



Пути снижения акушерской агрессии

З.М. Дубоссарская, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

Ю.А. Дубоссарская, д.м.н., заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и педиатрии Днепропетровского медицинского института традиционной и нетрадиционной медицины

И как хотите, чтобы с вами поступали люди, так и вы поступайте с ними (Луки 6:31)

«Безопасное акушерство» — термин, закономерно идущий на смену выражению «безопасное материнство». Одна из целей развития тысячелетия ООН (2000) предусматривает снижение к 2015 г. уровня материнской смертности на 75% по сравнению с показателями 1990 г. В сентябре 2010 г. ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ, Фондом ООН по народонаселению и Всемирным банком представила результаты исследования, свидетельствующие о том, что за 18 лет уровень материнской смертности снизился на 34% — с 546 тыс. в 1990 г. до 358 тыс. в 2008 г.

Статистические данные свидетельствуют о том, что более 500 тыс. женщин во всем мире умерло в связи с беременностью и родами, не выполнив предназначенную природой функцию — воспроизведение потомства (табл.). Следует при этом отметить, что каждый десятый случай материнской смертности в той или иной степени является следствием врачебных ошибок. Именно врачебные ошибки (настоящие или мнимые) становятся реальной опасностью для специалиста, подвергающегося не только юридическому преследованию и санкциям страховых компаний, но и прессингу общества. В целом в России количество судебных исков к врачам возросло за последние годы более чем в пять раз.

Уже прошло восемь лет с момента опубликования отчета Института медицины (Institute of Medicine, ИОМ) США, в котором впервые была названа цифра, известная теперь повсюду: от 44 до 98 тыс. человек в год погибают в лечебных учреждениях США вследствие предотвратимых медицинских ошибок. Выходит, что только ошибки, происходящие в больницах, уносят жизни столько людей, что занимают 8-е место в списке самых важных причин смерти, т.е. больше чем рак молочной железы, СПИД и автомобильные аварии вместе взятые. Очевидно, что этот потрясающий результат вступает в противоречие с провозглашаемым этическим принципом «не навреди». В это огромное

количество вошли только признаваемые всеми неблагоприятные последствия ошибочных, «неправильных» вмешательств, происшедших случайно или непреднамеренно.

Акушерство — динамически развивающаяся дисциплина, которая постоянно вбирает в себя новейшие достижения медицинской науки и практики. Это характерно для любой научной отрасли, однако при этом надо иметь в виду, что беременность и роды — физиологический процесс, а не совокупность диагнозов. Поэтому любые вмешательства в этой области должны предприниматься только в крайних случаях. В последние десятилетия отмечается большой информационный бум, что проявляется возникновением разноречивых теорий, представлений, предложений по тактике ведения беременности и родов. В этих условиях практическим врачам трудно, а порой и невозможно разобраться в целесообразности и пользе одних положений или, напротив, риске для матери и плода других. Перед специалистами возникает ряд вопросов: какова эффективность различных методов ведения беременности и родов, какова степень их агрессивности для матери и плода, как они влияют на здоровье ребенка в будущем?

На современном этапе развития акушерства существует целый ряд ошибочных, не обоснованных научно представлений и подходов. Их последствия в большинстве случаев можно охарактеризовать как проявления акушерской агрессии, что иногда становится нормой ведения беременности и родов, и, к сожалению, не всегда с благоприятным исходом (Радзинский В.Е., 2005). В 2007 г. внимание общественности США было привлечено к использованию сульфата магния при угрозе преждевременных родов. Данный препарат якобы снижает сократительную активность матки, т.е. является токолитиком. Между тем восемь лет назад был опубликован обзор, обобщивший 23 клинических испытания, в которые были включены

Таблица. Причины материнской смертности в мире в 2000 г. (Радзинский В.Е., 2004)

Беременность	Роды	Послеродовой период (42 дня)
Аборты – 80 000	Гестозы – 110 000	Сепсис – 130 000
Внематочная беременность – 40 000	Кровотечения – 130 000	
Другие причины – 50 000 (экстрагенитальные заболевания, эмболия околоплодными водами и др.)		
Медицинские ошибки – 50 000		



более 2000 женщин (Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002). Было научно доказано, что сульфат магния не только не обладает выраженным токолитическим действием и, следовательно, не предотвращает преждевременные роды, но даже почти в три раза повышает перинатальную смертность. Однако и в настоящее время многие врачи продолжают эту вредную практику. Только в США вследствие применения сульфата магния гибнет приблизительно 2-5 тыс. новорожденных ежегодно.

Как ни парадоксально, но в существовании подобной практики «виноваты» устаревшие стандарты. Традиционно стандартом правильного лечения являлся образ действий профессионально подготовленного врача — специалиста в конкретной области. В соответствии с этой традицией рассматривается и деятельность отдельно взятого специалиста. В противопоставление этому архаичному представлению о «правильном лечении» практически рекомендации с конца прошлого века строятся на принципах доказательной медицины. Вместе с тем (как видно на примере использования сульфата магния для предотвращения преждевременных родов) и через 20 лет от начала процесса разработки доказательных рекомендаций в практике лечения сохраняются необоснованные и даже вредные вмешательства.

