негативного опыта коллег.

Так что пришла пора менять точку зрения на диагностику и лечение — на смену сомнительным стереотипам пришла доказательная медицина. И как пожарный не должен устраивать пожар, так и действия акушера-гинеколога не должны приводить к ятрогенным заболеваниям. Ведь с их разрушительным действием бывает нелегко справиться. **SP**



Анемия во время беременности

Согласно официальной статистике, в России анемия имеется почти у половины (42%) беременных — наиболее распространённое заболевание у этого контингента наблюдаемых. Так ли оно страшно, как мы привыкли считать?

Заблуждение. Анемия, даже лёгкой и средней степени (что обычно оценивают по показателю $Hb < 110$ г/л), ухудшает материнские и перинатальные исходы и требует назначения препаратов железа.

На самом деле. Компоненты ОЦК во время беременности возрастают неравномерно: объём циркулирующей плазмы увеличивается на 40–50%, тогда как объём форменных элементов крови — только на 20–30%. Поэтому снижаются гематокрит (до 32–34%) и концентрация гемоглобина. Такую ситуацию часто называют «анемией беременных», что, однако, не совсем верно, поскольку в действительности общий объём эритроцитов возрастает, и кислородная ёмкость крови вполне обеспечивает потребности матери и плода¹. Именно физиологическая гемодилюция у беременных определяет «патологический» показатель гемоглобина в анализах крови, именно поэтому нижняя граница нормы содержания гемоглобина для беременных должна быть несколько понижена — 100 г/л. Кроме того, для них характерны морфологическая сохранность эритроцитов (нормохромия, цветовой показатель более 0,85–0,9 и отсутствие анизоцитоза), содержание

эритроцитов не ниже $3,5 \times 10^{12}$ в литре крови, а гематокрита не ниже 30 г/л. Пациенток с пограничными показателями выделяют в группу риска развития истинной анемии². Природой полицитемическая гемодилюция (эта перестройка) задумана для того, чтобы сформировался и поддерживался



©Andres Rodriguez / Фотобанк Лори

нормальный маточно-плацентарный кровоток. Так что профессионалам должно быть очевидно: абсолютное содержание гемоглобина без уточнения этиологии (гемоглобинопатия, гемодилюция, железодефицит и т.д.) неспособно отразить наличие или тяжесть анемии.

Диагноз «железодефицитная анемия» прежде всего предполагает анализ **содержания железа, трансферрина и ферритина**, а также оценку **общей железосвязывающей способности сыворотки крови**, и в последнюю очередь нужно ориентироваться на такие показатели, как уровень гемоглобина, эритроцитов, гематокритное число³.

Ежедневная потребность беременной в железе составляет 800 мг (300 мг из них необходимо плоду). Кроме того, в построении гемоглобина непременно участвует белок, и соответственно, для обеспечения здорового организма необходимыми «строительными материалами» требуется полноценное питание. Именно на оптимизацию окружения и образа жизни беременной врачу следует направить свои усилия — это индивидуальная просветительская и организационная работа. Бездумное же назначение препаратов железа грозит обернуться весьма серьёзными последствиями. Имеются данные, что дотация железа беременным в виде лекарственных препаратов действительно повышает содержание гемоглобина и приводит к гемоконцентрации, но также вызывает расстройства пищеварения. Более того, одновременно достоверно повышается риск задержки роста плода и преждевременных родов⁴.

Есть сведения, что назначение беременным препаратов железа для лечения лёгкой анемии повышает частоту гестозов. При тяжёлой анемии $Hb < 70$ г/л вся классическая тактика остаётся в силе.



Белок и гипопротеинемия

Заблуждение. У каждой беременной имеется дефицит белка, требующий неотложного восполнения.

На самом деле. С 17-й недели задержка и аккумуляция азота в организме беременной довольно значительна и составляет 1,84 г/сут, к концу беременности — 4–5 г/сут. При этом высокое потребление белка или белковых добавок не оказывает положительного влияния на течение беременности и может быть опасным для плода. Так, возрастает риск рождения детей с гипотрофией и несколько увеличивается частота неонатальной гибели новорождённых. Прогрессирующая в конце беременности гипопротеинемия — это всего-навсего результат физиологической гемодилюции и незначительного физиологического (!) снижения белковообразовательной функции печени.

Гипопротеинемия до 50 г/л не требует коррекции (внутривенных инфузий альбумина или раствора аминокислот)⁴.



Болевой синдром

Заблуждение. Боль — почти всегда симптом угрозы прерывания беременности, требующий срочного лечения. Даже если структурных изменений шейки матки нет.

На самом деле. Боль может быть вызвана разными причинами, как требующими хирургического вмешательства, так и вполне безобидными, в том числе экстрагениталь-

ными заболеваниями, иногда острыми. По данным московских хирургических стационаров, 75% беременных, поступивших с диагнозом «гангренозный/флегмонозный аппендицит», находились от одного до нескольких дней в акушерских отделениях с диагнозом «угроза прерывания беременности». При этом структурных изменений шейки матки при осмотре обнаружено не было!



Вагинит

Заблуждение 1. Населять влагалище имеет право только лактофлора.

На самом деле. В здоровом влагалище можно обнаружить до 10–20 видов микроорганизмов. Другое дело — преобладать должна именно лактофлора, не должно быть гноетечения и активных жалоб беременной.

Гипердиагностика «бактериального вагиноза», когда врач выставляет диагноз исключительно по факту обнаружения иной микрофлоры, кроме лактобактерий, безусловно, опасна. И это следует помнить, несмотря на то что распространённость урогенитальных инфекций действительно растёт: среди современных женщин она в 4 раза выше, чем была у их матерей. Нередко врач настолько опасается манифестации заболевания во время беременности (и потенциальной опасности для плода), что наносит антибиотиками и другими дезинфектантами предупредительный удар, причиняя женщине несоизмеримо больший вред*.

