АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ – ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

пилотный [#1] 06 / 2009 / StatusPraesens

{цитата}

Акад. В. Н. Серов: [...Хочу пожелать успеха новому журналу...]

тема № номера

Ранние сроки беременности

Финансовый кризис и жизнь российского акушера-гинеколога • Невынашивание беременности — традиции и контраверсии • Биоценоз половых органов — коррекция или санация? • Антибактериальная терапия — возможное и допустимое • Безопасный аборт — насущная потребность общества?

ISSN 2074-2347

Российское общество акушеров-гинекологов, Комитет по качеству медицинской помощи
Российское общество акушеров-гинекологов, Комитет по этике, защите прав врача и пациента
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Российского университета дружбы народов
Выставочная компания «Сочи-Экспо», Сочи
Медиабюро «StatusPraesens», Москва
Компания-оператор «Эдли creative b2b» (ООО «Эдли»), Москва

www.sochi.praesens.ru
официальный сайт мероприятия

Где?

Гостиничный комплекс «Жемчужина» — одна из самых известных гостиниц бывшего СССР. Это крупнейший бизнес-центр, единственная в Сочи профессиональная выставочная площадка, совмещающая современные, технически оснащённые конференц-залы и выставочные холлы. «Жемчужина» ежегодно принимает более 400 выставок, форумов, конгрессов, фестивалей, семинаров и конференций.

Знаменитый ресторан «Хрустальный» накормит делегатов Выставки-семинара «Репродуктивный потенциал России 2009» во время кофейных пауз.
г. Сочи, Черноморская, д. 3.

Темы для дискуссий

- Состояние репродуктивного потенциала России. Пути его улучшения.
- Проблемы материнской смертности и пути её снижения.
- Актуальные вопросы патологии беременности. Невынашивание беременности.
- Аборт и его профилактика. Мануальная вакуум-аспирация. Медикаментозный аборт.
- Проблемы молочной железы на стыке специальностей — онколога-маммолога и акушера-гинеколога.
- Контрацепция и репродуктивное здоровье женщин.
- Воспалительные заболевания органов малого таза и репродуктивное здоровье женщин.
- Инфекции, передаваемые половым путём. Микробиоценоз половых путей и пути его коррекции.
- Заместительная гормонотерапия.
- Проблемы и перспективы в лечении и профилактике патологии шейки матки.
- Актуальные проблемы перименопаузального периода и современные представления об их коррекции. Перименопаузальный остеопороз.
- Хирургические методы лечения гинекологических больных. Дизайн промежности как современное направление эстетической хирургии.
- Новое в акушерстве и гинекологии.

Генеральный спонсор Выставки-семинара
Гедеон Рихтер

Генеральный информационный спонсор
MEDIA MEDICA

Официальный туроператор Выставки-семинара
SC tours

Репродуктивный потенциал России
II Выставка-семинар
Сочи — 2009, 10–12 сентября

ОРГКОМИТЕТ: тел. +7 (495) 772-1182, 772-6788, (926) 533-0814/0884

Компания-оператор: ООО «Эдли», 105082, Москва, ул. Бакунинская, д. 98А, стр. 11, оф. 12
Адрес для корреспонденции: 105005, Москва, а/я 164
По вопросам участия: Кристал Виталий Генрихович (495) 772-1182, Соболев Антон Васильевич (926) 533-0814
Координатор научной программы: к.м.н. Маклецова Светлана Александровна (495) 772-6788, top@praesens.ru
По вопросам бронирования гостиниц в Сочи: «Эс-Джи Турс», прямой московский телефон: (495) 234-3760

Организаторы
СОЧИЭКСПО
StatusPraesens Profmedia

Дорогие друзья!

В наше время медицинская информация стала более доступной — есть интернет, журналы, газеты, однако недостаточно самого главного — возможности обсудить факты или рекомендации и получить взвешенную и обоснованную точку зрения на диагностику и лечение гинекологических заболеваний и акушерских проблем.

Новый журнал предполагает публиковать не только фактический материал, но и согласованное мнение учёных, практических работников, наиболее осведомлённых по ряду специальных вопросов, важных для практического врача. Можно без труда привести примеры неоднозначного отношения к акушерским и гинекологическим проблемам, а между тем сегодня акушеру-гинекологу как никогда важно быть в курсе новостей акушерско-гинекологического сообщества, знать о достижениях науки и внедрении их в практику, идти в ногу со временем, не пропуская фармацевтических и технологических новинок. Ведь устаревшие знания вредят самому врачу и его пациенткам, наносят ущерб врачебной репутации, несут опасность серьёзных промахов и даже врачебных ошибок. Современному врачу жизненно необходимо каждодневно совершенствовать свои знания, узнавать новое, развивать практические умения.

К сожалению, далеко не всегда у практикующего акушера-гинеколога есть возможность посещать научные мероприятия, участвовать в конференциях и симпозиумах. И сегодня эти возможности только сокращаются. Вот почему так важен выход нового журнала, основную миссию которого я вижу в том, чтобы доносить до практикующих специалистов ту информацию, без которой акушер-гинеколог XXI века не может считаться истинным профессионалом своего дела.

Хочу пожелать новому журналу успеха. Надеюсь, что наша совместная работа окажется полезной и нужной для практикующих акушеров-гинекологов и организаторов службы охраны материнства и детства.

Успехов нам в нашей работе!

Президент Российского общества
акушеров-гинекологов,
акад. РАМН **В.Н. Серов**

Status

гинекология аку

 # пилотный [1]

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

Главный редактор: проф. Радзинский Виктор Евсеевич
Главный координатор проекта: Светлана Маклецова
Координатор: Юлия Серёгина
Ответственный секретарь: Полина Минаева
Креативный директор: Виталий Кристал
Арт-директор: Алиса Володина
Вёрстка: Виктор Кириченко
Инфографика: Николай Рябов
Выпускающий редактор: Элеонора Халитова
Медицинские и литературные редакторы: Ольга Рыкунова, Евгения Брагина
Корректор: Е. В. Феоктистова
Директор отдела PR и рекламы: Антон Соболев
IT-поддержка: Виктор Борисов
Руководитель редакции: Виталий Кристал

Учредитель журнала: ООО «Статус презен» (105082, Москва, ул. Бакунинская, д. 98а, стр. 11, 12). Торговая марка и торговое имя StatusPraesens являются исключительной собственностью ООО «Статус презен» / Издатель журнала. Журнал печатается и распространяется ООО «Медиабюро Статус презен» (129282, Москва, Заревый пр-д, д. 10) / 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 / Дата выхода в свет — 25 мая 2009 г / Адрес и телефоны редакции: 129282, Москва, Заревый пр-д, д. 10, офисный центр «Надежда С». Почтовый адрес: 105005, Москва, а/я 164.Тел. (495) 772 6788. e-mail: status@praesens.ruИнтернет-представительство: www.statuspraesens.ru / Отпечатано в ЗАО «Алмаз-Пресс». Адрес: 123022, Москва, Столярный пер., д. 3/34 / Присланные 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 обязательна. Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели. На обложке использована фотография из: Getty Images/photobank. В журнале использованы фотоматериалы фотобанка "Лори" и Агентства "Фото ИТАР-ТАСС". Иллюстрации Алисы Володиной.
© ООО «Статус презен»
© ООО «Медиабюро Статус презен»
© Оригинальная идея проекта. Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Кристал В.Г.

raesens

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Медицинский совет

Радзинский Виктор Евсеевич
Заслуженный деятель науки РФ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, главный специалист-эксперт акушер-гинеколог Росздравнадзора, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адамян Лейла Владимировна (Москва)
Айламазян Эдуард Карпович (С.-Петербург)
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)
Буштырева Ирина Олеговна (Ростов-на-Дону)
Гагаев Челеби Гасанович (Москва)
Газазян Марина Григорьевна (Курск)
Галина Татьяна Владимировна (Москва)
Гаспаров Александр Сергеевич (Москва)
Гончаревская Зоя Леонидовна (Москва)
Гребёнкин Борис Евгеньевич (Пермь)
Григорьева Елена Евгеньевна (Барнаул)
Гридчик 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 Исаако вич (Симферополь)
Каминский Вячеслав Владимирович (Киев)
Карпенко Сергей Николаевич (Брянская обл.)
Кира Евгений Федорович (Москва)
Костин Игорь Николаевич (Москва)
Краснопольский Владислав Иванович (Москва)
Кулавский Василий Агеевич (Уфа
Курцер Марк Аркадьевич (Москва)
Макацария Александр Давыдович (Москва)
Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
Манухин Игорь Борисович (Москва)
Маринкин Игорь Олегович (Новосибирск)
Милованов Андрей Петрович (Москва)
Несвечёная Людмила Алексеевна (Владивосток)
Новиков Борис Николаевич (С.-Петербург)
Оразмурадов Агамурад Акмамедович (Москва)
Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)
Орлов Владимир Иванович (Ростов-на-Дону)
Пасман Наталья Михайловна (Новосибирск)
Пекарев Олег Григорьевич (Новосибирск)
Пенжоян Григорий Артёмович (Краснодар)
Пестрикова Татьяна Юрьевна (Хабаровск)
Подзолкова Наталия Михайловна (Москва)
Посисеева Любовь Валентиновна (Иваново)
Прилепская Вера Николаевна (Москва)
Приходько Михаил Николаевич (Челябинск)
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)
Стрижаков Александр Николаевич (Москва)
Сухих Геннадий Тихонович (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 Семенович (Москва)
Фролова Ольга Григорьевна (Москва)
Фукс Александр (США)
Хамошина Марина Борисовна (Москва)
Хомасуридзе Арчил Георгиевич (Тбилиси)
Цхай Виталий Борисович (Красноярск)
Чумакова Ольга Васильевна (Москва)

StatusPraesens

гинекология акушерство бесплодный брак

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

пилотный [1]

5	слово гл. редактора	Этапы большого пути в XXI век. Что дальше?
9	contra-version	38 миллионов микроэкологических катастроф [Биоценоз влагалища и противомикробная терапия : бездействие от незнания = ятрогения?]
18	технобудущее сегодня	УЗИ: новый технологический виток [Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии]
21 26	работа над ошибками	Лекарственный перегруз? [Фармакотерапия беременных - современнаяпроблематика] Гестагеновая история [Гестагены при беременности: в поисках верного решения]
30	технобудущее сегодня	Видит насквозь [Ультразвуковые технологии Hitachi]
33	экстрагенитология	Даёшь кислород! [Анемия во время беременности: есть над чем задуматься]
40	технобудущее сегодня	МРТ: подумаем о комфорте [Современные тенденции в МРТ-строении]
43 52	что и требовалось доказать	Quod erat demonstrandum [Доказательная медицина — основа практики современного врача] Глюкокортикоиды при беременности
54	технобудущее сегодня	MAMMOMAT Inspiration: вначале была концепция
57	NEXT-просвет	Поколению NEXT — NEXT-просвет [Подростковая беременность: свет в конце тоннеля]
63	via scientiarum	Точка доступа [Обзор электронных источников информации в медицине]
69 75 78 80	Осторожно: аборт! Нужная книга	Аборт щадящий [Медикаментозное прерывание беременности: экономические и организационные аспекты] Чувства и предубеждения [Две общие проблемы медикаментозного аборта — кровотечение и неполный аборт. Справка редактора] Холодный старт [Проблемы внедрения технологий безопасного аборта в России]
85	Медполит	Аборты в России — Состояние или SOS-тояние? [Финансовый кризис в стенах ЛПУ]

ЭТАПЫ БОЛЬШОГО ПУТИ В XXI ВЕК
ЧТО ДАЛЬШЕ?

Status praesens — здесь и сейчас — оценка общего состояния, объективизация ощущений врача-исследователя инструментальными технологиями. От примитивных — до создаваемых нанометодов. С позиций системного подхода, целостности организма.

Главный редактор
проф. **Виктор Радзинский**

Казалось бы, всё понятно. Но зачем нужен, спрашиваем мы себя и потенциального читателя (а это врач-интеллектуал, который и сам в состоянии оценить состояние и любимой профессии, и себя в ней), ещё один журнал, адресованный врачам одной специальности? Тем более не претендующий на гриф ВАКа с почтенной формулировкой «Рекомендован для публикации результатов докторских и кандидатских диссертаций»?

Попробуем разобраться. В России около 40 тыс. врачей акушеров-гинекологов, 5,5 тыс. неонатологов и чуть больше 10 тыс. анестезиологов «репродуктивной» направленности. Предположим, что даже не 10, а 15% охвачены научной деятельностью и совершают движение к обретению кандидатской и докторской степени. Именно они публикуют свои данные в пяти прекрасных журналах, первенство из которых десятилетиями принадлежит реферируемому за рубежом журналу «Акушерство и гинекология». Число подписчиков этого замечательного журнала примерно 5 тыс. человек.

А остальные 50,5 тыс. врачей-специалистов? Им не нужно? Не может быть.

Наверное, нужно. Тогда, может быть, нужно не в научном, а в практическом аспекте? Да. Но все издаваемые журналы имеют хорошие рубрики, где публикуются клинические лекции, случаи из клинической практики, обзоры и другие необходимые материалы. Возможно, не та форма, не тот способ подачи материала?

Сказать трудно. Но в целом мы отмечаем ужасающе малую осведомленность 30 тыс. врачей в приоритетных проблемах современного акушерства и гинекологии, репродуктивной медицины. Общая скудость информационных материалов — иногда это вообще только рекламные буклеты фирм-производителей (лучший вариант) или дистрибьюторов (намного худший) — в условиях ограниченных возможностей кризисного времени сподвигли многих специалистов (они представлены в редакционном совете) сделать ещё одну попытку создать общее информационное пространство, прежде всего, для обсуждения острых вопросов современности в повседневной практике акушера-гинеколога, популяризации отечественных и зарубежных, сугубо практических наработок, публикаций случаев распространённых врачебных ошибок во избежание их повторения и защиты врача от судебного преследования, а также… Стоп!

Мы не знаем, что потребуется обсуждать на страницах журнала, но это будет профессиональное, честное, незаинтересованное изложение мнения автора вне зависимости от «правильности» его взглядов. Болезненный вопрос о рекламе — да, без этого нельзя поднять издание, но будет допущена реклама только тех предметов, полезность которых имеет достаточную степень доказательности.

***

А теперь — *status praesens* отечественного родовспоможения: статистика, проблемы и пути решения.