К сожалению, явление акушерской агрессии существует и в странах СНГ, в т.ч. в Украине. Например, в российских родильных домах у новорожденных широко использовали фенobarбитал, якобы с целью уменьшения желтухи, а фактически — для того чтобы создать «спокойную» атмосферу в палатах. До недавних пор родильные дома были подобны местам заключения с ограничительным режимом. Хорошо известно, что это не приводит к улучшению исходов у рожениц и новорожденных, а, наоборот, излишне травмирует их (Власов В.В., 2007). Внедрение современных перинатальных технологий в Украине (индивидуальные родильные залы, партнерские [семейные] роды, грудное вскармливание, демедицинализация беременности, применение принципов безопасного материнства) делает возможным дальнейшее улучшение качества оказания акушерской и перинатальной помощи. Однако причиной частых неблагоприятных исходов беременности и родов для матери и плода в немалой степени является так называемая акушерская агрессия.

Акушерская агрессия — ятрогенные, научно обоснованные действия, направленные якобы на пользу, а в результате приносящие матери и плоду только вред. Это приводит к увеличению осложнений беременности и родов, росту перинатальной, младенческой и материнской заболеваемости и смертности. Эти действия основаны исключительно на ощущениях врача, их необходимость не имеет никакой доказательной базы. Акушерская агрессия — прямая причина 10% материнской смертности и 50-70% перинатальной заболеваемости и смертности в мире (Костин И.Н., 2009). В связи с этим возникает закономерный вопрос о так называемом безопасном акушерстве.

Безопасное акушерство — это совокупность научно обоснованных подходов, основанных на достижениях

современной науки и практики. Общая цель безопасного акушерства в первую очередь заключается в снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Современные социально-экономические условия выдвигают новые требования к организации здравоохранения. При этом такой показатель, как качество оказываемых услуг, становится одним из важнейших факторов, определяющих деятельность любого лечебного учреждения. Охрана материнства и детства является основной составляющей государственной политики ввиду значимости вопроса рождения здоровых детей. Важнейшими показателями этой составляющей являются: репродуктивное здоровье населения; рождаемость; безопасность родов; низкий уровень материнской, перинатальной, младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности. Важную роль в формировании этих показателей играет социально-экономический фактор. В системе медицинского обеспечения матерей и новорожденных, а также в целом в отрасли происходят структурные изменения, обусловленные демографическими процессами, экономической ситуацией в Украине, изменениями подходов к предоставлению медицинской помощи населению, в частности переориентацией первичной медико-социальной помощи на основы общей практики/семейной медицины и внедрением современных перинатальных технологий.

Развитие системы рыночных отношений изменило социальное поведение пациенток и способствовало становлению социального контроля качества оказания медицинских услуг. Поэтому важнейшей особенностью современного здравоохранения является усиление тенденций правовой регламентации медицинской деятельности. Одним из направлений правовой реформы в здравоохранении должны стать определение мер ответственности за неисполнение или формальное исполнение законодательства для всех органов здравоохранения, участвующих в обеспечении конституционного права граждан на получение соответствующей медицинской помощи, а применительно к врачу-гражданину — обеспечение его конституционных прав и профессиональной деятельности, включая страхование ответственности.

Риск развития неблагоприятных исходов беременности и родов или развития правовых конфликтов сопровождается «заинтересованные стороны» — врача и пациентку — с первых дней беременности, а иногда распространяется и на период прегравидарной подготовки.

Источниками агрессии в акушерстве являются не только акушеры-гинекологи, но и сама беременная, члены ее семьи и общество в целом. Агрессия со стороны беременной заключается в психологическом инфантилизме женщин или молодых людей, которые не готовы ни к брачному союзу, ни к воспитанию ребенка, а настроены только на получение удовольствия от жизни и не способны принять на себя ответственность за здоровье и судьбу своего будущего ребенка. Поэтому угроза прерывания беременности, гестозы как реакция дезадаптации организма на беременность



являются прямым следствием этой агрессии со стороны беременной — незаинтересованность в ребенке, отсутствие чувства материнства в детородном возрасте. Полное отсутствие чувства материнства, безразличное отношение к будущему ребенку также проявляются в курении, приеме алкоголя и наркотиков во время беременности. В родах неготовность к материнству может проявляться аномалиями родовой деятельности.

Поддержка семьи, безусловно, имеет колоссальное значение в перинатальном периоде, улучшая акушерские показатели. Она способствует снижению акушерской агрессии. Заметно огромное влияние, которое оказывает присутствующий партнер, на положительные результаты родов. Родственники не только принимают участие в родах, но и имеют свободный доступ к послеродовой палате, помогают женщине осуществлять уход за новорожденным, что способствует формированию у них сознательных семейных чувств и ответственности за ребенка. Кроме создания максимально благоприятных условий для женщины и ее будущего ребенка, такая организация ведения родов дает возможность предупреждать распространение госпитальных инфекций в роддомах. К сожалению, не всегда чувства между супругами столь велики, чтобы допустить отца ребенка к родам, поэтому женщина боится поделиться своей радостью и счастьем рождения ребенка со своим близким человеком, мужем.