Заблуждение 2. Микробный пейзаж влагалища отражает состояние эндометрия.

На самом деле. В норме полость матки и придатки стерильны, тогда как влагалище — нет. Даже при хроническом эндометрите микробный пейзаж полости матки и влагалища зачастую различается.

Заблуждение 3. ПЦР — единственный метод диагностики.

На самом деле. Для установления диагноза «вагинит» обязательно приме-

нение микроскопического и культурального методов⁴.

Заблуждение 4. Контроль после лечения не обязателен.

На самом деле. Зачастую характерные жалобы пациентки сохраняются и после лечения, кроме того, даже при отсутствии жалоб лечение должно заканчиваться восстановлением биоценоза влагалища; поэтому критерием излеченности можно считать отсутствие возбудителя при микроскопическом исследовании вагинального мазка.

Заблуждение 5. Антибактериальная терапия самодостаточна.

На самом деле. После антибактериальной терапии необходимо восстановление биоценоза**.

Витамины

Заблуждение. Рутинное поголовное применение мультивитаминно-минеральных комплексов, избирательный приём витаминов D, C и E улучшают исход беременности и родов.

На самом деле. Нет доказательств защитного влияния поливитаминов, за исключением **фолатов** в дозе не менее 400 мкг в предгравидарный период и в ранние сроки беременно-

сти (защита от развития некоторых дефектов нервной трубки плода). Результаты двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования (Czeizel A.E., 1998), проведённого в Венгрии с участием 5500 женщин, продемонстрировали достоверное снижение частоты пороков развития нервной трубки, мочевыводящих путей и дефектов сердечно-сосудистой системы у детей, матери которых во время беременности принимали мультивитаминно-минеральный комплекс с содержанием фолиевой кислоты 800 мкг^{3,5}. Кроме того, есть данные доказательных исследований, подтверждающие, что назначение **кальция** (1 г в сутки) беременным в странах с низким подушевым доходом — безопасный, доступный и относительно дешёвый метод снижения риска преэклампсии и преждевременных родов^{6,7}.

Что же касается поголовной витаминотерапии, то такой подход, как и лозунг «Витамины долой!», не может быть рациональным. К назначению витаминотерапии следует подходить индивидуально и решать вопрос о назначении метаболической поддержки, опираясь на разнообразие и полноценность рациона конкретной женщины***.

* Более 20 лет подряд послеперинатальный и послеродовой сепсис уносят жизнь каждой пятой из погибших в связи с беременностью и родами. Всё это — плачевные результаты ненужного антибактериального лечения и формирования антибиотикорезистентности большинства условно-патогенных микроорганизмов [В.Е. Радзинский, Акушерская агрессия, 2011].

** См. статью «Двухэтапная терапия вагинальных инфекций» в журнале StatusPraesens 3[6], стр. 47.

*** См. статью «Доказательная медицина и витаминотерапия при беременности: реплики за и против» в журнале StatusPraesens 3[6], стр. 38.



Гемостаз при беременности

Заблуждение 1. Нередко на консультацию присылают беременных с диагнозом «Гиперкоагуляция?!!! ДВС?!!!». Наблюдающий беременность врач всеми возможными средствами пытается вылечить «гиперкоагуляцию».

На самом деле. В анамнезе у большинства таких пациенток — длительный приём витаминно-минеральных комплексов и множества лекарственных средств с самого начала беременности. Практика показывает, что при отмене излишних препаратов показатели гемостаза нормализуются в течение 2 нед. Получается, женщина была «больна» полипрагмазией и при устранении вредного фактора «выздоровливает».

Кроме того, важно учитывать физиологические изменения, происходящие в системе гемостаза с наступлением беременности: увеличение содержания фибриногена до 6 г/л — абсолютная норма, а никакая не гиперкоагуляция, так же как и повышение концентрации VII, VIII, X факторов свёртывания в плазме крови. Фибринолитическая активность плазмы до родов заметно снижена, нормализация происходит уже через час после рождения плаценты.

Заблуждение 2. D-димер — главный маркер тромбоза.

На самом деле. D-димер нельзя использовать как точный маркер тромбоза при беременности, даже повышение его уровня в 10 раз и более не показательно и не говорит о близкой реализации тромбоза, так как связано с физиологическими изменениями гемостаза. При норме 500 нг/мл есть данные, что к концу беременности он вполне может достигать 5300 нг/мл⁸! Поскольку в норме при беременности количество фибриногена и факторов свёртывания крови повышено, это закономерно запускает процессы тромбообразования, и в такой ситуации увеличение концентрации D-димера подтверждает активность фибринолиза и доказывает, что при фибринолизе расщепляется именно фибрин, а не фибриноген или фибрин-мономеры.

У пациентки с повышенной концентрацией D-димера нет никаких оснований подозревать склонность к тромбозам без других клинико-лабораторных данных.

Заблуждение 3. Назначение антикоагулянтов и дезагрегантов предотвращает преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, фетоплацентарную недостаточность, задержку роста плода, преждевременные роды.

На самом деле. Терапия «гиперкоагуляции» (в качестве профилактики у женщин без хронической артериальной гипертензии) с использованием антикоагулянтов и дезагрегантов не даёт снижения частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, фетоплацентарной недостаточности, преждевременных родов и гипотрофии плода, но может приводить к опасным побочным явлениям. Назначение антитромбоцитарной терапии требует дорогостоящего динамического лабораторного контроля системы гемостаза. Так, при лечении антифосфолипидного синдрома на основании лабораторных тестов оценивают эффективность лечения, и Национальное ру-

ководство по акушерству⁹ рекомендует в течение первых 4 нед еженедельно определять количество и агрегационную способность тромбоцитов, содержание D-димера и молекулярных маркеров тромбофилии в крови. После подбора адекватной терапии исследования делают ежемесячно.

