



© В.Е. Радзинский,
И.Н. Костин

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Российский университет дружбы
народов: кафедра акушерства
и гинекологии с курсом
перинатологии;
Комитет по качеству медицинской
помощи Российского общества
акушеров-гинекологов, Москва

■ Настоящее сообщение представлено на IV Российском форуме «Мать и дитя» Комитетом по качеству медицинской помощи Российского общества акушеров-гинекологов (председатель: В.Е. Радзинский, секретарь: И.Н. Костин). Оно основано на анализе наиболее частых ошибок при диспансеризации беременных и их родоразрешении. Материалом исследования послужили данные из ряда городов России (медицинские факультеты университетов): 3000 историй родов; материалы судебно-медицинской экспертизы по возбужденным гражданским (5) и уголовным (21) делам; информация, размещенная на сайтах в интернете; результаты ежегодного анкетирования родильниц на клинических базах кафедры.

■ Ключевые слова: ятрогения; полипрагмазия; перинатальный риск; кесарево сечение; эпизиотомия

Статистика неумолима — более полумиллиона женщин ежегодно погибают в мире, выполняя природой предназначенную функцию — воспроизведение потомства. И как ни печально, каждый десятый случай материнской смертности является следствием врачебной ошибки. Ошибки бывают разные: с одной стороны — это грубейшие нарушения общепризнанных норм, правил, протоколов и т.д., по незнанию, из-за низких профессиональных качеств персонала; с другой стороны, и, как ни странно, — строгое соблюдение этих же общепризнанных норм, правил, протоколов и т.д. В чем же парадокс?

Как и любая наука, акушерство является динамически развивающейся дисциплиной, которая постоянно вбирает в себя все новейшие достижения медицинской науки и практики, особенно в последнее десятилетие. Это закономерно в развитии любой научной отрасли, но беременность и роды — физиологический процесс, а не диагнозы, поэтому любые вмешательства, по идее, должны предприниматься только в крайнем случае.

Однако в последние десятилетия особенную активность приобрели процессы, связанные с большим информационным бумом, что проявилось возникновением чрезвычайно разноречивых теорий, мыслей, представлений, предложений по тактике ведения беременности и родов. В этих условиях практически врачам трудно, а порой и невозможно разобраться в целесообразности и пользе одних положений или, напротив, риске для матери и плода — других: какова эффективность тех или иных методов ведения беременности и родов, какова степень их агрессивности для матери и плода, как они влияют на здоровье в будущем. Разобраться можно, и все было бы хорошо, но проблема в том, что ошибочные теории и представления чрезвычайно «жизнеспособны», и порой должно смениться целое поколение врачей, чтобы изменить положение дел.

На современном этапе развития акушерства существует целый ряд ошибочных, научно необоснованных представлений и подходов, последствия которых, в большинстве случаев, можно охарактеризовать как проявления «акушерской агрессии». Последняя иногда становится нормой ведения беременности и родов и, к сожалению, не всегда с благоприятным исходом. Для примера хотелось бы привести данные по Нидерландам: частота применения окситоцина при ведении родов врачами в 5 раз выше, чем при ведении родов средним медицинским персоналом, а частота кесарева сечения в 3 раза выше во врачебных стационарах.

Акушерская агрессия — ятрогенные, научно необоснованные действия, направленные якобы на пользу, а в результате приносящие только вред: увеличение осложнений беременности и родов, рост перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности.

Здесь же следует затронуть еще один немаловажный аспект этой проблемы, к сожалению, традиционно редко рассматриваемый в российском здравоохранении — сколько стоят эти наши заблуждения? Проходивший в апреле этого года в столице Греции конгресс «Controversies in Obstetrics Gynecology and Infertility» подтвердил мировую тенденцию к пересмотру устоявшихся подходов по многим вопросам акушерства и гинекологии, а также поиску компромиссов по спорным вопросам нашей науки и практики. И как ни странно, одним из стимулов этих споров и поисков является экономическая целесообразность тех или иных методов, процедур, тактик.

Элементы акушерской агрессии прочно вошли в будничную работу практического врача и сопровождают женщину, решившую стать матерью, в течение всего гестационного периода. Все это в равной степени относится и к плоду.