Проблемы общества в целом также важны: известный уровень бедности среди населения, особенно среди многодетных семей, предопределяющий повышение перинатального риска; проблемы нежелательной беременности; низкий уровень зарплат и социальная незащищенность медработников, прежде всего в сельской местности, и др.

Врачебная акушерская агрессия возможна на всех этапах оказания помощи при беременности, в родах и в послеродовом периоде.

Элементы акушерской агрессии в женской консультации (Радзинский В.Е., 2004) таковы:

- полипрагмазия;
- необоснованное извращение оценки биоценоза влагалища по результатам малоинформативных анализов без наличия кольпита или бактериально-го вагиноза;
- многочисленные дополнительные исследования без наличия показаний;
- ранняя родовая госпитализация (по диагнозу, сроку беременности, степени риска) и недостаточное использование стационар-замещающих технологий.

Ненавязчивая акушерская агрессия нередко начинается с первой же явки беременной в женскую консультацию. Это относится к лишним, порой дорогостоящим исследованиям и анализам, а также к назначению необоснованного лечения. Применение стандартного комплекса препаратов (витаминных и минеральных комплексов, биологически активных добавок и т.п.) зачастую заменяет патогенетически обоснованную терапию. Так, например, при угрожающем прерывании беременности во многих случаях без соответствующего

обследования назначают прогестерон и его аналоги, гинипрал и другие β -адреномиметики, что в России обходится в сумму свыше полумиллиарда рублей (Радзинский В.Е., 2006). Акушерская агрессия включает и рутинные назначения беременным комплекса так называемой метаболической терапии (актовегин, курантил, эссенциале, раствор глюкозы, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота), которая также не является обоснованной.

Отдельно следует сказать о биоценозе влагалища — самой незащищенной от врачебных действий области репродуктивной системы. Стало повсеместным стремление врача выявить наличие любых видов инфекций во влагалищном содержимом и назначить при этом неадекватное лечение (дезинфектанты, мощные антибиотики без определения чувствительности к ним и т.д.). Как известно, природа не терпит пустоты, поэтому без восстановления нормальной микрофлоры влагалища после антибактериальной терапии микробная ниша быстро заселяется условно-патогенными микроорганизмами, на которые, в лучшем случае, было направлено лечение (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, грибы и др.), но уже с антибактериальной резистентностью. Проведение полимеразной цепной реакции (ПЦР) сопровождается получением немалого количества ложноположительных результатов, заставляющих врача принимать те или иные «агрессивные» решения. Поэтому в США это исследование проводят в шесть раз реже, чем в России, по той причине, что оно «слишком дорого и сверхинформативно». С целью избавиться от стремления «лечить анализы» с 2007 г. в США было запрещено даже проведение бактериоскопического исследования у беременных, у которых отсутствуют жалобы. В Украине скрининг многих перинатальных инфекций также не проводится без наличия клинических проявлений заболевания у беременной. Изучение эволюции состава биоценоза половых путей за последние десятилетия дает следующие результаты: у каждой второй здоровой женщины репродуктивного возраста в содержимом влагалища можно выделить гарднереллы и кандиды, у каждой четвертой — кишечную палочку, у каждой пятой — микоплазмы. Если количество колониеобразующих единиц (КОЕ) этих возбудителей не превышает 10^5 /мл влагалищного секрета, а количество КОЕ лактобактерий составляет более 10^7 /мл, и при этом нет клинических проявлений воспаления, женщина считается здоровой и ни в каком лечении не нуждается. Этой важной информации качественная ПЦР не дает, она информативна только при обнаружении микроорганизмов, которые должны отсутствовать во влагалище здоровой женщины (бледная трепонема, гонококки, трихомонады и др.).

Еще одним проявлением акушерской агрессии в женских консультациях является необоснованно широкое проведение дополнительных методов исследования. Речь идет о многочисленных ультразвуковых исследованиях и кардиотокографиях при наличии физиологически протекающей беременности. Методы пренатальной диагностики должны использоваться в сроки беременности, регламентированные Приказом



МЗ Украины от 28.12.2002 г. № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Каков же выход из данной ситуации? Стратегия риска — выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться дистресс-синдромом плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Эти риски должны оцениваться по степени значимости в течение не только всей беременности, но, что очень важно, и во время родов (интранатальный прирост). В основе многих родов, имевших неблагоприятные исходы как для матери, так и для плода, лежит недооценка или игнорирование интранатальных факторов риска (патологический прелиминарный период, наличие мекония в околоплодных водах, аномалии родовой деятельности и др.).

Элементы акушерской агрессии в акушерских стационарах (Радзинский В.Е., 2004):

1. Отделение патологии беременных:

- полипрагмазия;
- программированные роды при незрелой шейке матки;
- использование эстрогенов для подготовки родовых путей;
- необоснованная амниотомия.