Гестоз (преэклампсия): лечение

Заблуждение. В классических учебниках, даже сравнительно новых¹⁰, лечение гестоза представляет собой список по типу «что нравится, то и выбирай». Постельный режим, диета с низким содержанием липидов и поваренной соли, назначение антиоксидантов, мембраностабилизаторов, антикоагулянтов (низкомолекулярные гепарины), фолиевой кислоты, рыбьего жира, дезагрегантов, диуретиков.

На самом деле. Никакого влияния на снижение тяжести или исходы гестоза для матери и плода эти назначения не оказывают. Типичный шлейф заблуждений!

При тяжёлой преэклампсии эффективна лишь осмотерапия: внутривенное введение раствора сульфата магния в значительных дозах (от 24 до 50 г сухого вещества) более чем в 2 раза снижает риск развития эклампсии — уровень доказательности A¹¹.

Кроме того, следует помнить, что диуретики, даже растительного происхождения, вовсе не предотвращают преэклампсию и не влияют на её течение, но усугубляют гиповолемию и тем самым уменьшают маточно-плацентарный кровоток. По данным нескольких контролируемых исследований, применение диуретиков во время гестоза не только не улучшает отдалённые результаты, но и может ухудшить прогноз родов¹².

Вспомогательными методами лечения гестоза служат антигипертензивные препараты, при судорожной готовности — транквилизаторы. Радикальным «способом лечения» остаётся родоразрешение.

Гипотензивная терапия и преэклампсия

Заблуждение. Достаточно постоянно снижать артериальное давление, чтобы избежать гестоза.

На самом деле. Антигипертензивная терапия в 2 раза снижает риск тяжёлой артериальной гипертензии, но не уменьшает риск преэклампсии, преждевременных родов, задержки роста и гибели плода¹³. Целесообразная профилактика гестоза: дотация с ранних сроков беременности 1 г кальция в сутки только тем женщинам, у которых рацион не сбалансирован по этому микроэлементу. Также показано назначение ацетилсалициловой кислоты в дозе 75 мг. В контролируемых исследованиях было показано, что ацетилсалициловая кислота в малых дозах (до 100 мг/сут) безопасна во II и III триместрах беременности¹⁴, однако приём этого препарата ограничивает официальная инструкция к нему.

Гиперандрогения

Адреногенитальный синдром — крайне редко встречающееся заболевание. Пациентки с выраженными формами наблюдаются с раннего детства у эндокринолога, так как это врождённое состояние, и сами женщины обычно об этом знают. Удивительно, что зачастую совершенно здоровой беременной или уже рожавшей женщине врач внезапно ставит диагноз «адреногенитальный синдром» на основании повышения концентрации ДГЭА и 17-ОНП в анализе крови. Подавляя 17-ОНП медикаментозно, врач таким образом блокирует рецепторы к прогестерону. Угнетая ДГЭА — предшественника эстриола — можно добиться непрогнозируемых осложнений беременности, ведь эстриол — основная фракция эстрогенов при беременности. Согласно консенсусу (Барселона, 2007 год), у беременных не следует корригировать гиперандрогению⁹. Глюкортикоиды назначают лишь беременным с подтверждённым эндокринологом диагнозом адреногенитального синдрома для предотвращения вирилизации плода женского пола.

Диабет гестационный

Заблуждение. В норме гликемия натощак у беременных та же, что и у прочих женщин: 4,8—6 ммоль/л. Гестационный сахарный диабет следует выявлять после 20 нед беременности.

На самом деле. Норма содержания глюкозы в крови при беременности натощак — 3,3—5,1 ммоль/л. Исследования 2011 года показывают, что при гестационном сахарном диабете повышение уровня гликемии можно зарегистрировать уже с 12—14 нед беременности, когда возрастает выброс контринсулярных гормонов. Исходы беременности у женщин с сахарным диабетом 1-го и 2-го типов намного лучше (ведь диагноз поставлен, а лечение начато ещё до беременности), чем при гестационном сахарном диабете. Это осложнение беременности — лавина, обрушившаяся на женщину, которая ранее

с диабетом не сталкивалась и не умеет с этим жить. Вести обучающую и разъяснительную работу с такими женщинами нелегко.

Критерии гестационного сахарного диабета: глюкоза плазмы натощак более 7 ммоль/л, в случайной пробе крови (не натощак) более 11,1 ммоль/л. Диагноз считается установленным, если указанные значения подтверждены на следующий день.

Гестационный сахарный диабет может быть диагностирован со II триместра (12—14 нед). При диагностике этого состояния в конце II триместра и позже диабетическая фетопатия плода уже сформировалась и практически не подлежит коррекции. В связи с вышесказанным проводить гликемический тест у беременных из группы риска следует как можно раньше.

Запоздалые роды, перенашивание

Заблуждение. В отечественных Клинических рекомендациях 2006 года приводится такое определение: «переношенная беременность длится более 287—290 дней, сопровождается внутриутробным страданием плода и заканчивается рождением ребёнка с признаками биологической перзрелости...»¹⁵. Авторы зачем-то выделили даже так называемую «продолговатую» беременность — продолжается дольше физиологической, но состояние плода при этом не страдает.