Проблема №1 — материнская смертность. Разумеется, общественные воззрения предполагают минимизацию смертей женщин в связи с беременностью и родами. Сейчас (2008) умирает 22 женщины на 100 тыс. живорожденных детей. Мы планируем, что в 2012 г. будет в 2 раза меньше. Насколько это достижимо?

Это и есть самый сложный вопрос. Просто не нужно забывать о «конфузе» ВОЗ, которая в 1970 г. запланировала снизить к 2000 г. материнскую смертность в 2 раза,

т.е. с 500 тыс. погибающих до 250. Результат 2001 г. — 590 тыс. (!) умерших в связи с беременностью и родами.

Это по числу. А структура, ещё в более чётких рамках выделяющая многофакторность этого показателя?! Именно здесь прогресс не достигнут, и большой удельный вес «нецивилизованных» причин (сепсис, кровотечения, гестоз) не вселяет оптимизма, если не будут предприняты радикальные усилия по изменению ситуации.

Проблема №2 — перинатальная смертность и заболеваемость, которые напрямую зависят от социально-экономических условий, в которых живёт население, в том числе и беременные женщины, а также от системы организации службы репродуктологии. При этом 65–75% перинатальных потерь и заболеваемости в перинатальный период приходится на долю недоношенных новорождённых, что ставит во главу угла проблему невынашивания беременности, которая остаётся одной из наиболее сложных в практическом акушерстве.

Проблема №3 — здоровье детей и подростков — репродуктивного потенциала страны, количественный показатель которого за прошедшие 10 лет снизился на 28% (!). Согласно данным диспансеризации детей 2002 г., за последние 20 лет число абсолютно здоровых девушек снизилось с 28,3 до 6,3%. 75% школьниц имеют хронические заболевания систем организма, отвечающих за подготовку и реализацию функции материнства, — сердечно-сосудистой, кроветворной, пищеварительной, дыхательной, мочевыделительной и эндокринной.

На этом фоне за прошедшее десятилетие увеличилась и частота гинекологических заболеваний среди девочек-школьниц: воспалительных — в 3 раза, нарушений менструальной функции и болезней мочеполовой системы — в 1,5 раза, что свидетельствует о чрезвычайности ситуации ввиду пессимистического прогноза реализации ими репродуктивной функции в будущем.

***

Помимо этих трёх глобальных мировых проблем, которые будут регулярно освещаться в нашем журнале, мы предоставим слово отечественным и зарубежным специалистам, исследующим не менее значимые, но менее очевидные с позиций перспектив их решения, **ранние сроки беременности** во всей совокупности вопросов (которым посвящён II Международный конгресс 2009 г. и к которому приурочен выпуск первого номера журнала, который вы держите в руках). И в первую очередь мы уделим внимание **невынашиванию беременности**, спонтанному и привычному, с максимальным акцентом на **неразвивающуюся беременность**.

Особое внимание последней было уделено на 17-м съезде FIGO, где было признано неоспоримым наличие **хронического эндометрита** во всех случаях этой прогрессирующей по частоте и последствиям патологии ранних сроков. Невозможно не упомянуть о практическом выходе этого заключения и проведённой нами работы*: поскольку опорожнение матки от элементов неразвивающегося плодного яйца в 9 из 10 случаев заканчивается неполным абортом, обострением эндометрита и повторными выскабливаниями (до 60%), постулирована необходимость гистероскопического контроля при опорожнении матки во все сроки неразвивающейся беременности и последующего лечения, реабилитации репродуктивной системы, без чего вероятность благополучной последующей беременности не превышает 18%.

Ежегодное увеличение материнской смертности в цивилизованных странах по причине **внематочной беременности** вызывает у исследователей недоумение и критику «золотого стандарта» диагностики этого заболевания. Обсуждению перспектив профилактики и методов лечения эктопической беременности будет посвящён специальный выпуск журнала, так как до сих пор не выработаны принципы дифференцированного выбора методов лечения и отмечается преобладание тубэктомий при трубных и экстирпаций матки при шеечных локализациях внематочной беременности.

Специфической для России проблемой является **аборт**, преимущественно хирургический — как метод регулирования рождаемости, гарантированный системой ОМС для населения бесплатно. Именно этот аборт, особенно проведённый при первой беременности, является доминирующей причиной большинства последующих нарушений репродукции и осложнений беременности, которая развивается в случаях сохранённой фертильности в воспалённом эндометрии. Доказано наличие хронического

* Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. Руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 200 с.

эндометрита не менее чем у 25% пришедших на аборт якобы репродуктивно здоровых (!) женщин. Не исключено, что такое же количество вынашивают беременность со всеми вытекающими из наличия хронического эндометрита последствиями. Эти последствия хорошо отражены в диссертационном исследовании нашей ученицы Т.С. Чередниченко (2002–2005), установившей персистирующий эндометрит после первого аборта (абортов) как основную причину неблагоприятного исхода уже желанной беременности для матери, эмбриона, плода и новорождённого.

Мы намерены привлечь внимание всей прогрессивной общественности к этой сложной проблеме страны, где в год производится больше абортов, чем во всей Европе, и которая занимает первое место по числу абортов у девушек 15–19 лет.

Иррациональное предпочтение аборта как метода регулирования рождаемости, показанное многочисленными социологическими исследованиями, не позволяет уповать на контрацепцию как метод преодоления абортов. Кажется, что это справедливо лишь отчасти, но 70% анкетированных после первых родов и более 50% консультированных после первого в жизни аборта женщин честно ответили в анкетах, что следующую беременность прервут методом искусственного аборта. При этом они подтверждали свою уверенность ссылками на опыт матерей («…у мамы 12 абортов и четыре ребёнка», «…у сестры три аборта и два ребёнка»).

Таким образом, мы добиваемся и будем добиваться, чтобы на смену хирургическому аборту, дошедшему до нас из глубокой древности без радикального изменения его технологии (до 80% вакуум-экскохлеаций плодного яйца завершаются «контрольным кюретажем»), пришёл медикаментозный аборт как достижение, запланированное и осуществлённое мировой репродуктологией, снижающее число осложнений в 100 раз!

Понятно, что журнал для акушеров-гинекологов не может обойтись без обсуждения животрепещущих проблем современности, не решаемых десятилетиями. «Болезни загадок и предположений» — **гестоз, эндометриоз, СПКЯ** — до сих пор не нашли научного обоснования этиологических факторов. Нет убедительных данных об их генетической детерминированности — но накоплен большой опыт их лечения, весьма контраверсионный, но тем не менее приводящий к определённым результатам. Любые сообщения по этим проблемам будут чрезвычайно интересны и позволят выйти на новые витки научных исследований и практической реализации новых знаний.

Уже можно подвести итог различным методам лечения **миомы матки**: хирургическим — абдоминальным и вагинальным, прочим — посредством эмболизации маточных артерий различными методиками, фокусированной ультразвуковой терапии, резектоскопии субмукозных узлов. Наличие этих методов весьма демонстративно с позиции инноваций, но в случае органосохраняющих вмешательств нас интересует главный вопрос: «Сколько детей родились и каково их качество после указанных операций?»

***

Комитет по качеству медицинской помощи Российского общества акушеров-гинекологов много лет проводит исследование в регионах Российской Федерации для выяснения наиболее животрепещущих проблем современного акушерства и гинекологии. Результаты этих исследований были представлены на докладах в рамках съездов акушеров-гинекологов страны, форумов «Мать и дитя» — **об акушерских кровотечениях и методах их лечения; репродуктивном здоровье после органосохраняющих гинекологических операций; преждевременных родах; абортах в России**. На очереди — многоцентровые исследования по вновь актуализировавшимся проблемам **сепсиса послеродового и послеабортного, острых и хронических воспалительных заболеваний**, в частности их дифференциальной диагностики с различными заболеваниями, фиксируемыми как воспалительные, а на деле представляющими собой нераспознанный эндометриоз, синдром Аллена–Мастерса, диспареунию, ганглионеврозы и другие заболевания нервных окончаний. А лечение последних должно радикально отличаться от так называемой «противовоспалительной терапии», особенно с применением антибиотиков. Поэтому на страницах журнала ожидаются публикации неврологов, ортопедов, специалистов восстановительной терапии для комплексного решения кажущихся сугубо гинекологическими проблем.

Наконец, не будет обойдено вниманием основное страдание почти половины женщин, «кому за 50». Это отнюдь не климактерический синдром с агрессивно навязываемой ЗГТ без императивных к ней показаний. Это, прежде всего, продемонстрированное на коллегии Минздрава России в 2003 г. устрашающее количество **пролапсов гениталий и недержания мочи** (бывший министр воскликнул после доклада: «В жизни не знал, что половина женщин в возрасте ходят мокрыми!..»).

За прошедшие после коллегии 7 лет ситуация изменилась, но не радикально — внедрены новые технологии неофасциогенеза, обеспечивающие снижение большого числа рецидивов, но … во-первых, сетчатые имплантаты для этого весьма дороги (зарубежные — до 40 тыс. рублей, отечественные — до 20 тыс. рублей), т.е. в массе население покупать их не может, а приобретение их за бюджетные средства ЛПУ ограничивается финансовыми возможностями. Нужны специальные программы, повышение квалификации гинекологов начиная с уровня ЦРБ. Старшее поколение женщин не должно чувствовать себя отвергнутыми в своей стране в связи с отсутствием полноценных программ обязательного медицинского страхования.

***

Представленные проблемы далеко не исчерпывают тот поистине бесконечный спектр животрепещущих вопросов, ежедневно и еженощно возникающих в практике наших коллег, почти 40 тыс. которых несут выбранный ими тяжкий крест своей специальности, круглосуточно готовы по первому зову оказать ургентную помощь, осознать и выполнить разумные положения нормативных актов, а иногда — преодолеть своим жизненным опытом не самые разумные установления вышестоящих организаций (чего стоит, например, преодоленное интеллектом наших коллег ничем не обоснованного исключения 10 из 13 социальных показаний к прерыванию беременности!).

Мы от всей души надеемся, что появление возможности обсуждать сугубо практические аспекты своей деятельности на страницах журнала, адресованного «акушеру-гинекологу — врачу и человеку», станет ещё одной возможностью его самореализации как специалиста и гражданина во всём многообразии человеческих проявлений. SP

Status Praesens

Contra versiOn

[38 миллионов экологических катастроф]

38 миллионов микроэкологических катастроф

Биоценоз влагалища и противомикробная терапия: бездействие от незнания = ятрогения?

Текст: проф. В.Е. Радзинский, к.м.н. М.Л. Полина

Что происходит

В 1996 г. комиссия Минздрава РФ констатировала факт эпидемического распространения инфекций, передаваемых половым путём. И с тех пор заболеваемость лишь продолжает расти. Во многом такую ситуацию можно объяснить ранним началом половой жизни, отсутствием элементарных знаний о безопасном сексе и интимной гигиене, определённой свободой сексуальных отношений и многочисленными случайными и спонтанными половыми контактами.

Число женщин с инфекциями, передаваемыми половым путём (гонорея, трихомониаз, хламидийная, сифилис, герпетическая, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С), по сравнению с поколением их матерей на сегодняшний день возросло в 4 раза. И на этом фоне инфекционные заболевания половой сферы всё чаще возникают в результате активизации условно-патогенных инфектов.

Мероприятия, столь эффективные при классических инфекциях, для лечения заболеваний, вызванных условно-патогенной микрофлорой, оказались малопригодными. И сегодня условно-патогенные бактерии (клебсиелла, протей, кишечная палочка, энтерококки, полирезистентные штаммы условно-патогенных бактерий — облигатных анаэробов, микробные ассоциации) составляют очевидную конкуренцию возбудителям сексуально-трансмиссивных заболеваний. В спектре инфекций стали преобладать заболевания половых органов, развивающиеся на фоне дисбиоза.

В чём причина

Подобные сдвиги кажутся неожиданными лишь на первый взгляд. Предсказуемость этой ситуации — в отсутствии оздоровления подростков (у 63% из них ранний сексуальный дебют сопровождается дефлорационным циститом), в высокой частоте хронических общесоматических заболеваний (нарушающих иммунорезистентность), большинство которых к наступлению беременности так и остаются нераспознанными.

Свой вклад вносит аборт — единственный бесплатный в системе ОМС метод регулирования рождаемости, противоестественный по своей сути, ломающий все противоинфекционные барьеры, данные женщине природой. Кульминацией уничтожения естественной микрофлоры в отсутствие периабортной санации становится асептический или гнойный (почти 15%!) эндомиометрит.

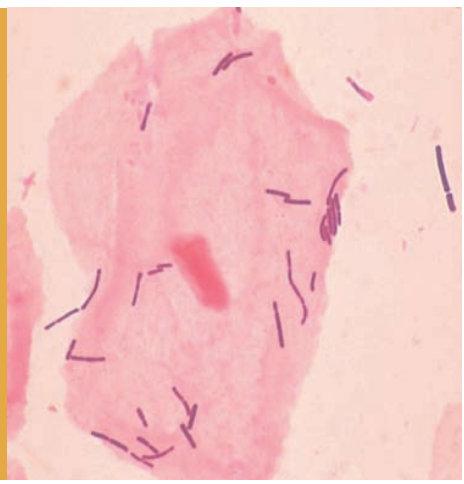
Каковы последствия

Последствия предгравидарного дефицита лактобактерий после гинекологических воспалительных заболеваний и оперативных вмешательств ожидаемы и печальны. Желанная беременность в последующем может и не наступить. А если и происходит такое чудо, то крайне велик риск осложнений — неразвивающейся беременности, её самопроизвольного прерывания, длительной угрозы и рождения маловесного инфицированного внутриутробно ребёнка. У такого ребёнка после рождения нарушается соматический статус, снижается качество жизни.

Если представить эти потери в государственном масштабе, то немудрено, что мы на пороге демографической катастрофы — малочисленную рождаемость дополняет высокий индекс заболеваемости и болезненности.

А начинается всё с того, что молодые женщины не хотят, а врачи не настаивают на банальной предгравидарной подготовке и не корригируют биоценоз во время беременности.

[Начинается всё с того, что молодые женщины не хотят, а врачи не настаивают на банальной предгравидарной подготовке и не корригируют биоценоз во время беременности]



Общий план коррекции биоценоза

Коррекция вагинальной микрофлоры в предгравидарный период немыслима без соблюдения основных постулатов — устранения дефицита гликогена (питательной среды для лактобактерий), т.е. восстановления двухфазного менструального цикла, а также восстановления полноценной промежности.