2. Родильный блок:

- необоснованные родовозбуждение, родостимуляция (окситоцин в 45-60% родов), амниотомия, использование неразрешенного препарата сайтотек (мизопростол);
- пособие Кристеллера;
- рассечение промежности при высоко стоящей головке, стремление к малым разрезам (в 67% случаях продолжаются в разрывы промежности);
- 25% излишних кесаревых сечений и 15% не произведенных при высоком перинатальном риске, преобладание экстренных кесаревых сечений над плановыми и запланированными;
- неадекватное лечение гестозов и акушерских кровотечений (экстирпация матки вместо перевязки сосудов).

В родильном доме важна информационная поддержка — разделение ответственности между медицинским персоналом и женщиной. Все процедуры следует обсуждать с пациенткой и ее партнером. При этом информация должна быть правдивой, но полностью исключать запугивание. Общаться с женщиной необходимо на понятном ей языке, без применения специальной медицинской терминологии. На каждую медицинскую процедуру следует оформлять информированное согласие пациентки.

Внедрение современных перинатальных технологий в Украине, включая открытость родильных домов, партнерские (семейные) роды, создание условий для естественного поведения роженицы, самостоятельный выбор положения во время родов, ведение партограммы, отказ от пособий по защите промежности, поддержку тепловой цепочки, обеспечение условий для заселения кожи и желудочно-кишечного тракта новорожденного аутохтонной флорой матери, совместное пребывание

матери и ребенка в стационаре, раннюю выписку из роддома при благоприятном течении послеродового периода, привело к значительному снижению акушерской агрессии. За последние годы в Украине индивидуальные родильные залы созданы во всех родильных домах; количество партнерских родов увеличилось с 2% в 2004 г. до 52%, а в отдельных регионах до 79% в 2009 г.; родильные дома на грудном вскармливании составляют 98%, благодаря этому частота нормальных родов возросла с 32,4% в 2002 г. до 63,3% в 2009 г.

Однако требует пересмотра тактика ведения пациенток в конце III триместра беременности, которая заключается в необоснованной госпитализации в отделение патологии беременных. Большая часть (80%) беременных, нуждающаяся в лечении, может успешно пользоваться услугами дневного стационара в женских консультациях, экономя средства родильного стационара и не отрываясь от семьи. У женщины, необоснованно госпитализированной в отделение патологии беременности в конце периода гестации, один путь — в родильный блок. Считается, что у этой пациентки различными методами должна быть подготовлена шейка матки, затем следуют амниотомия и родовозбуждение. Необходимо подчеркнуть, что амниотомия при незрелой шейке матки значительно повышает частоту осложнений в родах (в 16 раз) и операции кесарева сечения (в 6 раз). Экспертные оценки показывают, что каждое четвертое кесарево сечение является результатом акушерской агрессии.

Не находит должного понимания внедрение элементов новых перинатальных технологий. Так, применение дезинфектантов у практически здоровых беременных не оставляет шанса ни одному биотопу (лобковому, промежностному, влагалищному) выполнить свои защитные функции в родах и послеродовом периоде.

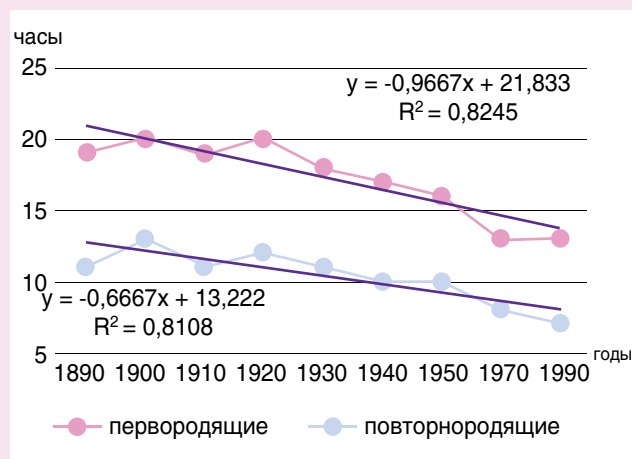


Рис. 1. Динамика средней продолжительности родов в часах в конце XIX и на протяжении XX в. (Радзинский В.Е., 2004)

Нельзя оставить без внимания вечный вопрос о средней продолжительности родов. По данным литературы, продолжительность родов у перво- и повторнородящих в конце XIX в. составляла в среднем 20 и 12 ч соответственно, а к концу XX в. — 13 и 7 ч (рис.1). Анализируя временные параметры этой величины,