На самом деле. Во всём мире принято определение ВОЗ: «...перенашивание беременности — это ситуация, когда гестационный срок составляет 42 нед и более (от 294 сут)». И всё! О состоянии плода (и признаках перзрелости) в этом определении ничего нет. Состояние плода может ухудшиться только от острой или хронической гипоксии.

Кровотечение послеродовое

Заблуждение. Профилактика послеродового кровотечения немислима без наружного массажа послеродовой матки, пузыря со льдом на животе роженицы, катетеризации мочевого пузыря.

На самом деле. Доказаны эффективность внутривенного введения окситоцина или эргометрина (женщинам из группы риска по кровотечениям) и целесообразность внедрения современных перинатальных технологий (максимально раннее прикладывание новорождённого к груди матери стимулирует выброс эндогенного окситоцина). Прочие профилактические вмешательства никакого влияния на объём кровопотери и вероятность кровотечения не оказывают, поэтому, внедрив современные эффективные способы профилактики послеродовых кровотечений, от бесполезных и устаревших приёмов можно смело отказаться.

Патологическая прибавка массы тела

Заблуждение. Любые отёки, даже только на ногах и в конце дня, — это преэклампсия!

На самом деле. Во время беременности изменяется гидрофильность тканей; в норме именно жидкость может составлять до 7 кг от набранной женщиной массы тела. Патологическая прибавка веса также часто бывает преувеличена — многие современные женщины имеют дефицит массы тела до беременности, а во время гестации восполняют этот дефицит и приходят к естественным для своего роста показателям. Однако в килограммах прибавка массы в таких случаях имеет право быть заметно больше, чем у нормостеников. Не нужно расценивать это как преэклампсию¹⁶! Гипердиагностика отёков по «патологической» прибавке массы тела или по отёчности ног в конце дня нередко приводит к непоказанной госпитализации и провоцирует акушерскую агрессию.

Пролактин

Заблуждение. При беременности необходимы контроль и лечение гиперпролактинемии.

На самом деле. Нет, не нужно. Задача акушера-гинеколога — компенсировать заболевание, чтобы женщина смогла забеременеть. Дело в том, что агонисты дофамина (бромокриптин и каберголин) проникают через фетоплацентарный барьер. И хотя при отмене этих препаратов на 5-й неделе беременности не повышается частота врождённых пороков развития или спонтанных аборт^{18–20}, на этом лечение гиперпролактинемии следует завершить. Во время гестации уровень пролактина возрастает настолько, что различить гиперпролактинемия и нормальное течение беременности почти невозможно*. А дальше природа справится без нас.

* (см. статью «Международные клинические рекомендации по диагностике и лечению гиперпролактинемии (2011): позиция Эндокринологического общества (ША)» в журнале StatusPraesens 3[6], стр. 52.

Резус-конфликт

Заблуждение. Гемолитическую болезнь плода можно вылечить неспецифической десенсибилизирующей терапией, плазмаферезом, гемосорбцией, иммунизацией лимфоцитами мужа.

На самом деле. Доказательных данных эффективности этих мероприятий для лечения резус-конфликта нет. Профилактика включает введение анти-D-иммуноглобулина в 28 нед беременности или после прерывания беременности в сроке более 7 нед. Также профилактику проводят после эпизодов кровотечения при беременности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) либо родильнице в течение 72 ч после рождения резус-положительного ребёнка. Эффективное лечение резус-конфликта: кордоцентез, заменное внутриутробное переливание крови¹⁷.

Щитовидная железа

Заблуждение. Назначение йода необходимо всем беременным без исключения во избежание кретинизма у детей.

На самом деле. Для первой половины беременности характерна гиперфункция щитовидной железы, для второй — гипофункция, однако содержание свободных гормонов в плазме крови существенно не меняется в связи с изменением фиксирующей способности плазменных белков²¹. Потребление йода сверх физиологических потребностей чревато передозировкой²². Таким образом, добавление йода целесообразно только в районах с доказанным его дефицитом*. Правда, ещё с 1920-х годов известно, что почти вся Россия представляет собой йододефицитный регион²², а кроме того, известно, что низкий уровень дохода семьи нередко сопряжён с дефицитом витаминов и микроэлементов. Следует помнить, что рекомендуемая норма потребления йода составляет 150 мкг/сут, а верхний допустимый уровень — 600 мкг/сут.

И даже в случае обоснованного назначения йода важно, чтобы в рационе беременной учитывались все источники этого микроэлемента: одновременное применение мультивитаминно-минерального комплекса, обогащённой соли, пищевых добавок и т.д. может привести к серьёзной передозировке и формированию гипертиреозных состояний. Кокрановских обзоров по этой проблеме не обнаружено!

* (см. статью «Международные клинические рекомендации по диагностике и лечению гиперпролактинемии (2011): позиция Эндокринологического общества (ША)» в журнале StatusPraesens 3[6], стр. 52.

Тонус

Заблуждение. Эхографическое заключение при беременности раннего срока «гипертонус задней стенки матки» — серьёзный повод заподозрить угрозу прерывания беременности.

На самом деле. Повышение тонуса задней стенки матки бывает у каждой третьей беременной в ранние сроки при УЗИ, это нормальная реакция миометрия на ультразвук: если она нервничает, то матка сокращается, и это не коррелирует с вероятностью прерывания беременности.

Библиографию см. на стр. 86–87.

Литература и источники:

«Рождение в рубашке»

Фаткуллин Ф.И.

1. Акушерство. Национальное руководство. АС-МОК. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: StatusPraesens, 2011.
3. Chong Jai Kim, Roberto Romero, Juan Pedro Kusanovic et al. The Frequency, Clinical Significance, and Pathological Features of Chronic Chorioamnionitis: A Lesion Associated with Spontaneous Preterm Birth // *Mod. Pathol.* 2010. N23 (7). P. 1000–1011.
4. Copper R.L., Goldenberg R.L., Das A. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996. N175 (5). P. 1286–1292.

