

АКУШЕРСТВО

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

В.Е. РАДЗИНСКИЙ, И.Н. КОСТИН

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Российский университет дружбы народов

Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Комитет по качеству медицинской помощи

при Российском обществе акушеров-гинекологов

Настоящее сообщение основано на анализе наиболее частых ошибок при диспансеризации беременных и их родоразрешении. Материалом исследования послужили данные из целого ряда городов России (медицинские факультеты университетов): 3000 историй родов; материалы судебно-медицинской экспертизы по возбужденным гражданским (5) и уголовным (21) делам; информация, размещенная на Интернет сайтах (para-mama.ru и др.); результаты ежегодного анкетирования родильниц на клинических базах кафедры.

Беременность и роды – генетически детерминированный и эволюционно отточенный физиологический процесс, направленный на воспроизведение себе подобных – наиглавнейшей задачи любого биологического вида. Будучи физиологически самодостаточным, процесс деторождения в социальном аспекте уже на заре развития человечества потребовал участия в нем сородичей, соплеменников, которые, сопереживая, пытались оказать посильную помощь роженице. Элементы психологической и медицинской помощи в родах стали облекаться в достаточно емкий термин «родовспоможение», а впоследствии – в научную дисциплину – «акушерство».

Как и любая наука, акушерство является динамически развивающейся дисциплиной, которая постоянно вбирает в себя все новейшие достижения медицинской науки и практики. 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», которая, в некоторой степени, стала 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.

Акушерская агрессия – ятрогенные, ничем необоснованные действия, направленные якобы на пользу, а в результате приносящие только вред: увеличение осложнений беременности и родов, рост перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ, 50 тыс. случаев только материнской смертности (каждая десятая смерть) явились следствием врачебных ошибок. Можно смело предположить, что половина из них – результат акушерской агрессии.

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.), формирующие даже у здоровой беременной «комплекс неполноценности» своего положения, вместо научно обоснованных (evidence based medicine) – витамин Е, фолиевая кислота, йодсодержащие продукты, рациональная диетотерапия. Кроме того, 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 полмиллиарда рублей.

Отдельной строкой следует сказать о биотопе влагалища – самой незащищенной от врачебных действий системе. Стало нормой стремление врача выявить наличие любых инфектов во влагалищном 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. Всем известна фраза «природа не терпит пустоты», поэтому после антибактериальной терапии микробиологическая ниша быстро заселяется теми же микроорганизмами, на которые, в лучшем случае, 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.

Требует пересмотра и тактика ведения беременных в конце третьего триместра: необоснованная госпитализация в чрезвычайно перегруженные отделения патологии беременных (госпитализация по «диагнозу», «по сроку»), без использования потенциалов дневных стационаров. Например, диагноз «водянка беременных» ставится по поводу и без повода. По данным некоторых исследователей прибавка массы тела у беременных имеет довольно широкий диапазон (от 5 до 15 кг) и обратно пропорциональна исходной массе тела. Даже у беременной, попавшей в ОПБ без убедительных на то оснований в конце беременности, одна дорога – в родильный блок. Считается, что у этой беременной

всеми правдами (простаглиндовый 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». Образно такую агрессивную тактику можно охарактеризовать как «феномен крокодила», не потому, что она агрессивна как это милое животное, а потому, что крокодил не может ходить задом, к тому же кидается на все, что ему попадает под руку, вернее на зуб.

Ни для кого не секрет, что амниотомии в ОПБ производятся более чем у половины пациенток этого отделения, и не всегда обоснованно. Это и амниотомии 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 упомянуть, что амниотомия на «незрелой» шейке матки повышает частоту осложнений в родах в 16 раз, а кесарева сечения – в 6 раз.

Нуждаются в пересмотре показания для программированных родов. В последнее время в обиходе у акушеров появилась такая фраза: «не тех режем» (имеется в виду 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 оперативного 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 неправильные ответы на него влекут 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. 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 развития научной мысли? Несомненно! Здесь опять следует упомянуть «феномен крокодила» – все, что открыто, изобретено, должно 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. Данных по использованию в родах запрещенных пособий (Кристеллер) не знает никто.

Строгих рамок требуют вопросы оказания акушерского пособия, использования эпизиотомии. 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. То, что раньше не подлежало сомнению, сейчас оценивается критически. Так и необходимо поступать, когда вопрос идет о жизни женщины. 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. Кроме того, 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 2001 году в России было произведено 3600 экстирпаций матки, но после увеличения судебных разбирательств по поводу удаленных маток, количество экстирпаций уменьшилось более чем в 2 раза (1700 в 2002 году) при неизменной частоте гипотонических кровотечений.

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, осмысленного и критического пересмотра как реального резерва снижения показателей перинатальной, младенческой, детской, материнской заболеваемости и смертности.

OBSTETRIC AGGRESSION AS A CAUSE OF OBSTETRICAL CARE QUALITY DECLINE

V.E. RADZINSKY, I.N. KOSTIN

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Peoples' Friendship University of Russia
8, Mikluho-Maklaya st., Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

Health Care Quality Committee by Russian Association of Obstetricians & Gynaecologists

This article 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 sites; data of correspondence questionnaire of parturients.