можно считать, что в среднем на каждое десятилетие продолжительность родов у первородящих уменьшалась почти на 1 час, у повторнородящих — на 40 минут. Что же изменилось за это время? Генетически детерминированный, веками отлаженный физиологический процесс родов? — Вряд ли. Антропометрические показатели женского организма, в частности родовых путей? — Нет. Закономерный процесс развития научной мысли? — Несомненно! Разумеется, большинство достижений акушерской науки и практики имеет благородную цель — снижение показателей перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. При этом анализ современного состояния акушерства показывает, что мы зачастую сами загоняем себя в тупик. Почему средние в мире значения длительности родов являются отправной точкой принятия чаще всего скоропалительных и в большинстве случаев неправильных решений у конкретной беременной (частота использования утеротонических препаратов в мире достигает 60%, и это только учтенные данные), а критерием правильного течения родов стало время, а не динамика родового процесса? Проведенные исследования свидетельствуют о том, что женщины, начинающие родовой акт в родовспомогательном учреждении, имеют более короткую продолжительность родов по сравнению с теми, кто поступает в середине первого периода родов. Следует отметить, что у первой группы рожениц чаще регистрируют осложненные роды, которые характеризуются большим количеством всевозможных вмешательств, в т.ч. операций кесарева сечения.

Истинных цифр использования в родах запрещенных пособий (метод Кристеллера) не знает никто. Оценку акушерской ситуации с применением пособия Кристеллера Э. Бумм описал еще в 1917 г., подчеркнув, что этот метод является самым агрессивным и опасным вмешательством в родах. В настоящее время по предложению Французской ассоциации акушеров-гинекологов в Европейском союзе рассматривается вопрос о лишении врача права заниматься акушерской практикой во всех странах сообщества, если он заявит о применении им кристеллеровского пособия. Доложенная на Всемирном конгрессе Международной федерации акушеров-гинекологов (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) в 2006 г. эта инициатива вызвала горячее одобрение делегатов. Ретроспективный анализ родов, завершившихся травмами новорожденных, их реанимацией, включая ИВЛ, свидетельствует о главной ошибке: применение метода Кристеллера вместо не произведенного вовремя оперативного родоразрешения.

Строгих ограничительных рамок требуют вопросы оказания акушерского пособия с использованием эпизиотомии. Стремление к уменьшению длины разреза приводит к прямо противоположному результату: до 80% так называемых малых эпизиотомий превращаются в банальные разрывы промежности. Поэтому вместо резаной раны приходится ушивать рваную. В результате возникает несостоятельность мышц тазового дна у женщин молодого возраста. Установлено, что эпизиотомия при дистресс-синдроме плода

не является радикальным методом ускорения родов, а при высоко стоящей головке эта операция вообще не имеет смысла. Поэтому растущее количество случаев несостоятельности мышц тазового дна является следствием не только плохого восстановления промежности, но и так называемого щадящего, а зачастую ненужного ее рассечения.

Заявление этического комитета FIGO в 2001 г. гласит:

- врач не имеет права причинять любой вред своим пациентам и отвлекать медицинские ресурсы на выполнение процедур, безопасность которых для здоровья сомнительна;
- врач не имеет права выполнять вмешательства, для которых нет медицинских и этических показаний.

Это в полной мере должно быть отнесено и к операции кесарева сечения. Попытки врачей искусственно ускорить физиологическое течение родов, проведение рутинных кардиотокографий в родах приводят к необоснованному повышению частоты оперативных вмешательств, в т.ч. кесарева сечения.

До настоящего времени загадкой акушерства являются гестозы. Современные научные исследования подошли уже, казалось бы, к последнему барьеру патогенетической цепочки этого осложнения беременности — к иммунологии и генетике, но до сих пор целостная картина развития гестоза отсутствует. Ценой незнания являются жизни тысяч женщин, погибающих в мире и в частности в Украине. В структуре материнской смертности у нас в стране гестозы составили в 2008 г. 10,7%, в 2009 — 3,1%. Как это ни покажется странным, но гестозы, вероятно, — достаточно управляемая причина материнской смертности, и решение этого вопроса заключается в своевременной диагностике и адекватном лечении. Конечно, о лечении мы говорим условно — единственным успешным методом терапии этого осложнения беременности является ее своевременное прерывание. Главная задача состоит в том, чтобы не допустить возникновения эклампсии, от которой, собственно, и умирают беременные. Золотым стандартом лечения являются терапия в соответствии со степенью тяжести преэклампсии и родоразрешение по показаниям. Для этого необходимо определить степень тяжести гестоза, длительность лечения и выбрать метод родоразрешения. От правильного решения этих вопросов зависит безопасность пациентки и врача.

Как известно, лидирующее место среди причин материнской смертности в мире и в Украине занимают акушерские кровотечения. В структуре материнской смертности в Украине в 2008 г. это осложнение составило 26,7%, а в 2009 г. — 11,5%. До сих пор не стихают дискуссии по поводу количества и качества инфузионной терапии для восполнения кровопотери в акушерской практике. Старые воззрения по этому вопросу сейчас оцениваются критически. Уже не вызывает сомнений, что приоритетом инфузионной терапии является качественный состав переливаемых растворов. Особенно это касается инфузионной терапии у женщин с поздними гестозами, при которых гипергидратация может привести к печальным последствиям.