«Кесарево сечение в XXI веке: новые ответы»

Жуковский Я.Г.

1. Pallasmaa N., Ekbal U. et al. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors // *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 2010. N89. P. 896–902.
2. Хофмейер Д.Ю. Кокрановское руководство: Беременность и роды. М.: Логосфера, 2010. С. 335, 339.
3. The 5-minute obstetrics and gynecology consult / edited by Paula J., Adams Hillard // Lippincott Williams&Williams, Kluwer W., 2008. 486 p.
4. Solheim K.N., Esakoff T.F., Little S.E. et al. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accrete and maternal mortality // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.*, 2011. Mar. N7. [Epub ahead of print].
5. Blanchette H. The rising cesarean delivery rate in America: what are the consequences? // *Obstet. Gynecol.* 2011. Sep. N118. (3). P. 687–690.
6. Best Practice in Labour and Delivery / edited by Richard Warren and Sir Sabaratham Arulkumaran // Cambridge University Press, 2009. 112 p.
7. Molina-Sosa A., Galvan-Espinosa H., Gabriel-Guzman J. et al. Self-inflicted cesarean section with maternal and fetal survival // *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2004. N84 (3). P. 287–290.
8. Obstetric Evidence Based Guidelines / edited by Vincenzo Berghella // Informa. 2007. P. 95, 201.
9. Белоцерковцева Л.Д. и др. Управляемая баллонная тампонада матки при послеродовых кровотечениях // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2011. №10 (5). С. 36–41.
10. Кукарская И.И. Опыт превентивного использования управляемой баллонной тампонады матки при операции кесарева сечения // *Медико-социальные проблемы сим'ї.* 2011. №16 (2).
11. Чернуха Е.А. Родовой блок. Руководство для врачей. 3-е изд., перераб., испр. и доп. М.: «Триада-Х», 2005. 712 с.
12. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. и др. Неотложные состояния в акушерстве. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 690 с.
13. High Risk Pregnancy Management Options / edited by David James // Elsevier. 2011. 1280 p.

«Фитотерапия XXI века: доказательства эффекта» Рожкова Н.И., Меских Е.В.

1. Мустафин Ч.К. Актуальные аспекты лечения диффузных мастопатий // *Леч. врач.* 2008. №10. С. 18–24.

2. Иванова Т.Н. Нарушения репродуктивного здоровья женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез: автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2001. 23 с.
3. Коновалова В.Н. Дискуссионные вопросы тактики ведения женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез // *Эффект. фармакотер. акуш. гинекол.* 2009. №6. С. 6–12.
4. Fentiman I.S. The pathophysiology and therapy of benign breast disease // *Reproductive medicine: molecular, cellular and genetic fundamentals* / ed. B.C. Fauser // Parthenon Publishing. 2003. P. 487–494.
5. Love S.M., Gelman R.S., Silen W. Fibrocystic disease of the breast: a nondisease // *N. Engl. J. Med.* 1982. N307. P. 1010–1014.
6. Olawaiye A., Withiam-Leitch M., Danakas G. et al. Mastalgia: a review of management // *J. Reprod. Med.* 2005. N12 (50). P. 933–939.
7. Рожкова Н.И. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы / под ред. А.С. Павлова. М., 1993.
8. Цой Л.К. Лекарственная терапия диффузной мастопатии и ПМС // *Эффективная фармакотерапия. Онкология, гематология и радиология.* 2010. №3. С. 2–7.
9. Daniele C., Coon J.T. Vitex agnus castus: A systematic review of adverse events // *Drug Safety.* 2005. N28 (4). P. 331.
10. Вуттке В., Яри Г., Зайдлова-Вуттке Д. и др. Терапевтические возможности экстрактов из аврамова дерева (*Vitex agnus-castus*) в гинекологической практике // *Пробл. репродукц.* 2009. №4. С. 53–58.
11. Discussion 984-5 // *Plast. Reconstr. Surg.* 2005. Sep. 15. N116 (4). P. 978–983.
12. *Gynecol. Endocrinol.* 2001. Dec. 15. Suppl. 6. P. 37–43.

«Грудное вскармливание: что можно и чего нельзя?» Хамошина М.Б. и др.

1. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Грудное вскармливание. Как обеспечить успех. Практическое руководство для медицинских работников. Копенгаген, 1997. 90 с.
2. Молочные железы и гинекологические болезни / под ред. В.Е. Радзинского. StatusPraesens, 2010. 302 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза, 2003. 382 с.
4. Heikkilä K. et al. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study // *Arch. Dis. Child.* 2011. N96 (7). P. 635–642.
5. Iacovou M., Sevilla A. Infant Feeding: The Effects of Scheduled Vs. on-Demand Feeding on Mothers' Wellbeing and Children's Cognitive Development // *Eur. J. Public. Health.* 2012.
6. Merjonen P. et al. Breastfeeding and Offspring Hostility in Adulthood // *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2011. N80 (6). P. 371–373.
7. Хамошина М.Б., Руднева О.Д., Захарова Н.И. Дискуссионные вопросы грудного вскармливания: отношение медицинских работников // Тезисы II Междисциплинарного форума «Медицина молочной железы». М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. 66 с.
8. World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. 2009.
9. Miller R.W., Zanzonico P.B. Radioiodine fallout and breast-feeding // *Radiat. Res.* 2005. Sep. N164 (3). P. 339–340.
10. Конь И.Я. и др. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства. Пособие для врачей. Москва, 2005. 48 с.