В целом комплекс средств для восстановления нормобиоценоза включает следующие пункты.

- Элиминация патогенных бактерий.
- Восстановление анатомо-функциональной полноценности промежности.
- Ликвидация запоров (что обеспечивает прирост лактобактерий во влагалище в 3 раза).
- Диета: квашеная капуста, йогурт, биокефиры.
- Эубиотики, восстановление кислотности влагалищной среды с помощью аскорбиновой кислоты (Вагинорм С).
- Гормональная регуляция менструального цикла с помощью КОК, гестагенов (Дюфастона, Фемостона).
- Фитоэстрогены (сои, клопогона шерстистого — цимицифуги, красного клевера).

Наиболее важным условием для коррекции любых форм дисбиоза следует считать восстановление нормальной архитектоники промежности, влагалища, шейки матки: устранение «зияющей» половой щели после родов.

К сожалению, отношение пациенток, равно как и врачей к этому вопросу крайне легкомысленно, вопреки установкам современной репродуктологии: истечение вагинального секрета делает поддержание нормобиоценоза невозможным.

Коррекция эстроген-дефицитных состояний необходима для сохранения определённого эстроген-прогестеронового градиента, так как именно благодаря достаточному количеству эстрогенов достигается необходимый уровень гликогена влагалища, при расщеплении которого лактобациллами до молочной кислоты и перекиси водорода обеспечивается гибель до 90% инфектов.

С этих позиций обосновано использование не только натуральных эстроген-гестагенных препаратов — Фемостона, современных КОК, но и фитоэстрогенов (сои, цимицифуги и красного клевера).

Остроумным способом является простая идея восстановления вагинального секрета, для чего разработан препарат Вагинорм С. «Подкисление» влагалищной среды обычной аскорбиновой кислотой в форме вагинальных таблеток приводит к препятствию размножения анаэробных бактерий и приросту лактобацилл до фактического нормобиоценоза.

«Лечение анализов»

Субъективными причинами увеличения дисбиотических и инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий следует с сожалением признать две:

1. нерациональное, зачастую необоснованное противомикробное лечение несуществующих заболеваний — из-за неправильной трактовки результатов лабораторных исследований врачами, в частности качественной ПЦР, *а также*
2. самолечение различными безрецептурными и даже рецептурными препаратами с антимикробным действием.

К сожалению, зачастую мы лечим то, что лечить не следует, и наоборот. Происходит это по вполне заурядным причинам: мы привыкли доверять анализам, коих, если не следовать здравому смыслу, назначается беременной женщине огромное количество. Явно переоценивается информативность качественной ПЦР — наиболее популярного в женских консультациях исследования. Результатом этого недешёвого метода является определение инфекта в любом титре, в том числе в меньшем, чем он имеет право быть в норме.

Диагностика урогенитальных инфекций методом качественной ПЦР в России выполняется в 6 раз чаще, чем в США. Именно поэтому многочисленны так называемые «-озы» (микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллёз) — исключительно отечественный «продукт» (в МКБ-10 отсутствуют как таковые!). В США, дабы пресечь стремление «лечить анализы», а также

по причине «дороговизны и сверхинформативности» с 1 января 2007 г. сочли нецелесообразным назначение даже бактериоскопического (!) исследования выделений беременных без жалоб на патологические бели.

Поразительно, что при всём стремлении «лечить во благо» повторный скрининг на инфекции после так называемой «санации» проводят лишь у 4% пациенток! Из «пролеченных» женщин 96% не подвергаются контрольному обследованию и, следовательно, никакого восстановления нормоценоза влагалища не проводится.

Нерациональная антибиотикотерапия

Антибиотикотерапию, ставшую столь привычной при выявлении любых симбионтов лишь недавно и далеко не везде, наконец-то начали анализировать с точки зрения последствий этих столь необдуманных «агрессивных» врачебных воздействий.

Глобальность последствий порочной тактики «больше анализов ➛ больше лечения ➛ извращение естественного биоценоза» подтверждает заключение, сделанное в рамках саммита глав «большой восьмёрки», на сателлитном симпозиуме министров здравоохранения в Санкт-Петербурге в 2007 г.

По обоюдному согласию министров было выделено $2 млрд на создание вакцины против пневмонии. Тем самым все остальные пути и попытки создания новых антибиотиков против пневмококков признаны бесперспективными — слишком много назначалось их по показаниям и без, а в результате — абсолютная антибиотикорезистентность пневмококков. По сути это начало конца эры антибиотиков.

Акушеры-гинекологи по частоте и бессмысленности назначения дезинфектантов и антибактериальных средств — в абсолютных лидерах.

А что должно быть в норме?

Одна из причин агрессивной химической атаки, следующей после абсолютно ненужного забора многочисленных анализов и нацеленной на стерильность (!) влагалища, — устаревшие воззрения на биоценоз, количественный и качественный состав вагинальной микрофлоры.

ФОТО: ИТАР-ТАСС

[Переоценивается информативность качественной ПЦР. Результатом этого недешёвого метода является определение инфекта в любом титре, в том числе в меньшем, чем он имеет право быть в норме]

Доминанту лактобацилл, некогда бывших единственными представителями влагалищного биотопа, сменило провозглашённое всеми европейскими сообществами акушерства и гинекологии бактериальное разнообразие: у каждой второй здоровой женщины репродуктивного возраста в содержимом влагалища можно выделить гарднереллы, каждой четвёртой — кишечную палочку, каждой пятой — микоплазмы. Присутствие неэубиотичных вагинальной микрофлоре бифидобактерий возможно и без формирования вагинитов и вагинозов.

В отсутствие клинических проявлений и бактериоскопически обозначенного гноетечения допустимо присутствие *Candida*, что и имеет место у 25% небеременных и 50% беременных. Существование клостридий, коринебактерий, энтерококков, мобилункус, пептострептококков, превотеллы, кишечной палочки также возможно, если КОЕ указанных возбудителей не превышает 10^5, а КОЕ лактобактерий составляет более 10^7, и при этом отсутствуют клинические признаки воспаления. Женщина в этом случае — здорова и ни в каком лечении не нуждается.

Количественные исследования микрофлоры влагалища показали: общее число бактерий во влагалище в нормальной вагинальной экосистеме не превышает 10^5–10^6 КОЕ/мл выделений, тогда как при бактериальном вагинозе возрастает до 10^9–10^{11} КОЕ/мл, при кольпитах — до 10^{12}–10^{14} КОЕ/мл выделений.

Подпись к рисунку: Нормальная микрофлора влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста.

Лечить или не лечить?

Причинами радикального отличия современного влагалищного микробиоценоза от излагаемого в учебниках 15–20-летней давности является изменение образа жизни женщин. Джинсовая мода, «джинсовые» тазы, колготки вместо чулок, средства менструальной гигиены (тампоны, прокладки, особенно ежедневные) привели к нарушению аэрации и увеличению анаэробного компонента в микробных ассоциациях.

Однако относиться к этим изменениям следует с позиций приятия данного микробного сообщества как должного, пресекая неразумные попытки добиться полной стерильности влагалища. *Это невозможно в принципе!*

Именно поэтому актуальной в проблеме инфекций урогенитального тракта остаётся достоверная дифференциальная диагностика носительства, бактериального вагиноза и действительно воспалительных заболеваний — вагинитов, цервицитов как реализованных инфекционно-воспалительных заболеваний. Остроту вопроса «Лечить или не лечить?» как нельзя лучше подчёркивает возросшее количество клинических разборов и даже судебных исков по поводу неадкватной антибиотикотерапии.

Если лечить бездумно

Практика показывает, что усиленная санация влагалища проводится на фоне даже I–II степени чистоты влагалища, к тому же по результатам неинформативных анализов — качественной ПЦР и бактериологического исследования («посев») *без определения количественных характеристик*.

Необоснованное лечение дезинфектантами, мощными антибиотиками, к тому же без определения чувствительности микрофлоры, осуществляется у 90% женщин, обследованных на урогенитальную инфекцию методом качественной ПЦР.

В бессмысленности и небезопасности такого «лечения» убеждают сведения по одной женской консультации, в которой из 440 беременных у 29% в I триместре была выявлена та или иная урогенитальная инфекция. Парадоксально, но титр лактобактерий у 24% женщин, отказавшихся от проведения антибактериальной терапии по разным причинам (тяжёлое материальное положение, идеологические убеждения), оказался выше в сравнении с когортой пролеченных по стандартным схемам.

Извращение биоценоза. Врачебная активность в отсутствие клинических проявлений у пациентки неминуемо ведёт к уничтожению *всей* микрофлоры и созданию непредусмотренного природой «пустого места», заселяемого вскоре теми же или аналогичными микробами, но с уже повышенной антибактериальной резистентностью, т.е. фактически — к извращению естественного биоценоза.

Реализация негативных последствий использования хлоргексидина происходит по истечении уже 2–3 ч: в 95% обнаруживается не «стерильный» результат, а условно-патогенная микрофлора, в 50% — патогеннее изначальной. Агрессивность традиционной санации демонстрировала частота вагинального кандидоза — у «пролеченных» таковой встречался в 2 раза чаще.

Родовой травматизм. В диссонанс устойчивым представлениям взаимосвязи разрывов промежности и шейки матки с крупной головкой и высокой промежностью, предрешает исход именно состояние тканей — выраженность травм тазового дна коррелирует с ухудшением вагинальной флоры (Марилова Н., 2007).

Более 100% аномальных биоценозов выявлялись у наиболее травмированных женщин: III и IV степени чистоты влагалища перед первыми родами были представлены в 47,1 и 39,5%, соответственно, а в 15,9% клинически был диагностирован кандидоз. Меньшая частота разрывов соответствовала ограниченному количеству случаев вагинитов (13,2%).

Вывод прост — нарушение биоценоза влагалища перед родами, реализовавшееся в бактериальный вагиноз и вагинит, повышает риск травмы промежности — рвётся только там, где есть III–IV степень чистоты.

> [Акушеры-гинекологи по частоте и бессмысленности назначения дезинфектантов и антибактериальных средств — в абсолютных лидерах]

К сожалению, стремление к малым разрезам при выполнении эпизио-, перинеотомии, приводит к дальнейшему продолжению раны, но уже в виде рваной — в 63% случаев. Но и эта страшная цифра увеличивается на 20% в условиях извращённого, как правило ятрогенно, биоценоза.

В продолжение порочного круга — отсутствие хирургической коррекции пролапсов предопределяет невозможность восстановления нормобиоценоза, что, как правило, и имеет место в большинстве случаев.

Послеродовые инфекционные осложнения. Страшная суть порочного круга, порождаемого назначением антибиотиков при носительстве и бактериальном вагинозе без последующего восстановления микрофлоры — в возрастании не только послеродового травматизма, но и послеродовых инфекционных заболеваний.

Реализация послеродового эндометрита и субинволюции матки как завуалированной формы эндометрита в 2 и в 1,5 раза чаще регистрируется на фоне агрессивной антибиотикотерапии. У нелеченных частота развития послеродовых гнойно-септических заболеваний не превышала таковую в популяции.

Резюмируя сведения о попытках добиться стерильности не только во влагалище, но и в роддоме, следует заметить критично: в соответствии с приказом Госсанэпиднадзора от 2000 г. мы имеем право на существование госпитальной инфекции. При этом главное условие эффективности борьбы с ней — знание и мониторирование инфектов, инфекционный контроль.

Материнская смертность. Следствием необоснованной «химической» атаки на вагинальную микрофлору является не только формирование очень трудно излечимого состояния, но и крайне серьёзный момент, связанный с анализом показателей материнской смертности (2007).

Так, 2/3 умерших от аборта (13,2%) + 13,4% от послеродового сепсиса (в сумме 26,6%) составляют абсолютное первое место в структуре материнской смертности. Антибиотикотерапия становится нерезультативной, иммуноглобулины улучшают исходы, но не решают проблему.

Ятрогенные дисбиозы следует рассматривать как одну из управляемых причин материнской смертности от сепсиса.

Рациональная диагностика

Логически верным на пути к решению этой проблемы будет диагностирование вагинальной микрофлоры: в настоящее время следует ориентироваться на бактериоскопические данные, на количество лактобацилл и, если с этим всё в порядке, если у здоровой женщины нет III–IV степени чистоты влагалища, то никаким ПЦР-исследованиям её подвергать не надо.

Качественная ПЦР информативна только для обнаружения микроорганизмов, которых никогда не должно быть во влагалище (бледной трепонемы, гонококков, хламидий, трихомонад).

Следует сделать акцент на том, что качественная ПЦР не заменяет бактериологического исследования.

Тут нужно обратить внимание на ряд нюансов: до 70% трихомонад традиционными методами не диагностируется, и редко когда врач-лаборант возьмёт на себя смелость поставить диагноз по сухому мазку спустя несколько часов, когда отпали жгутики. Эффективен лишь

[Необоснованное лечение дезинфектантами, мощными антибиотиками, к тому же без определения чувствительности микрофлоры, осуществляется у 90% женщин, обследованных на урогенитальную инфекцию методом качественной ПЦР]

метод «висячей капли». В противном случае способность трихомонад «консервировать» гонококки и хламидии (Д.В. Рюмин, 2002) оборачивается развитием «рецидивирующих» урогенитальных инфекций и необходимостью всё большего числа и дозы антибиотиков и, соответственно, стойким микотическим поражением.

При «воспалительном» мазке поиск инфекта проводится методом *количественной* ПЦР (соотношение колоний инфекта и лактобактерий) при использовании диагностического мультипраймерного набора для определения нуклеотидных последовательностей *Lactobacillus spp.* (558 н.п.) и *Gardnerella vaginalis* (820 н.п.) и бактериологически (посев из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам).

При сомнениях «лечить или не лечить» рекомендуем придерживаться следующей врачебной тактики: если КОЕ этих возбудителей (*E. coli*, *St. epidermidis*, *St. aureus*, *Streptococcus* группы B, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloaceae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*) не превышает 10^5, а КОЕ лактобактерий составляет более 10^7 в отсутствие клинических проявлений воспаления, женщина считается здоровой. Логичнее будет попытка восстановить биоценоз.

Что касается действительно противомикробного лечения инфекций, мы сочли возможным привести в нашей проблемной статье лишь некоторые сведения по эффективным средствам для лечения женщин с трихомониазом, хламидийной, а также мико- и уреаплазменной инфекцией, оставив за рамками изложения сверхактуальный кандидоз, герпетическую, цитомегаловирусную инфекции *etc.*, которым мы надеемся посвятить дальнейшие публикации.