А отказ от таких «агрессивных» инфузионных сред, как желатиноль, 5% альбумин, реополиглюкин и др., значительно снижает риск развития ДВС-синдрома. Гидроксиэтилкрахмал, 0,9% раствор натрия хлорида должны быть основными инфузионными средами. Но это является только частью проблемы успешного лечения акушерских кровотечений. Основные же моменты должны включать правильную оценку количественного (объем) и качественного (нарушение свертывающей системы) компонентов кровопотери, своевременную и адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, своевременное и адекватное хирургическое лечение (органосохраняющая тактика) и постоянный аппаратный и лабораторный контроль витальных функций и гомеостаза. Основными причинами летальности при массивных акушерских кровотечениях является нарушение вышеперечисленных моментов (запоздалый неадекватный гемостаз, неверная тактика инфузионной терапии, нарушение этапности оказания помощи). Как ни странно, но даже такая банальная вещь, как оценка объема кровопотери, может сыграть решающую роль в исходе лечения самого кровотечения. К сожалению, оценка кровопотери практически всегда имеет субъективный характер. Своевременное лечение гипотонического кровотечения с использованием всех необходимых компонентов позволяет успешно справиться с ситуацией уже на консервативном этапе оказания акушерской помощи. Обязательным условием является своевременная диагностика кровотечения. Многие судебные дела, возбужденные по поводу случаев материнской смертности, связаны именно с этим моментом. Затем необходимы тщательная оценка объема кровопотери и расчет программы инфузионно-трансфузионной терапии (в зависимости от массы тела женщины) и ее коррекция в процессе лечения. Большое значение имеет многокомпонентная терапия, предусматривающая инвазивное вмешательство (ручное обследование стенок матки или ее бимануальная компрессия — забытые методы Снегирева и Соколова), применение системы для внутривенного введения растворов, использование утеротоников, контроль за гемодинамическими и гемостазиологическими показателями, и, что немаловажно, постоянную оценку кровопотери в процессе лечения. В последнее время в России широкое применение для остановки гипотонического кровотечения получил внутриматочный гемостатический баллон. Назвать этот метод новым нельзя, так как первое упоминание о применении подобного рода средств относится к середине XIX в. (1855 г.), однако использование современных материалов и растворов позволило еще раз обратиться к этому методу. По данным литературы, его эффективность составляет до 82%. Следующим фактором, часто приводящим к печальным исходам родов, является решение о переходе от консервативного к оперативному этапу лечения акушерского кровотечения. В большей степени он касается психологии врача: любыми способами оттянуть лапаротомию и удаление матки. В России в 2001 г. было произведено 3600 экстирпаций матки, но после увеличения судебных разбирательств по пово-

ду удаления детородного органа, которое превысило таковое по случаям материнской смертности, количество экстирпаций уменьшилось более чем в два раза и составило в 2002 г. 1700 операций при такой же частоте гипотонических кровотечений. Какие имеются возможности остановки кровотечения на хирургическом этапе? Последовательность действий выглядит следующим образом:

- введение простенона или окситоцина в мышцу матки;
- ишемизация матки путем наложения зажимов и лигатур на сосудистые пучки;
- наложение на матку гемостатических компрессионных швов Б-Линча (B-Lynch) и Перейры;
- перевязка внутренних подвздошных артерий;
- ангиографическая эмболизация;
- и лишь затем ампутация или экстирпация матки.

В основе тактики лечения акушерских кровотечений всегда должен лежать органосохраняющий принцип. Это противоестественно, если женщина, поступившая в родильный стационар, выписывается без детородного органа. Конечно, есть исключения из правил, но то, что органосохраняющая тактика должна стать при лечении акушерских кровотечений приоритетом, сегодня не вызывает сомнений.

Еще одной причиной материнской смертности в мире и в Украине в частности являются аборты, а именно их осложнения. Несмотря на снижение за последние десятилетия в нашей стране абсолютного числа абортов, в структуре материнской смертности они составили в 2008 г. 9,3%, а в 2009 — 3,8%. К сожалению, под влиянием социально-экономических факторов аборты все еще остаются методом регуляции рождаемости в Украине. Однако, начиная с 2001 г., рождаемость у нас начала расти, частота родов превысила частоту абортов, что, бесспорно, положительно влияет на решение демографических проблем в стране (рис. 2). Эта позитивная тенденция сохранилась и в 2009 г., рождаемость продолжала расти и составила 11,1 случая на 1000 человек населения. Кроме того, за последний год приостановлен показатель отрицательного прироста населения. Однако сравнительно со странами Евросоюза, где прирост населения составляет +4,1 на 1000 человек населения, в Украине — -4,2 на 1000.

Современная ситуация в сфере воспроизводства населения Украины характеризуется длительной депопуляцией с существенным ухудшением качественных характеристик здоровья населения, прежде всего репродуктивного. Послеабортные осложнения в Украине включают невынашивание беременности (ежегодные потери около 36 тыс. нерожденных детей), а также бесплодие — в стране зарегистрировано более 1 млн бесплодных пар. Частота женского бесплодия за последние годы в Украине возросла с 2,9 случая на 1000 женщин фертильного возраста в 2001 г. до 3,7 случая в 2009 г.