Ненавязчивая, но все-таки агрессия начинается с первой явки беременной в женскую консультацию: *лишние, порой дорогостоящие, не имеющие никакого основания исследования и анализы и, как следствие, такое же лечение.* Назначение «дежурного» комплекса препаратов (витаминные и минеральные комплексы, БАДы и т.п.) вместо научно обоснованных (*evidence based medicine*) — витамин Е, фолиевая кислота, йодсодержащие продукты, рациональная диетотерапия — формируют даже у здоровой беременной «комплекс неполноценности» своего положения. Кроме того, наблюдается увлечение препаратами прогестерона, лечение с элементами полипрагмазии — по приблизительным оценкам, ежегодно россиянки, решившие стать матерью, принимают гинипрал для лечения якобы угрозы прерывания беременности на общую сумму более половины миллиарда рублей. И это только гинипрал. Это еще одна проблема, тем или иным образом связанная с врачебной агрессией — проблема сверхприбылей. Например, в 1999 году на аборт в России затрачено 500 млн рублей, из них 180 млн возвратились в бюджет в качестве налогов. В том же году население России истратило около 3 млрд. рублей на покупку гормональных контрацептивов зарубежных производителей.

Отдельной следует сказать о биотопе влагалища — самой незащищенной от врачебных действий системе. Стало нормой стремление врача выявить наличие любых инфектов во влагалищ-

ном содержимом (качественная ПЦР без комплекса микробиологических и иммунологических тестов) и добиться агрессивным лечением (дезинфектанты, мощные антибиотики без определения чувствительности и т.д.) его стерильного состояния — «пустого места» (лечение «анализов»), — не принимая во внимание количественных показателей содержимого биотопа влагалища, собственно и отражающих истинное его состояние (норма, носительство, дисбиоз, воспаление), что и должно определять дальнейшую врачебную тактику. Еще большим «преступлением» является оставление «пустого места» без восстановления эубиоза влагалища под контролем количественных характеристик. «Природа не терпит пустоты» — после антибактериальной терапии микробиологическая ниша быстро заселяется, в лучшем случае, теми же микроорганизмами, на которые было направлено лечение (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, грибы и т.п.), но уже с другой антибактериальной резистентностью. Как следствие, увеличение частоты материнского травматизма и послеродовых инфекционных заболеваний.

Традиционная качественная ПЦР не дает практически никакой информации для принятия каких-либо тактических решений, кроме идентификации тех четырех инфектов, которых никогда не должно быть у здоровой женщины: *трепонема, трихомонада, гонококк, хламидия.* Более того, можно сказать, что качественная ПЦР дает много «вредной» информации, толкающей врача к принятию неправильных, агрессивных решений.

Изучение эволюции состава биотопа генитального тракта за последние десятилетия дает следующие результаты: у каждой второй здоровой (!) женщины репродуктивного возраста во влагалищном содержимом можно выделить *гарднереллы* и *кандиды*, у каждой четвертой — *кишечную палочку*, у каждой пятой — *микоплазмы* и т.д. Если количество КОЕ этих возбудителей не превышает 10^5 , а количество КОЕ лактобактерий, наоборот, превышает 10^7 , а при этом нет клинических проявлений воспаления, то женщина здорова и ни в каком лечении не нуждается. Этой важной информации качественная ПЦР не дает. Она информативна только при обнаружении микроорганизмов, которых *никогда не должно быть* во влагалище: *бледной трепонемы, гонококка, хламидии и трихомонады.* Определение других микроорганизмов должно быть количественным (*гарднереллы, микоплазмы, уреоплазмы*).

Еще одним проявлением акушерской агрессии в женских консультациях являются по поводу и без повода проводимые дополнительные методы исследования. До 10 (!) ультразвуковых исследований, несколько КТГ за беременность у ни-

чем не отягощенной беременной. Или — нонсенс, который почти стал нормой, — ультразвуковое исследование гинекологической пациентки предшествует приему врача. Хотя во всем мире понимают, что использование столь неспецифичных и нечувствительных методов диагностики (КТГ, доплерометрия, биофизический профиль плода) в качестве скрининговых — это трата времени и средств. Появившаяся в последнее время очень дорогостоящая «игрушка» — 3D и 4D ультразвук — вряд ли найдет достойное место в диагностическом арсенале акушеров.