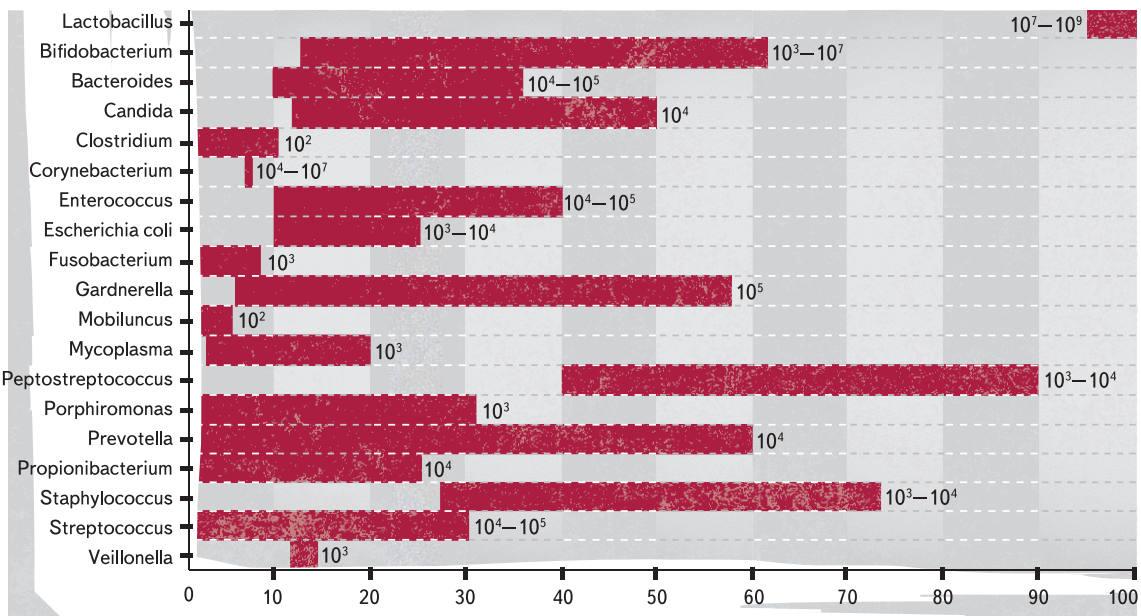
Трихомониаз

Согласно современным рекомендациям Американского центра по контролю предупреждения заболеваний (CDC), метронидазол является единственным препаратом выбора для лечения трихомонадной инфекции, который следует назначать внутрь либо по 2 г однократно, либо по 500 мг 2 раза в день в течение 7 сут. Эти режимы лечения обеспечивают выздоровление в 90–95% случаев. Однако в I триместре беременности в период органогенеза и плацентации лечение процистоцидными препаратами невозможно. Во II триместре допустимо применение метронидазола и его производных в формах для местного использования, например в форме вагинальных свечей. Применение таблетированных форм метронидазола и его производных возможно лишь в III триместре.

Хламидийная инфекция

Несмотря на довольно низкую ожидаемую вероятность инфицирования плода при хламидийной инфекции (6–8%) при частоте передачи её в 50–70%, необходима своевременная и высокоэффективная антибактериальная терапия.

Частота выделения микроорганизмов из влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста (%).



Джозамицин — антибиотик с японскими корнями

Компания, которая разработала джозамицин, была основана ... 132 года назад.

Япония, 1877 г. Семья Сузуки основывает собственную компанию — Dai-Nihon Yamanashi Budoushu-Gaisha. Компанию по производству алкогольных напитков — пива, вин, ликёров и, конечно же, сакэ. Дела пошли успешно, однако в Японии влажный климат, в котором виноград растёт плохо, поэтому вся японская винная промышленность зависела от импорта. И вот в 1947 г. компании удалось адаптировать несколько сортов винограда к японскому климату и вывести на рынок первое вино, полностью выращенное и произведённое в Японии. В настоящее время Dai-Nihon Yamanashi Budoushu-Gaisha — лидер среди японских производителей алкогольных напитков.

Началом фармацевтической деятельности, которой эта крупная корпорация занялась с целью диверсифицировать, то бишь «распылить», свои усилия и подстраховаться, стала разработка в 1966 г. антибиотика для сельского хозяйства. А в 1969 г. был разработан антибиотик, доказавший свою эффективность и безопасность при лечении инфекционных заболеваний человека, — джозамицин (японцы говорят «ёзамицин»). А уже в 1970 г. фармацевтическая корпорация Yamanouchi Pharmaceutical вывела на японский рынок собственный «ёзамицин», который продаётся в Японии и сейчас.

Российские патогенные микроорганизмы впервые столкнулись с убийственным в прямом смысле слова действием джозамицина в 2000 г. — под названием «Вильпрафен». Его относительно недолгое существование на российском рынке (по меркам «продолжительности жизни» антибиотика 9 лет — совсем немного) и всё более грамотное использование антибиотикотерапии в стране позволяют ему сохранять свою высокую эффективность и по сей день. А для акушеров-гинекологов особенно важно то, что «Вильпрафен» — один из тех единичных антибиотиков, которые разрешены к применению на протяжении всей беременности.

Среди антибиотиков, разрешённых для лечения хламидийной инфекции при беременности (эритромицин, джозамицин*, ровамицин), наиболее привлекателен вильпрафен (джозамицин), широкий спектр антимикробной активности и низкая резистентность возбудителей к которому позволяют излечивать смешанные урогенитальные инфекции (хламидии + микоплазмы) уже в I триместре. Многолетний опыт его применения сотрудниками Московского областного НИИ акушерства и гинекологии и кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН показал его высокую эффективность и безвредность для плода в дозе 500 мг 3–4 раза в день в течение 10 дней.

Мико- и уреаплазменная инфекции

На вопрос, лечить или нет мико- и уреаплазменную инфекцию, ответим цитатой проф. М.А. Башмаковой (2004): «Полжизни я посвятила мико- и уреаплазмам, а остаток отдаю тому, чтобы женщин не лечили без показаний».

С учётом того, что урогенитальные микоплазмы являются бактериальной вагиноз-ассоциированной микрофлорой, при колонизации нижних половых путей беременных *M. hominis* и/или *U. urealyticum* рекомендуется рутинный комплекс диагностических и при необходимости лечебных мероприятий по восстановлению нормального микроценоза влагалища.

При наличии показаний, по мнению ряда исследователей, в качестве препаратов первого ряда при микоплазменной инфекции должны использоваться макролиды. В группе макролидов самые низкие минимальные подавляющие концентрации для микоплазм имеет джозамицин. Благодаря высокой активности и хорошей переносимости он является одним из самых широко применяемых антибиотиков для лечения урогенитальных инфекций. Джозамицин обладает широким спектром антибактериального действия, включающим как все клинически значимые микоплазмы (*M. hominis*, *M. genitalium*, *U. urealyticum*), так и хламидии.

Бактериальный вагиноз в I триместре

Несмотря на многочисленные исследования по коррекции микробиоценоза влагалища, терапия бактериального вагиноза во время беременности остаётся сложной проблемой из-за возможного неблагоприятного воздействия дезинфектантов на плод.

В I триместре использование дезинфектантов не рекомендуется, более того — опасно, так как они относятся к категориям C и D риска для плода. Хотя доказана эффективность лечения бактериального вагиноза назначением клиндамицина фосфата и метронидазола, однако назначение таковых безопасно лишь во II–III триместре беременности (Азарова О.Ю. и соавт., 2002).

* «Вильпрафен®»

Когда другие макролиды бессильны...

Вильпрафен®

джозамицин

- **Доказанная эффективность в отношении хламидийных, микоплазменных и смешанных инфекций урогенитального тракта**
- **Благоприятный профиль безопасности: отсутствие патологического влияния на моторику и микрофлору кишечника, минимальный риск лекарственных взаимодействий**
- **Препарат выбора для лечения хламидийной и микоплазменной инфекции у беременных**
- **Заслуженное доверие ведущих российских экспертов в области лечения урогенитальных инфекций**

ЗАО Астеллас Фарма

Московское Представительство,
109147 Москва, Марксистская ул. 16
телефон: (095) 737 07 55; факс (095) 737 07 57

astellas
Свет, ведущий к жизни
Создана слиянием Yamanouchi и Fujisawa

[Беременность, протекающая в условиях аномального биоценоза, безоговорочно сопровождается высоким риском акушерских и перинатальных осложнений. Именно поэтому логично завершать использование любой обоснованной «санации» влагалища восстановлением пула лактобактерий]

Весомую конкуренцию пероральным препаратам с антианаэробной активностью может составить повидон-йод, отличающийся от всех остальных средств эффектом сохранения кислой среды влагалищного содержимого. Препятствуя вегетированию патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, препарат создаёт благоприятные условия для размножения лактобактерий. Согласно современным тенденциям, возможно использование крема или свечей далацина.

Совсем недавно появился новый эффективный метод лечения бактериального вагиноза — особая интравагинальная форма аскорбиновой кислоты («Вагинорм-С®»). Особенностью препарата является то, что за счёт снижения pH влагалища до нормальных значений подавляется рост анаэробной микрофлоры и одновременно стимулируется рост собственных лактобактерий рода *Lactobacillus*. Для лечения бактериального вагиноза лёгкой и средней степени тяжести достаточно 6 дней. Рутинное лечение половых партнёров не рекомендуется, так как это не влияет ни на успех терапии, ни на частоту рецидивов.

Восстановление биоценоза — обязательный этап

Необходимо отметить: после антибактериальной терапии, которая ликвидирует условно-патогенные микроорганизмы, условия для достаточно быстрого восстановления нормальной микрофлоры влагалища сами по себе не создаются.

Беременность, протекающая в условиях аномального биоценоза, безоговорочно сопровождается высоким риском акушерских и перинатальных осложнений. Именно поэтому будет логично завершать использование любой обоснованной «санации» влагалища восстановлением пула лактобактерий.

Попытки осуществления дотации лактобактерий непосредственно «на месте» — ошибочны. Малопригодными для этой цели оказались и молочнокислая закваска «Нарине», и вагинальные свечи «Жлемик».

Принципиальным отличием современных эубиотиков является основа — не сухое молоко, как раньше, а фруктоолигосахариды (яблочный пектин, морковный порошок). Созданные на сухом молоке эубиотики при наличии нитей мицелия «створаживались» и выпадали из влагалища в виде творожистых выделений: для здоровья неопасно, эстетически — неприемлемо. Поэтому при лечении микозов их не назначали.

Теперь ситуация в корне изменилась: восстановление эубиоза дотацией лактобактерий можно начинать в момент завершения использования дезинфектантов, антимикотиков *etc*. Поэтому при беременности вполне достаточно провести местное лечение с обязательным восстановлением эубиоза лактобактериями на безмолочной, фруктоолигосахаридной основе («Флоралдофилус» — симбионт последнего, IV поколения).

В силу низких адгезивных свойств лактобактерий достижение выраженной ацидофильной ориентации вагинальных микроорганизмов возможно лишь при соблюдении следующих условий: достаточного количества бифидо- и лактобактерий в кишечнике и отсутствия запоров.

В 65–80% следствием хронических запоров являлось резкое снижение численности лакто- и бифидофлоры или её конкурентное замещение штаммами *E. coli* со сниженными ферментативными или патогенными свойствами, активация условно-патогенной микрофлоры (кишечная палочка, золотистый и эпидермальный стафилококк и др.) [Гвасалия А.Г., 2004]. На фоне устранения констипации происходит прирост содержания лактобактерий в 3 раза.

Новым достаточно эффективным средством, способным к восстановлению пула лактобактерий, является препарат «Вагинорм-С», способный корригировать pH влагалища. Снижая pH вагинального секрета, препарат тем самым ингибирует рост бактерий, которые могут размножаться при pH выше 4,3 — а это именно бактерии рода *Lactobacillus*.

Для излечения средней и лёгкой степени бактериального вагиноза достаточно 6 дней. Возможно и длительное, ежедневное применение в течение нескольких недель и даже месяцев. Преимуществом препарата является возможность применения на любых сроках беременности. Частота побочных эффектов в проведённых исследованиях фактически сопоставима с плацебо.

Предлагая собственную схему лечения дисбактериоза влагалища, мы основывались на вышеназванных принципах этого заболевания: снижение повышенного количества строгих анаэробных бактерий и нарушение ассоциативных связей между ними достигалось интравагинальным назначением бетадина по 1 суппозиторию 1 раз в день в течение 14 дней.

Если pH сохранялось на уровне 4,5 и ниже, то восстановление микробиоценоза родовых путей достигалось назначением «Флоралдофилуса» по 2 капсулы в день в течение 14 дней. Повышение pH являлось основанием для использования «Вагинорма-С» с последующей дотацией лактобактерий. В современных условиях возможен также эффективный путь лечения бактериального вагиноза с применением «Вагинорма-С» по 1 таблетке интравагинально на ночь в течение 6 дней.