11. Всемирная организация здравоохранения. Департамент здоровья и развития ребенка и подростка. Мастит. Причины и ведение. Женева, 2000. 48 с.
12. Cusack L., Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess — diagnosis and management in general practice // *Aust. Fam. Physician.* 2011. N40 (12). P. 976–979.
13. Breastfeeding, drugs, herbs, environmental toxins, mother and infant diseases [Электронный ресурс]. URL: <http://www.e-lactancia.org/ingles/inicio.asp> (дата обращения: 24.04.2012).
14. Drug Safety in Lactation [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medsafe.govt.nz/Profs/PUArticles/lactation.htm#Safety> (дата обращения: 24.04.2012).
15. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Электронный ресурс]. URL: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (дата обращения: 24.04.2012).
16. U.S. Food and Drug Administration [Электронный ресурс]. URL: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/> (дата обращения: 24.04.2012).
17. Сперофф Л., Дарни Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции. Бинном, 2009. 432 с.
18. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. МЕДпресс-информ, 2010. 401 с.
19. Department of Reproductive Health, World Health Organization // WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2010. 121 p.
20. Kapp N., Curtis K., Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review // *Contraception. WHO, Geneva, Switzerland.* 2010. Jul. N82 (1). P. 17–37. (Epub. 2010. Mar. 29).
21. Kapp N., Curtis K.M. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review // *Geneva, Switzerland. WHO, Contraception.* 2010. Jul. N82 (1). P. 10–16. (Epub. 2010. Mar. 9).

«Репродуктивное завтра России: «нет» бактериальному вагинозу» Кириленко О.В., Кротин П.Н.

1. Vaca M., Guadalupe I., Erazo S. et al. High prevalence of bacterial vaginosis in adolescent girls in a tropical area of Ecuador // *BJOG.* 2010. Jan. Vol. 117 (2). P. 225–228.
2. Deborah B. Nelson, George Macones. Bacterial Vaginosis in Pregnancy: Current Findings and Future Directions // *Epidemiologic Reviews.* 2002. Vol. 24, Issue 2. P. 102–108.
3. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: StatusPraesens, 2011.
4. Клиническая эффективность применения культуры собственных лактобацилл для восстановления биоценоза влагалища / В.А. Мельников, Н.А. Краснова, Т.С. Высоцких, Н.Г. Миронова, Е.А. Чернышева // *Пермский медицинский журнал.* 2007. №1–2. Т. 24. С. 36–38.
5. Мельников В.А., Стулова С.В., Ермолаева Е.В. Проблемы репродуктивного здоровья супружеских пар в современных условиях // *Фундаментальные исследования.* 2011. №10 (1). С. 118–121.
6. Малышева С.В. Бактериальный вагиноз у девочек-подростков и факторы риска в его возникновении // *Дальневосточный медицинский журнал.* 2000. N3. С. 84–86.
7. Cihat Ünlü, Gilbert Donders. Применение комбинации из лактобактерий и эстрогенов при лечении нарушения экосистемы влагалища: обзор // *J. Turkish-German Gynecol. Assoc.* 2011. Vol. 12. P. 239–246.
8. Сметник В.Л., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., 2001. С. 313–325.
9. Серов В.Н. Рациональная терапия влагалищной инфекции // *Гинекология.* 2005. Vol. 2 (7).
10. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. М.: редакция журнала StatusPraesens, 2012. 16 с.

11. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Соловьёва А.В. Санация перед родами и гинекологическими операциями: нужна? не нужна? вредна? Диагностика и коррекция нарушений влагалищного биоценоза в программах подготовки к родоразрешению и гинекологическим операциям. Клиническая лекция. М.: Медиа-бюро StatusPraesens, 2011. 20 с.
12. Gilbert Donders. Diagnosis and Management of Bacterial Vaginosis and Other Types of Abnormal Vaginal Bacterial Flora: A Review // Obstetrical and gynecological survey. 2010. Vol. 65. N7. P. 462–473.
13. Прилепская В.Н., Довлетханова Э.Р., Байрамова Г.Р., Фофанова И.Ю. Современный взгляд на вопросы этиологии, патогенеза и лечения бактериального вагиноза // Гинекология. 2010. Т. 12. №2.
14. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Четверткова Э.С., Мисуно О.А. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций // Акушерство и гинекология. 2011. №5.
15. Papanikolaou E.G., Tsanadis G., Dalkalitsis N., Lolis D. Recurrent bacterial vaginosis in a virgin adolescent: a new method of treatment // Infection. 2002. Dec. 30 (6). P. 403–404.
16. Mitchell C., Manhart L.E., Thomas K.K. et al. Effect of sexual activity on vaginal colonization with hydrogen peroxide-producing lactobacilli and Gardnerella vaginalis // Sex. Transm. Dis. 2011. Dec. Vol. 38 (12). P. 1137–1144.
17. Donders G.G.G., Van Bulck B., Van de Walle P., Kaiser R.R., Pohlig G. et al. Effect of Lyophilized Lactobacilli and 0,03 mg Estriol (Gynoflor) on Vaginitis and Vaginosis with Disrupted Vaginal Microflora: A Multicenter, Randomized, Single-Blind, Active-Controlled Pilot Study // Gynecol. Obstet. Invest. 2010. Vol. 70. P. 264–272.
2. Conroy S. et al. Survey of unlicensed and off label drug use // B.M.J. 2000. Jan N8. [320 (7227)]. P. 79–82.
3. Борисова Е.А., Дуглас Н.И., Гурьева А.Е., Лебедева М.Г. Репродуктивный выбор и контрацептивный выбор девочек-подростков РС(Я) // Вестник РУДН. 2007. №5. С. 228–232.
4. Борисова Е.А., Дуглас Н.И. Контрацепция девочек-подростков РС(Я) и их репродуктивное поведение // II Межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная 50-летию высшего медицинского образования РС(Я) «Экология и здоровье человека на Севере». 2007. С. 137–140.
5. Виссер Ф., Ременник Л., Бруйникс Н. Контрацепция в России: отношение, знания и практика врачей // Планирование семьи в Европе. 1994. №1. С. 8–12.
6. Mueck A.O., Seeger H., Rabe T. Hormonal contraception and risk of endometrial cancer: a systematic review // Endocr. Relat. Cancer. 2010. Sep. N23, 17 (4). [R263–271. Print 2010 Dec.].
7. Cibula D., Gompel A., Mueck A.O. et al. Hormonal contraception and risk of cancer // Hum. Reprod. Update. 2010. Nov.–Dec. N16 (6). P. 631–650. [Epub. 2010. Jun. 12].
8. Bjelic-Radisic V., Petru E. [Hormonal contraception and breast cancer risk] (article in German) // Wien Med. Wochenschr. 2010. Nov. N160 (19–20). P. 483–486. (Epub. 2010. Aug. N16).
9. Veljković M., Veljković S. The risk of breast cervical, endometrial and ovarian cancer in oral contraceptive users (article in Serbian) // Med. Pregl. 2010. Sep.–Oct. N63 (9–10). P. 657–661.
10. Weiss R. Top of mind: Looking ahead 2012 unfold key players in the health care industry detail their organizations' marketing and communications priorities // Mark Health Serv. Winter. 2012. N32 (1). 8–11.
3. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: StatusPraesens, 2011.
4. A Cochrane Pocketbook: Pregnancy and Childbirth, 2008.
5. Czeizel A.E. Periconceptional folic acid containing multivitamin supplementation // Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1998, Jun. 78 (2). 151–161.
6. Greiner T. Vitamins and minerals for women: recent programs and intervention trials // Nutr. Res. Pract. 2011. Feb. 5 (1). 3–10. Epub. 2011. Feb 28.
7. Hofmeyr G.J., Lawrie T.A., Atallah A.N., Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems // Cochrane Database Syst. Rev. 2010, Aug. 4 (8). CD001059.
8. Cadroy Y., Grandjean H., Pichon J. et al. Evaluation of six markers of haemostatic system in normal pregnancy and pregnancy complicates by hypertension or preeclampsia // British journal of Obstetrics and Gynaecology. 1993. Vol. 100. P. 416–420.
9. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
10. Гестозы: руководство для врачей. М.: МИА, 2005.
11. Duley L., Gülmezoglu A.M., Henderson-Smart D.J. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia // The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007. Issue 4. Art. No.: CD000025. DOI: 10.1002/14651858.CD000025
12. Ранние сроки беременности / под общ. ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. М.: StatusPraesens, 2009.
13. Abalos E., Duley L., Steyn D.W., Henderson-Smart D.J. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy // The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001, Issue 2. Art. No.: CD002252.
14. Grab D., Paulus W.E., Erdmann M. et al. Effects of low-dose aspirin on uterine and fetal blood flow during pregnancy: results of a randomized, placebo-controlled, double-blind trial // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2000. Jan. 15 (1). P. 19–27.
15. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология, 2006.
16. King J.C. Physiology of pregnancy and nutrient metabolism // Amer. J. Clin. Nutr. 2000, May. 71 (5 Suppl). 1218S–1225S.
17. Crowther C.A., Keirse M.J.N.C. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review) // The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 1999. Issue 4.
18. Mark E. Molitch, Prolactinomas and pregnancy // Clinical Endocrinology. 2010. N73. P. 147–148.
19. Molitch ME Pituitary disorders during pregnancy // Endocrinol. Metab. Clin. North Am. 2006. N35. P. 99–116, vi.
20. Ono M., Miki N., Amano K. et al. Individualized highdose cabergoline therapy for hyperprolactinemic infertility in women with micro- and macroprolactinomas // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2010. N95. P. 2672–2679
21. Gaberšček S., Zalete K. Thyroid physiology and autoimmunity in pregnancy and after delivery // Expert Rev. Clin. Immunol. 2011. Sep. 7 (5). 697–706; quiz 707.
22. Ikeda T., Nishikawa A., Imazawa T., Kimura S., Hirose M. Dramatic synergism between excess soybean intake and iodine deficiency on the development of rat thyroid hyperplasia // Carcinogenesis. 2000. Apr. 21 (4). 707–713.
23. Постановление №419 Правительства РФ от 05.10.1999, приказ Минздрава России №444 от 14.12.99 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микроэлементов».

«Клиническое исследование: 44% ошибок»

Газазян М.Г., Хардинов А.В.

1. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манушина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1088 с.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Гаспаров А.С. Гинекология. М.: МИА, 2006. 616 с.
3. Минаков А.Л., Дерябин Д.Г., Борисов С.Д. Возможности лапароскопии при топической диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивного тракта женщин / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. М.: 2000. С. 198–199.
4. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 448 с.
5. Сердюк В.Н., Демченко Т.В. Дифференциальный подход к диагностике хронических вялотекущих воспалительных заболеваний гениталий // АГ–ИНФО. 2001. №3. С. 28–30.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. М., 1990. 122 с.
7. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / под редакцией В.В. Митькова, М.В. Медведева. Т. III. М.: Видар, 1997. 320 с.
8. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. СПб: ЗАО «ЭЛБИ», 2000. 144 с.
9. Петрович Е.А., Манухин И.Б. Инновационный подход к лечению трубно-перитонеального бесплодия // Consilium Medicum. Гинекология. 2010. №3 (12).