Требуется пересмотра и тактика ведения беременных в конце III триместра: *необоснованная госпитализация* в чрезвычайно перегруженные отделения патологии беременных (госпитализация по «диагнозу», «по сроку»), без использования потенциалов дневных стационаров. Например, диагноз «водянка беременных». По данным некоторых исследователей, нормальная прибавка массы тела у беременных имеет довольно широкий диапазон (от 5 до 18 кг) и обратно пропорциональна исходной массе тела. *Убеременной, попавшей в ОПБ без убедительных на то оснований в конце беременности, одна дорога — в родильный блок.* Считается, что у этой беременной всеми правдами (простагландиновый гель) и неправдами (пресловутый эстрогенно-глюкозо-кальциевый фон*) должна быть подготовлена шейка матки, потом — амниотомия, родовозбуждение и т.д. и т.п., т.е. — «ни шагу назад». Обратно такую агрессивную тактику можно охарактеризовать как «феномен крокодила», не потому, что она агрессивна как это животное, а потому, что крокодил не может ходить задом, к тому же кидается на все, что ему попадает под руку, вернее, на зуб.

Амниотомии, и не всегда обоснованно, в ОПБ производятся более чем у половины пациенток. Это и амниотимии при «недостаточно зрелой шейке матки» (не термин, а «палочка-выручалочка»), под «давлением диагноза» (водянка, в лучшем случае нефропатия, сомнительное перенашивание, плацентарная недостаточность при массе плода 3 кг и более и т.п.). «Подпольные» амниотомии: на своем дежурстве, перед закрытием родильного дома на мойку и т.д. И те, и другие — со всеми вытекающими последствиями (родовозбуждение, родостимуляция, аномалии родовой деятельности, кровотечения, травматизм, оперативное родоразрешение). Стоит упо-

мянуть, что амниотомия на «незрелой» шейке матки повышает частоту осложнений в родах в 16 раз, а кесарева сечения — в 6 раз. Экспертные оценки показывают, что каждое четвертое кесарево сечение — результат акушерской агрессии. В тоже время, 15 % потенциальных оперативных родоразрешений при высоком акушерском и перинатальном риске не произведено.

Нуждаются в пересмотре показания для программированных родов. В последнее время в обиходе у акушеров появилась такая фраза — «не тех режим» (подразумевается кесарево сечение). Эта фраза имеет непосредственное отношение к важнейшему вопросу акушерства — выбору метода родоразрешения, в частности — программированным родам, который должен решаться, в большей степени, на основании интегральных показателей перинатального риска у каждой конкретной беременной. Ни для кого не секрет, что после ретроспективного анализа исходов родов, с одной стороны, каждое четвертое кесарево сечение является результатом агрессивного ведения родов, с другой — каждые шестые роды через естественные родовые пути требовали абдоминального родоразрешения.

Не находит должного понимания внедрение элементов новых перинатальных технологий: избыток «стерилизующих» мероприятий (бритье, дезинфектанты у практически здоровых беременных) не оставляет шанса ни одному биотопу (лобковому, промежностному, влагалищному) выполнить свои защитные функции в родах и послеродовом периоде.

Нельзя оставить без внимания якобы решенный, но в то же время «вечный» вопрос — сколько в среднем должны продолжаться роды? Вопрос стратегический, потому что неправильный ответ на него влечет за собой цепочку неправильных действий.

По данным научной литературы, продолжительность родов у перво- и повторнородящих в конце XIX века составляла в среднем 20 и 12 часов соответственно, к концу XX века — 13 и 7. Анализируя временные тренды этой величины, можно сказать, что в среднем каждое десятилетие продолжительность родов у первородящих уменьшалась почти на один час, у повторнородящих — на 40 минут (рис.). Что же изменилось за это время? Генетически детерминированный, веками отлаженный физиологический процесс изгнания плодного яйца? Вряд ли. Антропометрические показатели женского организма, в частности, родовых путей? Нет. Закономерный процесс — развитие научной мысли? Несомненно! Здесь опять следует упомянуть «феномен крокодила» — все, что открыто, изобретено, должно

* Эстрогены не улучшают и не ускоряют готовность к родам, но, блокируя выработку пролактина, приводят к гипогалактии. Об этом хорошо осведомлены женщины-пользователи интернета и истцы по судебным делам и «причинении ущерба здоровью».