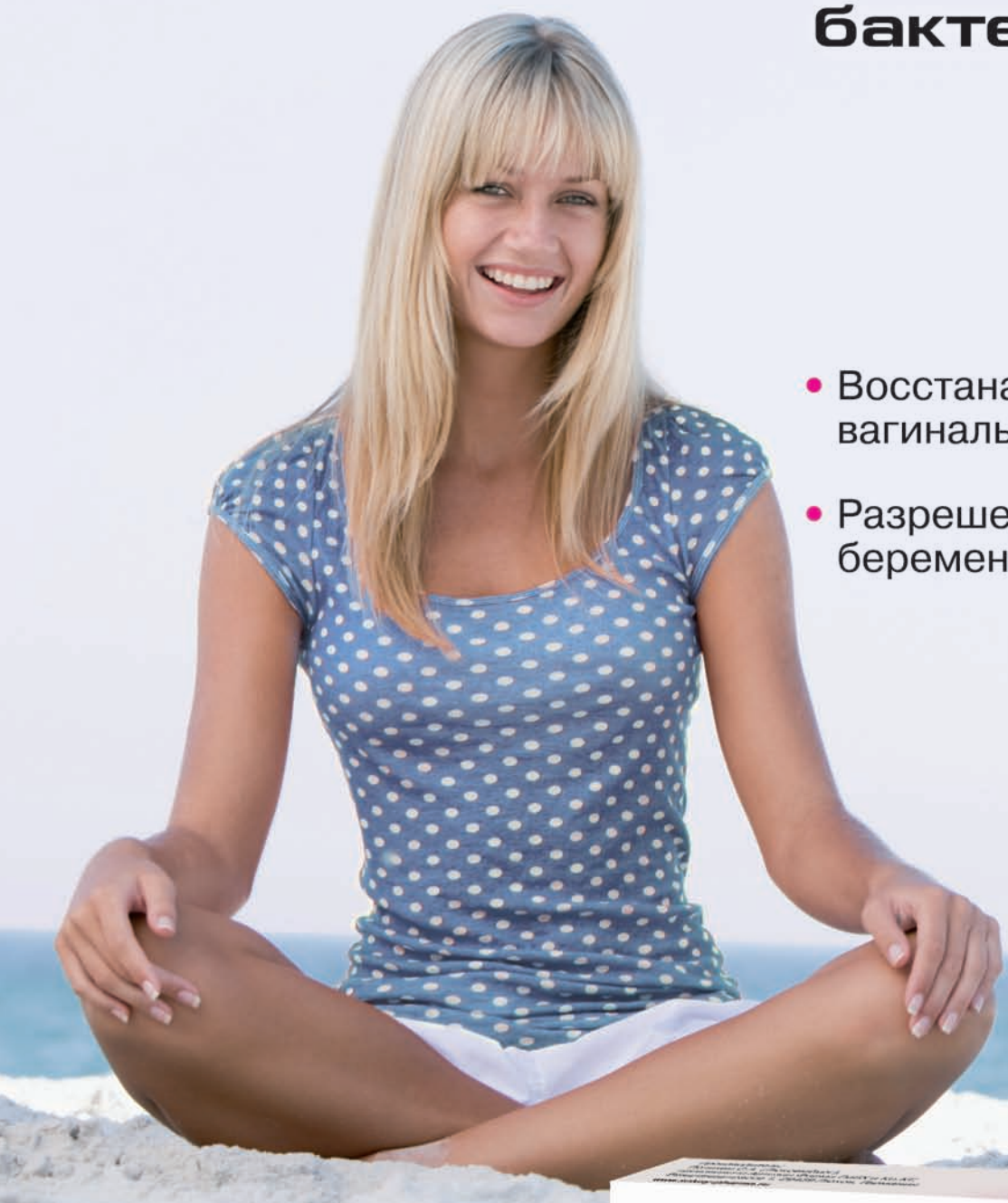
***

В заключение нужно отметить: профилактика осложнений беременности и родов требует совершенно определённой тактики — грамотного инфекционного скрининга и своевременного, адекватного выявленному возбудителю лечения. Главное — достичь нормального биоценоза с содержанием лактобактерий не менее 10^7 КОЕ/мл на протяжении беременности и в конце родов, потому что ребёнок должен контаминировать не кишечную палочку и энтерококк, а здоровую лактофлору здоровой матери. SP

Библиография: **www.praesens.ru**

Новый путь лечения бактериального вагиноза

- Восстанавливает собственную вагинальную микрофлору
- Разрешен с первых дней беременности



Регистрационное удостоверение ЛСР-005889/08 от 23.07.08

На правах рекламы

техно будущее сегодня

УЗИ

новый технологический виток

Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии

В природе ультразвук используют дельфины, летучие мыши, ночные бабочки. Человек научился использовать ультразвук последним. Несмотря на то, что экспериментальные разработки по пьезоэффекту и генераторам ультразвуковых колебаний велись с середины XIX века, практическое применение ультразвук нашёл только в 1912 г. — при конструировании систем ультразвуковой гидролокации.

Годом основания собственно диагностического УЗИ считается 1947-й, когда австрийский невролог и психиатр T. Dussik применил ультразвук для выявления объёмных образований головного мозга. Успешная визуализация овариальных фолликулов с помощью ультразвука была продемонстрирована в 1972 г. Именно этот год считают отправной точкой мирового применения УЗИ в акушерстве и гинекологии.

Почему ультразвук?

Решение клинических проблем в акушерстве и гинекологии без ультразвуковых исследований сегодня практически невозможно (за исключением случаев неотложных состояний, требующих быстрого принятия клинического решения). Наиболее ярким примером является проблема бесплодия.

Доля бесплодных браков в России в третьем тысячелетии только возросла — с 10 до 18%. Сегодня в России около 6,5 млн бесплодных женщин и 4 млн бесплодных мужчин. Эксперты ВОЗ считают, что бесплодный брак оказывает на демографические показатели большее влияние, чем невынашивание беременности и перинатальная патология, вместе взятые. Причины бесплодия многообразны: ВОЗ выделяет 21 фактор женского бесплодия и 19 факторов мужского бесплодия. При этом первое место по частоте использования диагностических методов делят сбор анамнеза и оценка гормонального фона. На втором месте находится ультразвуковое исследование, включающее фолликулометрию.

Почему же метод ультразвуковой визуализации получил в настоящий момент такое широкое применение?

Потому что за время, прошедшее с момента начала использования ультразвуковой волны в медицинских диагностических целях, исследования стали просты в применении, доступны и значительно дешевле многих других диагностических методик. Для пациента УЗИ безвредно и безболезненно. Для врача УЗИ — в подавляющем большинстве случаев диагноз, потому что врач видит непосредственно на экране все исследуемые зоны.

Ультразвуковые сканеры Сименс

Почему мы говорим о том, что работать на оборудовании Сименс — здорово? Потому что ультразвуковые сканеры Сименс обладают рядом технологических инноваций, которые в настоящий момент не предлагает больше ни одна другая компания-производитель. Мы говорим о технологии ультраточной фокусировки, которая позволяет визуализировать тончайшие структуры и дифференцировать ткани, о технологии автоматического измерения основных размеров плода (бипариетальный размер, окружность головы и живота, длина бедренной кости и плечевой кости и другие показатели), о технологии автоматического расчёта максимального диаметра выбранной струк-

На правах рекламы.

туры. Использование этих технологий значительно повышает диагностическую ценность исследования, снижает риск врачебной ошибки и оптимизирует рабочий поток в отделении.

О проблеме высокой частоты встречаемости ВПС (врождённых пороков сердца) известно всем практикующим врачам и, к сожалению, родителям детей с подобной патологией. Сименс предлагает к использованию технологию **STIC** (spatio-temporal image correlation — 4D-технологию получения объёмного изображения сердца плода, учитывающую пространственно-временную корреляцию изображений) в сочетании с технологией анализа движения структур сердца **VVI** (Velocity Vector Imaging).

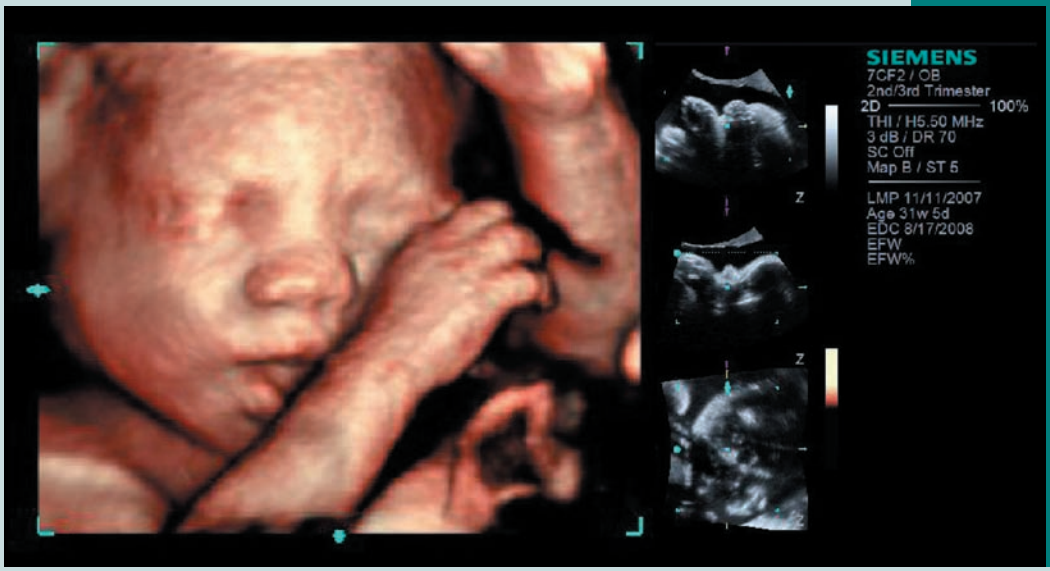
Таким образом, врач получает возможность работать с объёмным изображением камер сердца плода и оценивать наличие или отсутствие ишемии миокарда плода и/или выявлять зоны с нарушениями синхронности сокращения. Сочетание передовых диагностических методик **STIC** + **VVI** позволяет в разы повысить раннюю диагностику врождённых пороков и аномалий развития сердца плода. В настоящий момент обсуждается вопрос об изменении ультразвуковых скрининговых сроков диагностики ВПС.

Компания Сименс, занимающаяся разработкой ультразвукового оборудования, проявляет заботу и о врачах. Ведь пациент приходит на исследование и через какое-то время уходит домой, а врач за аппаратом работает целый день. Чтобы снизить усталость врача, разрабатываются различные варианты подставок и упоров для рук врача, современные большие плоские экраны, используются удобные кресла. Кроме того, все УЗ-сканеры производства Сименс разработаны по технологии снижения количества нажатий на функциональные клавиши, чтобы врач при исследовании не тратил на это лишнее время.

Все ультразвуковые системы Сименс позволяют проводить исследования в серошкальном режиме, в режиме ЦДК и в режиме энергетического допплеровского сканирования (ЭД).

УЗ-системы экспертного класса **Acuson S2000** и **Acuson Antares** поддерживают технологию неинвазивной **амниоскопической визуализации**, которая позволяет видеть будущего ребёнка в объёмном изображении в реальном режиме времени с высокой чёткостью структур задолго до рождения. Теперь врач и будущие родители могут наблюдать, как растёт и меняется плод в зависимости от срока беременности и даже видеть, как он улыбается. SP

Этот ребёнок (пока ещё — плод), когда родится и подрастёт, сможет сам подписать эту фотографию «Это я за месяц до рождения».



УЗИ в Советском Союзе — совершенно секретно

В 1954 г. на базе Акустического института АН СССР было создано отделение ультразвука под руководством проф. Л.Д. Розенберга. Отечественные публикации о применении ультразвука в медицине появились с 1960 г. Первые экспериментальные УЗ-аппараты были разработаны в Советском Союзе в том же 1960 г.: НИИ медицинских инструментов и оборудования СССР выпустил четыре экспериментальные модели Ekho-11, Ekho-12, Ekho-21, UZD-4. Позднее, в 1964 г., был аппарат UZD-5, в начале 1970-х гг. — UTP-1, UDA-724, UDA-871 и Obzor-100. Эти модели предназначались для использования в офтальмологии, неврологии, кардиологии и в других областях медицины.

Однако дальше экспериментальных разработок дело не пошло: согласно распоряжению правительства эти экспериментальные модели не были внедрены в практическую медицину.

Связано это было с тем, что к тому времени ультразвуковые волны уже нашли широкое применение в военных целях, в первую очередь для оценки однородности металлов. Вполне понятно, почему все научные исследования по ультразвуку были строго засекреченными!

Очевидно, «выход в массы» в виде аппаратов для рядовых больниц не укладывался в общую концепцию строгой секретности ультразвука в Советском Союзе. Ультразвуковая диагностика начала внедряться у нас только с конца 1980-х годов.

Зато секретность была соблюдена.

На правах рекламы.

работа над ошибками

[Лекарственный перегруз • Гестагеновая история]

лекарственный перегруз?

Фармакотерапия беременных — современная проблематика

Текст: А.Е. Панов

Graviora quaedam sunt remedia periculis*

Большинство лекарственных средств, продающихся как по рецептам, так и безрецептурного отпуска, в своё время являло собой и являет до сегодняшнего дня научное открытие, позволившее решить ту или иную медицинскую проблему. Разработка и исследование любого лекарства продвигает науку и практику вперёд — иногда лишь на один шаг, а иногда — обеспечивая научный прорыв. Однако арсенал лекарственных средств настолько широк, что полипрагмазия уже с конца прошлого столетия стала повседневной реальностью. И тем острее стоит проблема полипрагмазии во время беременности, когда врач, а зачастую и сама женщина, без врачебной рекомендации, стремятся максимально обезопасить беременность и плод с помощью многочисленных достижений фармакологии.

В России одной из глобальных перемен, произошедших в здравоохранении за время «перестроечного» периода, можно считать революционные, по сути, изменения в сфере лекарственного обращения, начавшиеся во всём мире со второй половины XX века, когда лавинообразно стало возрастать количество лекарственных препаратов, исчисляемое в настоящее время десятками тысяч, как отдельно взятых, так и в различных комбинациях. Это создало известную проблему, как минимум, контроля качества лечения[1].

По каким поводам женщины, как при беременности, так незадолго до неё, принимают лекарства чаще всего? Это четыре наиболее типичных ситуации[2].

1. Бесплодие, когда лекарства могут быть назначены для стимуляции овуляции.
2. Состояния, возникающие во время беременности, но не связанные с ней: острые — боль и жар, инфекции, кашель и насморк, и хронические — бронхиальная астма, эпилепсия, сахарный диабет.
3. Условия, типично связанные с беременностью, — тошнота по утрам, артериальная гипертензия, анемия.
4. Осложнения беременности и родов — угроза выкидыша, преждевременные роды, гестоз, боль при родах.

Только единичные беременности не подпадают под условия этого списка. В итоге практически каждая беременная принимает те или иные лекарственные средства: в мире таких беременных, по данным ВОЗ, — 86%, а в России — 100%.

Кроме того, полипрагмазии способствует положение, согласно которому лекарственная терапия — одна из основных составляющих диспансеризации беременных[3].

Унифицированная оценка риска

Принципиальная опасность фармакологических средств для плода состоит в том, что его стремительно размножающиеся клетки очень чувствительны к любым внешним воздействиям. Малейшие нарушения роста и деятельности этих клеток, особенно в первые 3 мес беременности, могут привести к достаточно серьёзным врождённым дефектам развития органов плода и, соответственно, будущего ребёнка. Поэтому на Западе обычно не спешат внедрять новые методы лекарственной терапии во время беременности, предпочитая «торопиться медленно»[4].