Нельзя исключить, что широкое применение многочисленных прерываний беременности является одной из причин увеличения рождаемости детей с массой тела более 4000 г, доля которых прогрессивно возрастает в последние годы.

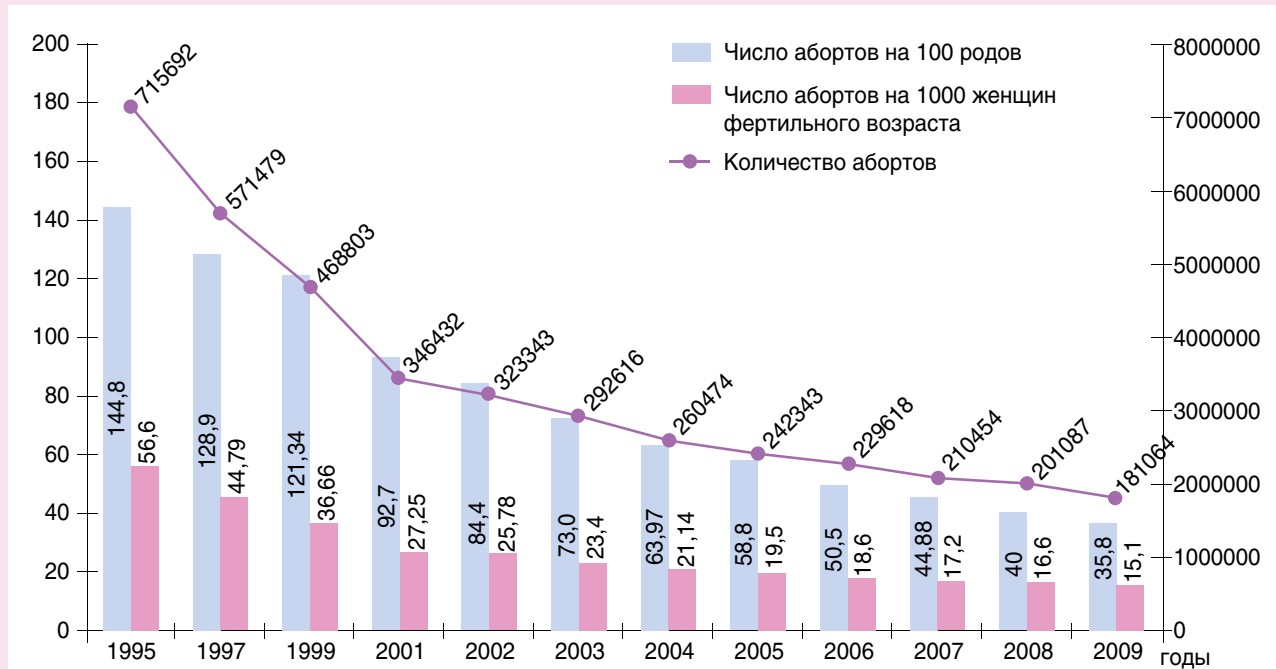


Рис. 2. Медицинские аборты в Украине за период с 1995 по 2009 г. (Коломейчук В.Н., 2010)

Борьба с материнской смертностью была и, конечно, останется приоритетом в работе акушерской службы, однако развитие системы медицинского страхования и рыночных отношений изменят социальное поведение и менталитет пациенток. Их осведомленность о современных методах родовспоможения, как это ни парадоксально, иногда ставит в неловкое положение некоторых врачей, не утруждающих себя самообразованием. Речь идет о современных перинатальных технологиях — комплексе мероприятий, основанных на доказательной медицине. Не внедрять их там, где это возможно, — это, мягко говоря, недалеко-видно, а в некоторых ситуациях и преступно (вспышки нозокомиальных инфекционных заболеваний).

Мы уже упоминали выше, что каждый десятый случай материнской смерти в мире происходит по вине врача. Как же обезопасить пациентку, а также и самого врача от последствий некомпетентных действий? Самый дешевый, но чрезвычайно эффективный способ — разработка соответствующих стандартов и клинических протоколов оказания медицинской помощи, основанных на принципах доказательной медицины, что и сделано под эгидой Министерства здравоохранения Украины. В современном информационном мире без этого работать уже невозможно. В первую очередь речь идет о протоколах лечения акушерских кровотечений, ведения беременных с поздними гестозами, преждевременным излитием околоплодных вод и др., в дальнейшем — по каждой акушерской ситуации. Повышение безопасности акушерской помощи возможно только посредством изменения культуры и качества профессиональной деятельности, в т.ч. путем использования пациентоцентрического подхода и открытого обсуждения врачебных ошибок с целью выяснения и устранения их причин. Таким образом, доказательная медицина является основным путем к повышению качества и безопасности акушерской помощи.