быть обязательно внедрено в клиническую практику. Мы (врачи) «обросли» множеством всевозможных не всегда научно обоснованных методов, способов, приемов, тактик, за которыми теряется истинное положение вещей. Надо отдать должное, большинство достижений акушерской науки и практики имеют благородную цель — снижение показателей перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

Но анализ современного состояния акушерства показывает — мы зачастую загоняем себя в угол. Почему средние по миру 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). Критерием правильного течения родов стало «время», а не динамика родового процесса. Проведенные исследования свидетельствуют, что женщины, начинающие родовой акт в родовспомогательном учреждении, имеют более короткую продолжительность родов по сравнению с теми, кто поступает в середине первого периода родов, но у первых регистрируется больше «трудных родов», характеризующихся большим количеством всевозможных вмешательств и большей частотой кесарева сечения. Истинных цифр использования в родах запрещенных пособий (Кристеллер) не знает никто.

Строгих рамок требуют вопросы оказания акушерского пособия, использования эпизиотомии. Стремление к уменьшению длины разреза приводит к прямо противоположному результату: до 80 % «малых» эпизиотомий продолжаются в банальные разрывы промежности. И вместо зашивания резаной раны приходится зашивать разрыв. Результат — несостоятельность мышц тазового дна в молодом возрасте. Установлено, что эпизиотомия при гипоксии плода не является радикальным методом ускорения родов, а при высоко стоящей головке вообще не имеет смысла. Растущее количество случаев несостоятельности мышц тазового дна является следствием не только плохого восстановления промежности, но и «щадающего» его рассечения.

Вопросы ведения последового периода: длительность последового периода равная 5 минутам — это явный перебор. Можно, конечно, и меньше, но зачем? Какая в этом выгода?

До сих пор не утихают дискуссии по поводу количества и качества инфузионной терапии при восполнении кровопотери в акушерстве.

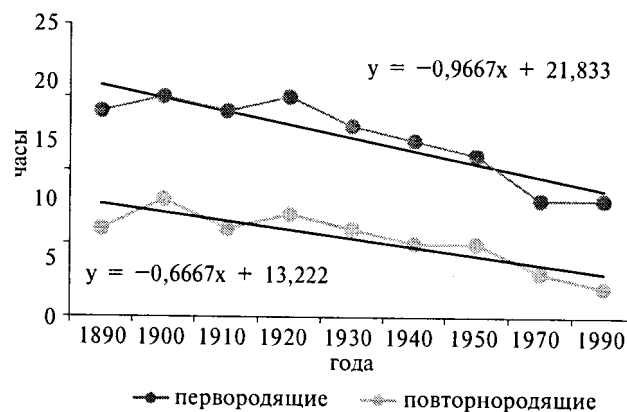


Рис. Динамика средней продолжительности родов

То, что раньше не подлежало сомнению, сейчас оценивается критически. Сейчас уже не вызывает сомнений, что приоритетом инфузионной терапии является качественный состав переливаемых растворов. Особенно это касается инфузионной терапии у женщин с гестозом, при котором гипергидратация приводит к весьма печальным последствиям. Мировые алгоритмы оперативного лечения гипотонического кровотечения предусматривают в первую очередь лигирование сосудов малого таза, и только в крайнем случае — экстирпацию матки. И это веление времени.

В заключение необходимо отметить, что в этом сообщении освещена лишь малая толика вопросов и проблем акушерской практики, остро нуждающихся в решении, пересмотре, критическом переосмыслении. Большинство широко используемых в акушерстве представлений, методов и тактик ведения, считающихся непреложной истиной, не подтверждены многоцентровыми, рандомизированными клиническими испытаниями и требуют глубоко научного и критического пересмотра в целях снижения показателей перинатальной, младенческой, детской и материнской заболеваемости и смертности.

OBSTETRIC AGGRESSION AS A CAUSE OF OBSTETRICAL CARE QUALITY DECLINE

Radzinsky V.E., Kostin I.N.

■ **Summary:** This report is based on the analysis of the most common mistakes of antenatal care and childbirth. Materials were collected in many cities of Russia (medical faculties of universities): 3000 case histories; materials of legal medical findings; information of internet; data of correspondence questionnaire of parturients.