Тем не менее оценивать точный вклад лекарственных средств в развитие врождённой патологии сложно — прежде всего, из-за этической невозможности проведения рандомизированных исследований и отсутствия в связи с этим достоверных сведений о применении лекарственных средств беременными[1].

По данным венгерской службы контроля за врождёнными аномалиями (которая считается одной из лучших в мире), тератогены окружающей среды бывают причиной аномалий развития плода приблизительно в 3% случаев, из них 1% приходится на долю лекарственных препаратов[5].

Для обозначения потенциальной опасности лекарственных средств для плода в разных странах разрабатывают классификации категорий риска при

* Некоторые лекарства хуже болезни (лат.)

История FDA (Food and Drug Administration — Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США) восходит к 1862 г., когда Авраам Линкольн, создав Департамент сельского хозяйства, организовал при нём Бюро химии, основной задачей которого был государственный контроль за качеством продуктов питания. Через некоторое время в сферу внимания этого бюро попали и лекарственные препараты.

В 1938 г., после трагической смерти 100 американцев от неисследованного лекарства (суспензии сульфаниламида в диэтиленгликоле), FDA потребовало законодательно вменить в обязанность фармпроизводителям научно исследовать поступающие на рынок лекарства.

В 1979 г., на следующий год после Швеции, FDA ввело классификацию потенциального риска лекарственных средств для плода. Упрощённая трактовка классификации FDA считается в настоящее время наиболее распространённой и используется в том числе и в России.

Категория A	Отсутствие риска
Категория B	[**B**est — лучшие] Нет доказательств риска
Категория C	[**C**aution — осторожность] Риск не исключён
Категория D	[**D**angerous — опасные] Риск доказан
Категория X	Противопоказаны при беременности

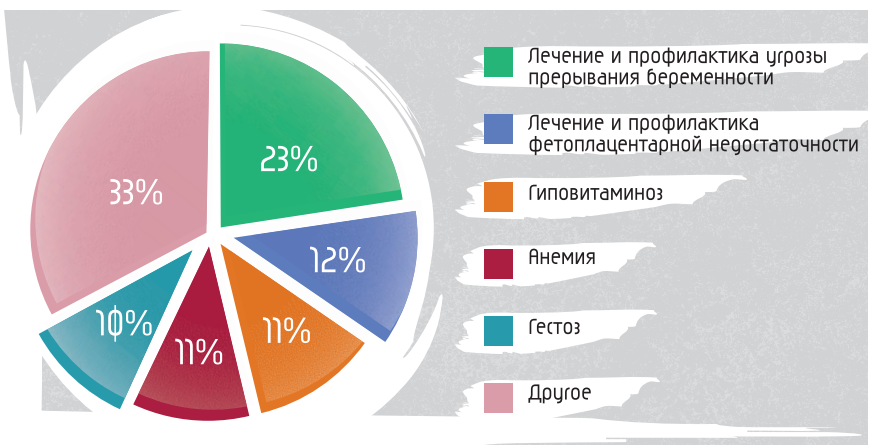
беременности. Наиболее широко применяется классификация FDA (США), классификация FASS (Швеция) и классификация ADEC (Австралия).

Категории риска, разработанные FDA, приводятся в настоящее время в отечественном Государственном реестре лекарственных средств, «Справочнике лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача», в описаниях препаратов. Однако у этой классификации есть свои неудобства.

Она редко обновляется, очень упрощена и больше акцентирована на тератогенном воздействии лекарственных средств, чем на фетотоксических, не учитывает дозу препарата и клинические ситуации, а большинство лекарственных средств в них характеризуются лишь данными, полученными в экспериментах на животных, и относятся к категории С. Кроме того, многие лекарства (некоторые спазмолитики, местные антисептики, системные антибиотики, гормональные, метаболические средства) не используются в США, поэтому в классификацию FDA не включены.

И всё же в настоящее время это единственный систематизированный источник информации по опасности лекарственных средств во время беременности.

По каким поводам беременным назначают лекарственные средства



Фармакотерапия беременных в числовом выражении

Одно из самых масштабных исследований, выполненных ВОЗ в 1987–1988 гг., обнаружило, что среди 14 778 беременных из 22 стран мира по крайней мере одно лекарственное средство принимали 86% женщин. Среднее количество используемых препаратов составило 2,9 (от 1 до 15).

Более современные международные исследования показали, что лекарственные средства получают в среднем 75–86% беременных[6, 7]. Во Франции в 1996 г. за период беременности по крайней мере одно лекарственное средство использовали 99% женщин, а в среднем беременные принимали 13,6 наименований лекарств.

В России ситуация ещё острее, что показывают немногочисленные фармакоэпидемиологические исследования, проведённые в России, — таких было два.

В Приморском крае Е.В. Елисеева и её коллеги за период 2004–2007 гг. проанализировали 703 карты беременных, обратившихся к генетику или клиническому фармакологу на сроках беременности от 3 до 32 нед по вопросу возможного отрицательного влияния лекарственных средств на плод. Женщины принимали лекарства преимущественно в период 1–21 нед беременности. При этом наиболее часто медикаментозная терапия проводилась в сроки с первой по третью и с шестой по седьмую недели.

В среднем каждая беременная принимала три лекарственных средства (от 1 до 14). Некоторые из принимаемых препаратов были многокомпонентными. Общее число наименований лекарственных средств составило 2078. Полипрагмазия была отмечена в 85 случаях.

В назначениях лидировала группа антибактериальных препаратов. 42% назначенных лекарственных средств были потенциально опасны для плода — категории С, D и X; и только 3,75% лекарственных средств можно было считать безопасными. 28% женщин использовали лекарственные средства из числа неизученных — они не входили в классификацию FDA, и их риск при беременности не был известен[8].

По данным другого многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования, проведённого Е.А. Стриженок с коллегами в 2003–2004 гг. в шести городах России (Москва, Калуга, Брянск, Смоленск, Орёл, Липецк), в которое были включены 543 беременных, лекарственную терапию получали 100% беременных.

Только восемь женщин (1,5%) принимали во время беременности исключительно витамины, минералы и препараты железа. Большинству (62%) беременных назначалось от 6 до 15 разнообразных лекарственных средств, причём следует обратить внимание на то, что 15% женщин получали 16–20, а 5% — 21–26 препаратов! На первом месте среди назначенных лекарственных средств были поливитамины.

Среднее количество назначенных препаратов составило 11 — от 1 до 26. Только треть (30,9%) среди всех 5971 случаев проанализированных назначений лекарственных средств были безопасными для беременных (категория А), 11,1 % — относительно безопасны, но риск для плода окончательно не установлен (категория В), 13,5% — представляли потенциальный риск для плода (категории С, D и X). 44,6% всех назначавшихся средств не включены в классификацию FDA, их риск при беременности неизвестен.

Таким образом, с точки зрения безопасности, структура назначаемых лекарственных средств вызывает, возможно, даже большую обеспокоенность, чем их количество.

Без назначения врача лекарственные средства применяли 58% женщин, не соблюдали рекомендации врача по приёму назначенных препаратов 80% беременных.

Данное исследование показало, что тактика фармакотерапии беременных не соответствует современным международным стандартам[9]:

- широко используются препараты с недоказанной клинической эффективностью и безопасностью при беременности — метионин, рибоксин, хофитол, эссенциале, Магне В6, растительные средства;
- часто назначаются нерациональные комбинации лекарственных средств;
- используются устаревшие схемы лечения;
- допускается полипрагмазия;
- не соблюдаются режим дозирования и длительность терапии (препараты железа и антибактериальные препараты);

и при этом:

- недостаточно применяются современные эффективные препараты (препараты железа, антигипертензивные, антибактериальные средства).

Можно ли совсем отказаться от лекарств?

Рекомендации некоторых авторов избегать применения любых препаратов во время беременности попросту нереалистичны — у беременных могут быть серьёзные заболевания, которые требуют активного лечения[10].

В аналитических обзорах ВОЗ и МЗСР РФ отмечается возрастание экстрагенитальной болезненности беременных на 28,3%. В общей структуре преобладают анемия (более 40%), заболевания мочевыводящей системы (21,2%), сердечно-сосудистой системы (17%), желудочно-кишечного тракта (19%). У каждой пятой беременной при обследовании выявляют инфекции, передаваемые половым путём. Исследования, проведённые в разных странах мира, продемонстрировали ответное увеличение потребления лекарств во время беременности (см. далее).

Доказанность vs традиционность

Патогенез многих заболеваний и осложнений беременности весьма разнообразен, поэтому в современном акушерстве широко применяется почти весь спектр разнообразных достижений современной фармакологии[11]. В то же время пересмотр с позиций доказательной медицины казавшихся незыблемыми положений исключил из арсенала применявшихся при лечении той или иной нозологической единицы десятки препаратов.

Тем не менее некоторые лекарственные средства, эффективность которых не доказана и которые не показали достоверного влияния на исходы беременностей, применяются и по сей день.

[С точки зрения безопасности, структура назначаемых лекарственных средств вызывает, возможно, даже бóльшую обеспокоенность, чем их количество]

ФОТО: ИТАР-ТАСС

[Пересмотр с позиций доказательной медицины казавшихся незыблемыми положений исключил из арсенала применявшихся при лечении той или иной нозологической единицы десятки препаратов]

Дело в том, что их неблагоприятное воздействие на состояние матери и плода также не доказано, однако на протяжении многих десятилетий эти препараты успешно использовались в традиционных для отечественной практики схемах терапии. Отказаться от них на общероссийском уровне не позволяет, в первую очередь, отсутствие психологической готовности беременных и консерватизм многих врачей акушеров-гинекологов[12].

Информационные джунгли — ориентация на местности

В настоящее время на территории РФ ведение и лечение беременных в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях осуществляется на основании приказов Минздрава РФ №323 от 05.11.1998 г. «Об отраслевых стандартах объёмов акушерско-гинекологической помощи» и №50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях».

Тем не менее в подавляющем большинстве случаев в стандартах лечения рекомендации по выбору конкретных препаратов не представлены. Это серьёзно затрудняет их использование и применение в клинической практике, когда врачу приходится делать выбор из большого числа лекарственных средств, представленных на фармацевтическом рынке.

Что касается отечественных руководств, то приводимые в них рекомендации по выбору препаратов для лечения различных осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний далеко не всегда основаны на данных, полученных в ходе клинических исследований высокого методологического качества.

Наиболее распространёнными в нашей стране источниками информации о безопасности лекарственных средств у беременных по-прежнему остаются, к сожалению, описание препарата в справочниках лекарственных средств или инструкции производителя по его применению при беременности. Однако зачастую в них содержатся стандартные малоинформативные фразы: «Безопасность для использования во время беременности не установлена», «Применять лишь в случаях, когда польза превышает потенциальный риск», «Использовать с осторожностью, особенно в I триместре» *etc*.[13] Более того — иногда имеющаяся информация независимых источников не совпадает с рекомендациями фирмы-изготовителя.

Также источниками информации могут служить рецензированная медицинская литература, профессиональные медицинские руководства, конференции и семинары. К сожалению, публикации в российских научных журналах в большинстве случаев поддерживаются фармацевтическими компаниями; при этом, в отличие от профессиональных зарубежных изданий, финансовая заинтересованность авторов в них не указывается.

На Западе этим целенаправленно занимаются различные некоммерческие организации. Наиболее известная из них — «Кокрановское сообщество» (с десятками филиалов в разных странах мира) — взяла на себя сбор, анализ, систематизацию и широкое распространение результатов клинических исследований. И это только один пример. Уже в 1990-х годах фактически во всех западных странах появились собственные мощные медицинские интернет-ресурсы. Сегодня, по оценкам экспертов, 99% полезной медицинской информации размещено на американских и европейских сайтах. Один из крупнейших в мире — сайт Национальной медицинской библиотеки США. И сейчас почти 100% врачей США и около 80% европейских врачей черпают нужную информацию из интернета.

Подробный обзор источников медицинской информации, находящейся в бесплатном доступе в интернете на английском и русском языках, приведён в статье «Точка доступа» (с. 63).

***

Беременность как физиологическое и психологическое состояние диктует женщине гораздо бóльшую ответственность за здоровье своего тела. Со своей стороны врач, учитывая действительно высокую болезненность нынешних беременных, из желания перестраховаться назначает «агрессивную» лекарственную терапию. В итоге слишком часто число принимаемых беременной лекарств превышает все разумные пределы.

Задача акушера-гинеколога в этой ситуации — информированно, ответственно и беспристрастно подойти к назначению каждого препарата, стараясь минимизировать их количество. SP

Примечание редакции. В нашем журнале мы будем регулярно печатать результаты международных качественных клинических исследований и выводы систематических обзоров по применению различных препаратов — во время беременности и не только. В текущем номере мы разместили обзоры по использованию во время беременности глюкокортикоидов (см. с. 52), гестагенов (см. с. 26).

Библиография: **www.praesens.ru**

Коллеги!

Коллектив авторов StatusPraesens благодарен за внимание, которое Вы посвятили нашему первому, вернее даже нулевому номеру! Мы будем гордиться, если этот журнал и его последующие выпуски войдут в Вашу личную медицинскую библиотеку, мы будем благодарны, если Вы сочтете возможным познакомить «друзей, товарищей и братьев» по профессии с нашим Изданием.

Следующий номер будет октябрьским: мы выпустим его в конце сентября, приурочив к традиционным научным событиям в мире российской гинекологии и акушерства. А после Нового года журнал станет ежемесячным, ведь в науке и практике так много достойного обсуждения!

Редакционная подписка уже открыта: достаточно оплатить по бланку и связаться по редакционным телефонам: **(495) 772-1182, (926) 533-0814, (926) 533-0884**
или через info@praesens.ru

p.s. «Почта России» вопреки слухам работает прекрасно: 105005, Москва, а/я 164

Извещение

Кассир

ООО «Медиабюро Статус презенс» (Получатель платежа)

ИНН/КПП 7731594440/773101001

Р/с получателя 40702810200000002552

Наименование банка получателя платежа ВТБ24 (ЗАО), Москва

БИК 044525716, Кор./сч. 30101810100000000716

Плательщик (Ф.И.О.)

Адрес плательщика:

Назначение платежа: Подписка на журнал StatusPraesens №1(2) 09 г. Октябрь

Сумма платежа: 240 руб. 00 коп. /в том числе НДС 10% 21,82 руб.

Плательщик (подпись): Дата: «_____» _____ 2009 г.