«Врачебные страхи и опасения: в эпицентре шторма»

1. De Irala J., Osorio A., Carlos S., Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers // Contraception. Epub. 2011. Jun. N8; 2011 Dec. N84 (6). P. 558–564.

«Родовой травматизм — редакционная справка SP» Маклецова С.А.

1. Erin K. Sauber-Schatz, Nina Markovica, Harold B. Weiss et al. Descriptive epidemiology of birth trauma in the United States in 2003 // Paediatr. Perinat. Epidemiol. 2010. Mar. N24 (2). 116–124. [PubMed 20415766].
2. Hankins G.D., Clark S.M., Munn M.B. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise // Semin. Perinatol. 2006. Oct. N30 (5). P. 276–287. [PubMed 17011400].
3. Gutman G. Blocked Atlantal Nerve Syndrome // Babies and Infants ICA Review. 1990. July. P. 37–42. Originally published in German Manuelle Medizin. 1987. N25. P. 5–10.
4. Patonay B.C., Oliver W.R. Can birth trauma be confused for abuse? // J. Forensic. Sci. 2010. Jul. N55 (4). P. 1123–1125. (Epub. 2010. Apr. 8) [PubMed 20384915].
5. Париков С.Л. Судебно-медицинская оценка родовой травмы центральной и парасимпатической нервной системы у новорожденных и детей первого года жизни. Автореферат на соиск. ... д-ра мед. наук. Москва. 2009.
6. Ратнер А.Ю. Родовые повреждения нервной системы. Казань, 1985.
7. Родовая акушерская травма новорожденного / А. А. Хасанов; науч. ред. А. Ю. Ратнер. Казань: Б. и., 1992. 123 с.

«Энциклопедия акушерских заблуждений» Галина Т.В.

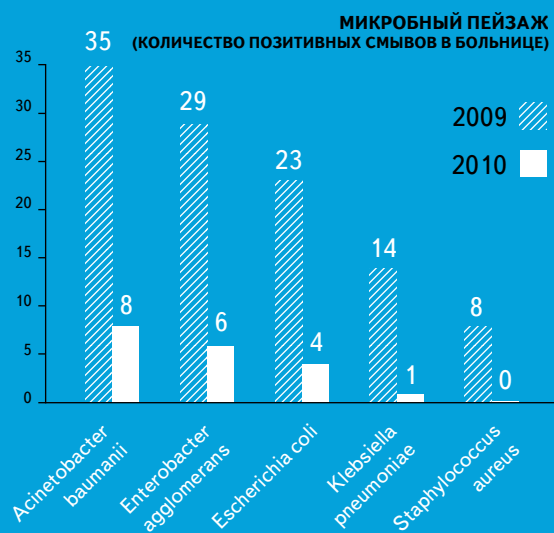
1. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Петрозаводск: Издательство ПГУ. 1997 г.
2. Женская консультация / под общ. ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

ОРГАНИЗАЦИЯ КЛИНИНГОВОГО ЦЕНТРА

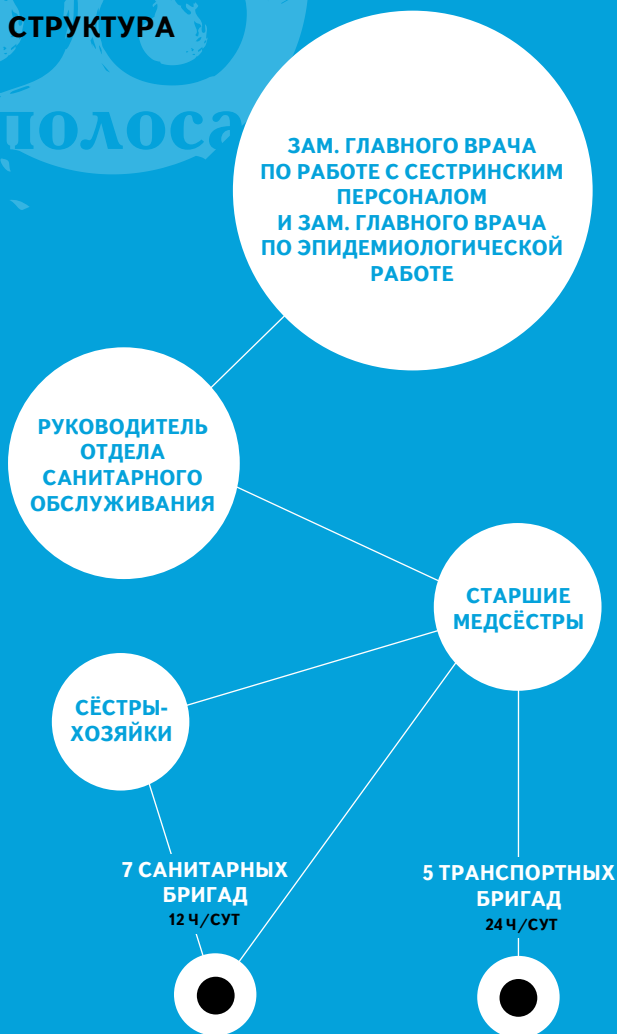
ВЛОЖЕНИЯ



РЕЗУЛЬТАТЫ



СТРУКТУРА



23 501 м²
ОБЩАЯ ПЛОЩАДЬ БОЛЬНИЦЫ,
ТРЕБУЮЩАЯ УБОРКИ

40 СОТРУДНИКОВ
КЛИНИНГОВОГО ЦЕНТРА
ЕЖЕДНЕВНО ВЫХОДЯТ НА СМЕНУ

587,5 м²
ПРИХОДИТСЯ НА ОДНОГО СОТРУДНИКА