Острую актуальность приобретает проблема врачебной агрессии в связи с широким внедрением в практику здравоохранения вспомогательных репродуктивных технологий. Большое количество супружеских пар, нуждающихся в дорогостоящей программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и других репродуктивных технологиях, подлежит тщательному обследованию, превентивной коррекции иммунного статуса, своевременному лечению сексуально-трансмиссивных инфекций, тщательному генетическому обследованию для прогнозирования возможных патологических зачатий и развития врожденных пороков развития плода. Всего за период с 2002 по 2009 г. в Украине на лечение с помощью вспомогательных репродуктивных технологий по государственному заказу направлено 3730 женщин. В настоящее время продолжаются научные дискуссии и клинические исследования по применению антагонистов и агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона в комбинации с рекомбинантными гонадотропинами для разработки новых протоколов стимуляции яичников и оптимизации лечения бесплодия методом ЭКО. Мнения ученых и практикующих врачей-репродуктологов различаются, отсутствует единая точка зрения относительно предпочтительности протокола стимуляции суперовуляции, в частности применения рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона в сочетании с агонистами или антагонистами гонадотропин-рилизинг-гормона. Не всегда пациентки получают исчерпывающую информацию о сохраняющей терапии после ЭКО или интрацитоплазматических инъекций сперматозоидов. Каждый медицинский центр репродукции человека (их в Украине около 25) имеет свою точку зрения относительно доз и форм гестагенов, которые применяют для сохранения индуцированной беременности. При применении репродуктивных технологий достаточно высок риск развития синдрома гиперстимуляции яичников и не всегда исчисляется экономичность метода в пользу пациентки,



что диктует необходимость более четкой юридической регламентации как для защиты пациентки, так и для предупреждения очередных обвинений в сторону врача.

Общеизвестно, что в странах с развитой системой страховой медицины проблема акушерской агрессии не столь остра, поскольку страховка компаний требует детального анализа необходимых оперативных вмешательств, а также применения дорогостоящих диагностических и лечебных мероприятий. К сожалению, в нашей стране ни один из трех предлагаемых проектов Закона Украины «Об обязательном государственном социальном страховании» пока не нашел понимания в Верховном Совете. Таким образом, снижение акушерской агрессии является актуальной задачей акушерско-гинекологической службы, что подразумевает продолжение работы по разработке и внедрению новейших технологий, клинических протоколов и стандартов оказания акушерско-гинекологической и неонатологической помощи на основе доказательной медицины, повышение профессиональных знаний специалистов и совершенствование нормативно-правовой базы в сфере охраны здоровья матерей и детей.

Литература

1. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты). — Днепропетровск: Лира ЛТД, 2008. — 416 с.

2. Жаркин Н.А. Гуманизация ведения беременности и родов [Электронный ресурс]: <http://www.naturalbirth.ru/>
3. Камінський В.В. У центрі уваги - впровадження перинатальних технологій // Здоров'я України. — 2006. — Тем. номер. — С. 66.
4. Костин И.Н. Акушерская агрессия в современных лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения [Электронный ресурс]: <http://www.naturalbirth.ru/>
5. Моїсеєнко Р.О. Вплив загальнодержавних програм на формування здоров'я населення України // Здоров'я жінки. — 2006. — № 4 (28). — С. 33-36.
6. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 901 Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Переношена вагітність».
7. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 906 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції».
8. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 Клінічний протокол з акушерської допомоги «Нормальні пологи».
9. Проблемы этики в репродукции человека. — В кн.: Теория и практика гинекологической эндокринологии / Под ред. проф. Дубоссарской З.М. — Днепропетровск: Лира ЛТД, 2005. — С. 25-31.
10. Радзинский В.Е., Кузнецова О.А., Алиев И.А., Сохова З.М. Спорные вопросы в акушерстве // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 2. — С. 59-62.
11. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное материнство // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 1. — С. 29-32.



Перечень вопросов

для самоподготовки и самооценки знаний врачей-курсантов к клинической лекции
«Пути снижения акушерской агрессии»

1. Как вы понимаете термин «акушерская агрессия»?
2. Какие пути снижения акушерской агрессии используются в вашем лечебном учреждении?
3. Применим ли Этический кодекс врача Украины для улучшения качества оказания помощи матерям и детям?
4. Каковы ваши предложения по реализации Концепции перинатальной помощи в Украине, предложенной Президентом Украины В. Януковичем?

Дорогие коллеги!

Вот и закончился заочный этап нашего цикла тематического усовершенствования «Экстрагенитальная патология в акушерстве и гинекологии». Мы признательны всем врачам, которые высылали свои ответы на вопросы к лекционному материалу. Наконец пришло время нашей встречи — очной части цикла. С 6 по 17 декабря 2010 г. мы проведем его на кафедре акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии.

Для получения бесплатных путевок пришлите нам до **15 ноября 2010 г.** запрос с указанием фамилии, имени, отчества; города и лечебного учреждения, в котором вы работаете, и контактного телефона по электронному адресу: yulianna_dnepr@bigmir.net или по факсу: (0562) 685 307. Будем рады встрече и не сомневаемся в ее эффективности для практического здравоохранения.

Заведующая кафедрой, Заслуженный деятель науки и техники Украины,
профессор З.М. Дубоссарская