Квитанция

кассир

ООО «Медиабюро Статус презенс» (Получатель платежа)

ИНН/КПП 7731594440/773101001

Р/с получателя 40702810200000002552

Наименование банка получателя платежа ВТБ24 (ЗАО), Москва

БИК 044525716, Кор./сч. 30101810100000000716

Плательщик (Ф.И.О.)

Адрес плательщика:

Назначение платежа: Подписка на журнал StatusPraesens №1(2) 09 г. Октябрь

Сумма платежа: 240 руб. 00 коп. /в том числе НДС 10% 21,82 руб.

Плательщик (подпись): Дата: «_____» _____ 2009 г.

гестагеновая история

Гестагены при беременности: в поисках верного показания

Текст: А.Е. Панов

Самопроизвольное прерывание беременности и угроза невынашивания стоят в ряду наиболее важных проблем практического акушерства. В России самопроизвольно прерывается каждая пятая желанная беременность — 180 тыс. нерождённых детей в год. В нынешнем демографическом положении это очень чувствительные потери. При угрозе прерывания беременности либо при привычном невынашивании вследствие недостаточности лютеиновой фазы (недостаток эндогенного прогестерона) традиционно используют препараты прогестерона. Тем не менее дискуссионных вопросов по теме применения гестагенов во время беременности осталось ещё немало.

Чёткая логическая цепочка — дефицит прогестерона → недостаточное развитие эндометрия → невынашивание беременности — безусловно, требует восполнения указанного дефицита извне. Тем не менее, согласно официальным данным, дефицит прогестерона обнаруживается у женщин с ранним невынашиванием не так уж часто — не более чем в 12% случаев. Кроме того, эффекты экзогенно вводимого в виде лекарственного препарата прогестерона нельзя полностью отождествлять с эффектами собственного эндогенного прогестерона женщины[1]. Почему же тогда применение гестагенов при угрозе прерывания настолько прочно укоренилось в отечественных и зарубежных рекомендациях — независимо от истоков угрозы?

История открытий и разочарований

Новейшая история применения гестагенов во время беременности — яркий пример многотрудной работы мирового научного сообщества в поисках истины.

Начало нынешнего витка контраверсий было положено в 2003 г., когда в базе данных Кокрейновской библиотеки были опубликованы результаты метаанализа Oates-Whitchead R.M. и соавт., который и породил волну дискуссий по необходимости применения гестагенов. И дискуссии не утихают до настоящего времени.

Метаанализ объединил результаты 14 плацебо-контролируемых клинических испытаний, проводившихся с 1966 по 2003 гг., и 1988 женщин, вошедших в эти исследования. Главный вопрос состоял в том, насколько эффективен и безопасен прогестерон, назначаемый для профилактики невынашивания при различных клинических состояниях. Важно, что отдельного анализа использования прогестагена при развившемся угрожающем аборте предусмотрено не было. Результаты были ошеломляющими.

Авторы метаанализа сделали вывод о том, что терапия препаратами прогестерона никоим образом не сказывалась на частоте преждевременного прерывания беременности! Исключением оказалась только ситуация с привычным невынашиванием (три и более выкидыша в анамнезе), когда действительно была обнаружена достоверная разница между лечившимися женщинами и женщинами, получавшими плацебо либо не лечившимися вовсе. Это действительно было ударом — ведь получалось, что в течение 36 лет (!) акушеры-гинекологи назначали лекарства, которые были неэффективными. А ведь нередко врачи назначают прогестерон в очень высоких дозировках (от 200–300 мг микронизированного прогестрона до 800–1000 мг в случае беременности, наступившей после процедуры ЭКО). Нужно ли подвергать паци-

ентку такой лекарственной нагрузке? Через год, в 2004 г., в British Medical Journal был опубликован греческий метаанализ A. Sotriadis и соавт., который только добавил масла в огонь, показав отсутствие влияния прогестерона на предотвращение угрожающего аборта.

Развернувшиеся дискуссии касались в первую очередь дизайна этих метаанализов. Многие авторы называли его неудовлетворительным, поскольку метаанализы включали в себя слишком разнородные исследования. Например, в них использовались разные виды прогестагенов, различные дозы и пути введения препаратов. Также отличались критерии включения пациенток в эти исследования, в некоторых из них прогестерон начинали использовать до того, как было подтверждено наличие сердечной деятельности у плода. Кроме того, не все исследования, включённые в метанализ, были рандомизированными. Всё это могло повлиять на полученные статистические результаты, поскольку известно, что примерно в половине случаев раннего прерывания беременности оно обусловлено наличием у плода генетических дефектов, несовместимых с возможностью дальнейшего развития. Научная общественность склонялась к необходимости дальнейшего изучения вопроса.

Между тем в 2001 г. были опубликованы данные небольшого проспективного рандомизированного клинического исследования, 86 участниц которого принимали дидрогестерон*, а 60 — просто соблюдали постельный режим. У всех пациенток был диагностирован угрожающий аборт; сроки беременности составляли от 2,5 до 6 нед. Терапию начинали при появлении кровянистых выделений из половых путей и продолжали ещё в течение 1 нед после их прекращения. Как показали результаты исследования, количество выкидышей в группе пациенток, принимавших дидрогестерон, было достоверно меньшим, чем в контрольной группе (17,4 и 25,1% соответственно).

В 2005 г. были опубликованы результаты ещё одного рандомизированного клинического исследования. В нём принимали участие пациентки с угрожающим абортом и сроком беременности до 13 нед; 80 женщин принимали дидрогестерон*, 74 — составили контрольную группу. Анализ полученных данных показал статистически достоверное снижение частоты выкидышей на фоне приёма дидрогестерона: она составила лишь 4,1%, в то время как в контрольной группе — 13,8%[2].

Существуют 12 обязательных критериев для проведения исследований эффективности различных методов лечения привычного невынашивания беременности. К примеру, если исследование посвящено изучению эффективности терапии одной предполагаемой причины привычного невынашивания, из исследования должны быть исключены все, у кого этой причины нет. В настоящий момент ни одного исследования, полностью соответствующего этим критериям, не опубликовано[3], поскольку потеря беременности вследствие какой-либо одной причины встречается крайне редко; чаще всего невынашивание обусловлено целым комплексом проблем.

Основной акцент

За последние годы нарастает число научных работ, посвящённых другому аспекту роли материнского прогестерона при беременности, а именно — его влиянию на иммунный ответ. Сегодня всё больше исследователей приходят к выводу о тесной взаимосвязи и взаиморегуляции между эндокринной и иммунной системами, которые реализуются в эндометрии на ранних этапах имплантации[4,5,6,7].

Любой лекарственный препарат после синтеза сначала подвергают доклиническим испытаниям на лабораторных животных. Далее начинается фаза клинических испытаний: I фаза — исследования препаратов на здоровых добровольцах, II фаза — на пациентах с конкретным заболеванием, III фаза — на больших группах больных, исчисляемых тысячами. После успешного завершения III фазы препарат может получить одобрение официальных инстанций. IV фаза — постмаркетинговая, уже после регистрации препарата. На основании результатов IV фазы клинических испытаний безопасность и эффективность лекарства могут периодически пересматриваться.

Хронический аутоиммунный эндометрит — причина невынашивания, в 2 раза более значимая, чем дефицит прогестерона. Именно эту проблему обсуждали как заглавную на пленарном заседании последнего Всемирного конгресса акушеров-гинекологов (FIGO, 2006)[1].

Прогестерон — один из основных гормонов, который ингибирует опосредованную через Т-лимфоциты реакцию отторжения плода (Сидельникова В.М., 2002). В лимфоцитах периферической крови присутствуют рецепторы к прогестерону, причём их доля возрастает по мере увеличения срока гестации (Szekeres-Bartho J., 2001).

Эндогенный прогестерон, взаимодействуя с рецепторами $CD8^+$ Т-лимфоцитов, увеличивает выработку последними прогестерон-индуцированного блокирующего фактора (PIBF). Он воздействует на естественные киллерные клетки (NK) и направляет иммунный ответ матери на эмбрион в сторону менее активных NK-клеток — больших гранулярных лимфоцитов ($CD56^+16^-$). В присутствии этих клеток иммунный ответ матери реализуется через Т-хелперы не 1-го, а 2-го типа, которые продуцируют регуляторные цитокины.

В условиях хронического эндометрита иммунная система, безусловно, настроена на выработку достаточного количества противовоспалительных цитокинов (функция Т-хелперов 1-го типа). А последние оказывают прямое эмбриотоксическое действие, нарушают процессы инвазии. В итоге — тромбозы,

* «Дюфастон®».

инфаркты трофобласта и ранние выкидыши. Вполне понятно, что прогестерон, дающий команду иммунному ответу переориентироваться с 1-го типа Т-хелперов на 2-й, способствует сохранению беременности.

Подобный механизм действия лежит в основе применения на ранних сроках беременности гестагенных препаратов (например, дидрогестерона).

Опыт коллег

Отделение невынашивания беременности Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова можно по праву назвать российским мозговым центром по проблеме преждевременного прерывания беременности. Невзирая на все научные перипетии, гестагены, и в первую очередь дидрогестерон*, применяются в этом отделении уже более 10 лет. Основными поводами для назначения гестагенов ведущие его специалисты называют такие[8].

1. Привычная потеря беременности вследствие недостаточности лютеиновой фазы гормонального цикла.
2. Привычная потеря беременности, обусловленная наличием хронического эндометрита.
3. Невынашивание беременности, обусловленное тромбофилией.
4. Угроза прерывания беременности при наличии ретрохориальной гематомы.
5. Наличие антител к прогестерону — в этом случае применение дидрогестерона, несколько отличающегося по молекулярной структуре от прогестерона, позволяет «увести» его от воздействия антител и добиться нужного гестагенного эффекта. Антитела к прогестерону имеют до 42% женщин с привычным невынашиванием, причём у 10% из них эти антитела определяются в высоком титре.
6. Невынашивание вследствие несовместимости супругов по антигенам системы гистосовместимости (в комплексе терапии).

Тесная связь продукции прогестерона с невынашиванием беременности известна давно, а использование гестагенных препаратов при угрозе прерывания беременности насчитывает не один десяток лет. И лишь в последние годы раскрыты основные, прежде всего — иммунные, механизмы осуществления гестагенами их защитной функции в отношении плода.

Так, применение дидрогестерона* в ранние сроки беременности (при наличии показаний) благодаря его гестагенному и иммуномодулирующему эффекту способствует не только сохранению беременности, но и нормальному формированию плаценты, профилактике фетоплацентарной недостаточности и снижению частоты тяжёлых гестозов.

В этом случае в результате адекватной гестагеновой поддержки в ранние сроки беременности снижается риск преждевременных родов, и вопрос о применении препаратов прогестерона в сроки более 20 нед беременности становится неактуальным. SP

Библиография: **www.praesens.ru**

* «Дюфастон®».

Гестаген с сюрпризом

Среди разнообразных гестагенных препаратов есть один, стоящий особняком — это дидрогестерон, известный под торговым названием «Дюфастон®». История его применения в акушерстве и гинекологии насчитывает уже 40 лет.

В чём же особенности дидрогестерона*? Самое главное заключается в его химической структуре. Это аналог природного прогестерона, но получают его не на основе тестостерона, а путём химической модификации растительного сырья — сои и диоскореи. Именно поэтому он не обладает побочными эффектами, характерными для большинства синтетических прогестагенов — так называемых андрогенных прогестагенов. Дидрогестерон не обладает эстрогенной, андрогенной, анаболической, глюкокортикоидной и термогенной активностью. Кроме того, химическая модификация повысила биодоступность дидрогестерона по сравнению с прогестероном в 10 раз (что дало возможность применять его в низких дозах) и позволила ему «уходить» от воздействия антител к прогестерону, которые обнаруживают у 42% женщин с привычным невынашиванием.

Дидрогестерон («Дюфастон®») является уникальным гестагеном для сохранения беременности, та как благодаря высокому сродству к рецепторам прогестерона оказывает как гестагенное, так и иммуномодулирующее влияние на систему «мать—плод» аналогично эндогенному прогестерону. Дидрогестерон — это единственный гестаген, иммунологическое действие которого подтверждено в официальных международных исследованиях.

Являясь прогестагенным компонентом ЗГТ в менопаузе, дидрогестерон* не препятствует положительному воздействию эстрогенов на липидный профиль крови. При этом дидрогестерон не оказывает влияния на показатели коагуляции. Не оказывает он отрицательного влияния и на метаболизм углеводов и функцию печени.

Диоскорея (лат. Dioscorea) — род растений семейства диоскорейные, включающий в себя около 600 видов, распространённых повсюду в тропических областях планеты. Несколько видов произрастают также в тёплых умеренных областях. Название роду дано по имени греческого врача Диоскорида.

Дюфастон®
дидрогестерон

Создан для успешной беременности

- **Чистое прогестагенное действие**
- **Высокая эффективность в низких дозах**
- **Безопасен для матери и плода во время беременности**

www.solvay-pharma.ru **www.zdoroviedevochki.ru** **www.beremennost.info**

Регистрационное удостоверение в России: П № 011987/01

На правах рекламы

техно будущее сегодня

УЗИ видит насквозь

Ультразвуковые технологии Hitachi

Что мы знаем о корпорации Hitachi? Знаем, что Япония. Знаем, что производят бытовую технику — телевизоры, кондиционеры, пылесосы, хлебопечки, холодильники и т.д. Ещё возможно, что кто-то, заметив внушительный и по-своему изящный экскаватор, интересовался, кто производитель, и с удивлением обнаруживал надпись HITACHI. Вот, пожалуй, и всё.

А между тем Hitachi — одна из мощнейших корпораций в мире: в общемировом рейтинге компаний 2006 г. Hitachi занимала 48-е место. Неудивительно, что в один прекрасный момент компания решила всерьёз заняться медицинской техникой.

Начинали они в 1910 г. с производства первого в Японии электрического двигателя мощностью 5 л.с. Теперь Hitachi производит, помимо бытовой техники, сверхскоростные поезда (достигают скорости 285 км/ч), мощную и эффективную строительную технику, оборудование для энергетики и промышленности, микроэлектронику, телекоммуникационные системы, высокофункциональные материалы и компоненты… Вобщем, гигант не только японской — общемировой промышленности. Секрет успеха компании кроется в простой идее — выявлять и изучать потребности современного общества и при разработке продукта «играть на опережение», прогнозируя, в какую сторону эти потребности будут развиваться.

Модель ультразвукового сканера Hi Vision Preirus — одна из самых современых. Помимо удобства и различных технологических новинок, в него встроены две функции — HI RTE (real-time tissue elastography — эластография в режиме реального времени) and HI RVS (Real-time virtual sonography — виртуальная сонография в реальном режиме времени). Отличное качество изображения уже на ранних сроках беременности видно даже неспециалисту.

В I триместре у худощавых женщин возможна чёткая детальная визуализация даже без наполнения мочевого пузыря при трансабдоминальном исследовании с помощью экспертного микроконвексного высокочастотного датчика EUP-C532, который также имеет 192 элемента и поддерживает все режимы сканирования. Качество изображения при этом приближается к трансвагинальному УЗИ.

На правах рекламы.

HITACHI
Inspire the Next

О медицинской технике Hitachi знают пока до обидного мало. А ведь сконструирована она в соответствии с той же самой глобальной идеей — изучать потребности общества (врачей и пациентов). И опережать их.

Острота зрения в акушерстве

Одна из главных сложностей ультразвукового сканирования — чёткая и детальная визуализация всех анатомических структур. Особенно это важно на ранних сроках беременности, когда нужны точная оценка течения беременности, раннее выявление её осложнений, диагностика эктопической беременности.

Чтобы «удовлетворить потребности» — повысить пространственную и контрастную разрешающую способность, оптимизировать диагностический процесс — фирма Hitachi Medical Corporation разработала и внедрила ряд инновационных технологий. В названии практически каждой из них используются две буквы — «HI». Именно эти буквы объединяют слова «Hitachi» и «high» (*англ.* высокий, высшая точка).

- HI Compound (*англ.* compound — составной, сложный) — составное многолучевое сканирование для подавления некоторых артефактов и геометрических искажений, повышения контрастной разрешающей способности.
- HI Rez+ (rez — видоизм. разрешающая способность) — адаптивный фильтр в реальном времени подавляет зернистость и шумы, подчёркивает границы и контуры органов и патологических образований.
- HdTHI (*англ.* High definition Dynamic Tissue Harmonic Imaging — визуализация тканей с гармоникой высокого разрешения) — тканевая гармоника третьего поколения, обеспечивает повышение пространственного разрешения при сохранении проникающей способности, равномерность визуализации по глубине.
- Coded — кодированное сканирование для повышения проникающей способности на высокочастотных датчиках, в том числе и внутриполостных.
- HI-RTE (*англ.* Real-time Tissue Elastography — эластография в реальном режиме времени) — соноэластография позволяет с помощью цветового картирования оценить соотношение «жёсткость—эластичность» нормальных анатомических структур и патологических образований.
- HI Support (*англ.* поддержка, помощь) — автоматическая оптимизация изображения в B-режиме и режима допплеровского спектра.

Совокупность данных этих передовых технологий называется HI VISION — визуализация высшего уровня.

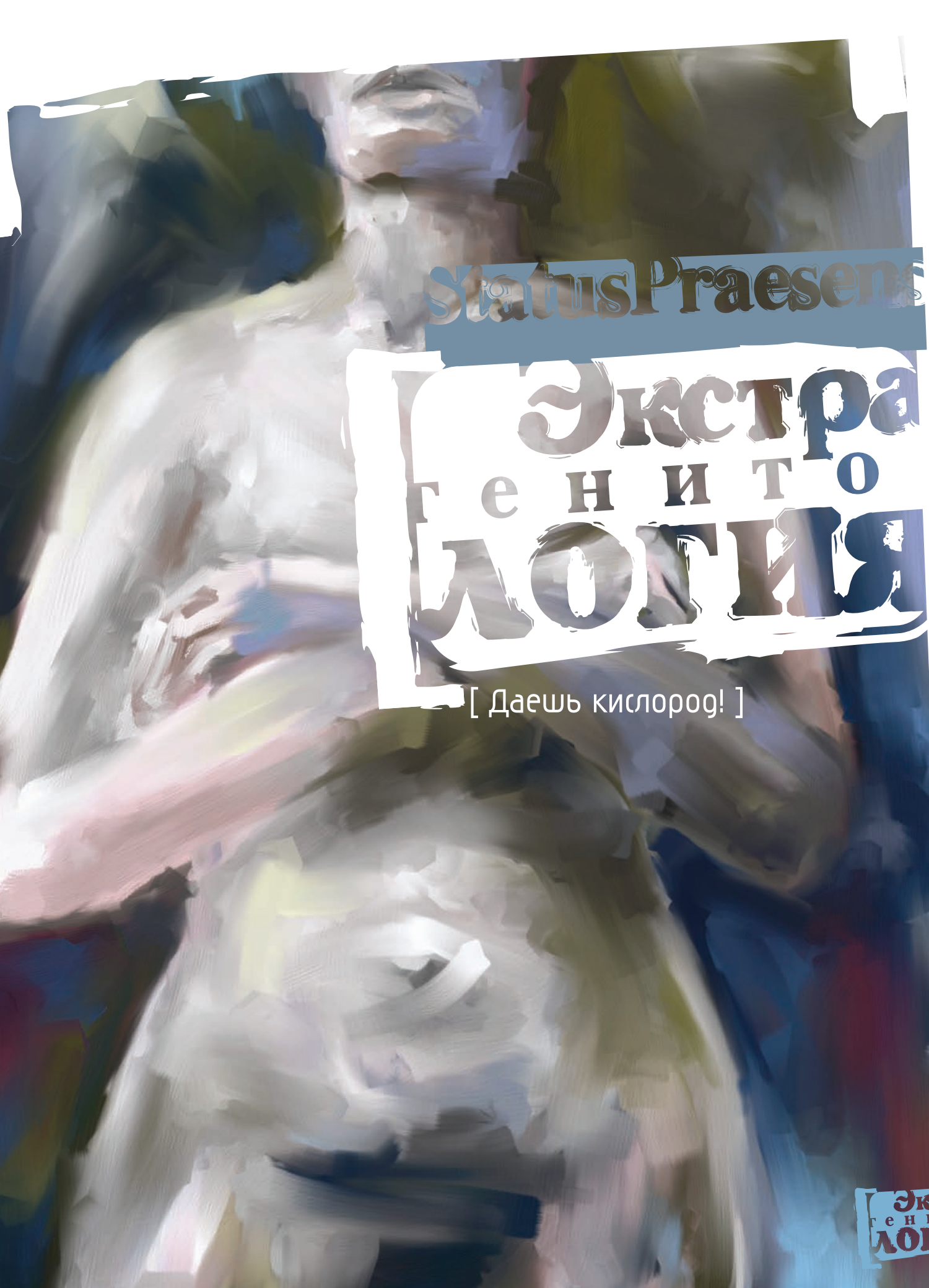
Все модели УЗ-сканеров Hitachi — полностью цифровые, могут работать как в обычной компьютерной, так и DICOM-сети, позволяют сохранять и передавать статические изображения и видеоклипы в стандартных цифровых форматах. Конечно, комплектующие и сборка — только японские. SP

Основную диагностическую информацию на ранних сроках беременности получают с помощью трансвагинального УЗИ. Поэтому стоит отдельно остановиться на уникальном внутриполостном датчике экспертного уровня EUP-V53W. При радиусе кривизны рабочей поверхности всего в 10 мм этот датчик содержит 192 элемента — а это обеспечивает высокую плотность УЗ-лучей и, соответственно, высокую пространственную разрешающую способность. Сектор сканирования в 200° позволяет уменьшить число тракций датчиком, сократить время исследования, что значимо при ряде патологических состояний. Датчик поддерживает все вышеуказанные передовые режимы сканирования.

В соответствии с современными тенденциями Hitachi Medical Corporation производит специальные объёмные датчики для исследования в режимах 3D/4D — как для трансабдоминальных исследований, так и внутриполостные.

При лапароскопических операциях по поводу эктопической беременности для уточнения технических деталей успешно применяют лапароскопический датчик EUP-OL531 с рабочим каналом. Датчик поддерживает все виды допплеровских режимов и инновационные технологии сканирования HI VISION. Теперь вы уже знаете, что это такое.

На правах рекламы.



Status Praesens

Экстра генито логия

[Даешь кислород!]

даёшь кислород!

Анемия во время беременности: есть над чем задуматься

Текст: доц. С.В. Апресян

Копирайтинг:
к.м.н. С.А. Маклецова,
к.б.н. Е.В. Брагина

Высокая экстрагенитальная заболеваемость. Большая беда современного российского акушерства. Цифры выглядят нехорошо: к юношескому возрасту 82% девушек-подростков имеют какое-либо заболевание, а зачастую и не одно. А в больном организме не может быть здоровой беременности... Особенно когда дело касается такой важной функции, как адекватная доставка кислорода к развивающимся плоду и плаценте, а также, как выяснилось, — к не менее активно развивающейся плацентарной площадке матки. Если не удовлетворять эти колоссальные потребности и позволять ситуации накаляться до состояния острого дефицита, катастрофа неизбежна.

Казалось бы, всё просто: нужно проводить профилактику и лечение железодефицита и дифицита белка — и всё встанет на свои места. Однако на практике это «казалось бы» оправдывается не всегда. Особенно в тех частых случаях, когда возникший дефицит далёк от градации «тяжёлый».

Проблема «анемия + беременность» всегда порождала и порождает по сей день множество противоречий: что считать анемией?.. каковы критерии её диагностики?.. каково истинное распространение ЖДА при беременности?..

Противоречивые данные о частоте происходят, во-первых, от использования различных классификаций анемий, согласно которым анемию нужно ставить при Hb меньше 120 г/л. Или 110 г/л… Или даже 100 г/л… Или…

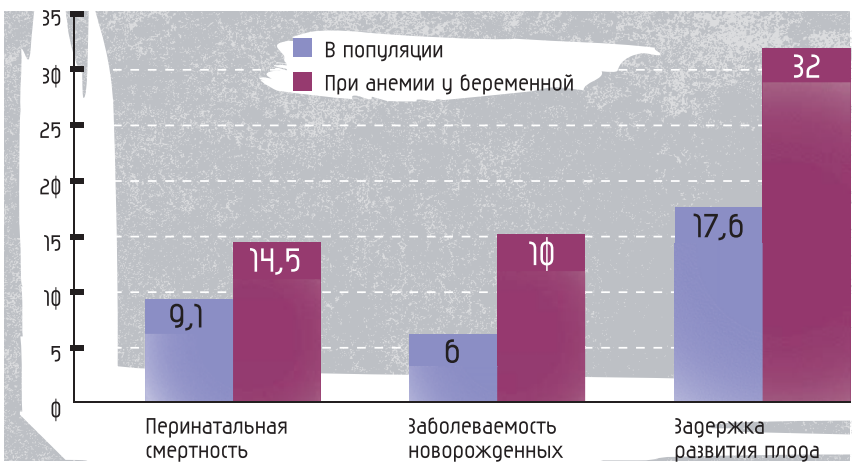
Именно поэтому такой разброс по данным статистики — считают, что в современных условиях анемия развивается у 15–90% (!) беременных. Например, по данным 2001 г. И.С. Сидоровой с соавторами, встречаемость ЖДА при беременности — от 49 до 88%.

Однако есть и «во-вторых» — железодефицит в конце беременности возникает у каждой женщины, отражая естественный процесс расхода запасённого железа на построение большого объёма новых тканей. И остаётся непонятно, стоит ли назначать железо каждой беременной. Неясно также, как железо будет влиять на физиологически запрограммированную гемодилюцию и развитие плода.

Литературные источники противоречивы, при этом приказы Минздрава неукоснительно требуют соблюдения инструкций. Всё это вкупе сильно запутывает врачей женских консультаций и приводит либо к необоснованному лечению, либо к отказу от лечебных мероприятий при их острой необходимости.

В поддержку идеи тотально восполнять и профилактировать дефицит железа обычно указывают, что ЖДА страдают

Влияние анемии на перинатальные потери



Современный российский танк Т-90. 48 тонн. В пересчёте на потребление препаратов железа и за вычетом нежелезных частей такого танка хватит россиянам примерно на 12 лет.

200 млн человек в мире, а скрытый железодефицит наблюдается у 30% жителей Европы и России. Вполне естественно стремление врача уменьшить этот дефицит, улучшить качество беременности. Отражая благие намерения врачей, Россия за год потребляет в составе лекарств 3 т железа (П.А. Воробьёв).

Призывая врача задуматься о целесообразности такого подхода, нелишним будет вспомнить, как в 70–80-е годы прошлого столетия в Среднюю Азию тоннами шли составы с препаратами железа. Исправило это ситуацию? Нет! И по сей день частота анемии в этих странах — одна из самых высоких на постсоветском пространстве.

На фоне традиционного знания совершенно по-особому воспринимаются новые данные некоторых исследователей с такими, например, выводами:

*«...Высокий уровень гемоглобина при беременности — это сигнал опасности...»**

*«...Совершенно нормальная гематологическая адаптация к беременности (гемодилюция, проводящая к «физиологической анемии») часто неправильно интерпретируется как требующая коррекции недостаточности железа...»***

И тут же всплывает закономерный вопрос: не может ли дефицит железа у беременных быть биологическим преимуществом, и более того — не являются ли высокие значения гемоглобина в крови и массовая железопрофилактика у беременных «воротами» в гестоз? Этот посыл послужил началу работы по исследованию взаимоотношений между анемией, гестозом и применяемыми беременными препаратами железа.

[За исключением истинной анемии, самая лучшая картина развития беременности связана с уровнем гемоглобина, который традиционно считается патологически низким...]

За последние годы наметилась ещё одна причина для беспокойства по теме «ЖДА + беременность» — данные двух хорошо проверенных клинических испытаний, показавших, что приём пищевых добавок железа сопровождается учащением преждевременных родов и низкой массой новорождённых.

После I триместра беременности ни добавки железа, ни добавки фолатов уже не оказывают положительного влияния на последующее течение беременности и родов или состояние плода. Это касается даже таких сложностей, как гипертензия с протеинурией, дородовые и послеродовые кровотечения, преждевременные роды и мертворождение.

Текущий вывод научного изучения проблемы можно сформулировать так: за исключением истинной анемии, самая лучшая картина развития беременности связана с уровнем гемоглобина, который традиционно считается патологически низким.

В Финляндии, стране, занимающей одно из первых мест по потреблению мяса на душу населения, половина населения, включая детей, анемична, но перинатальная смертность — одна из самых низких. Может быть, стоит перенять опыт?

Анемия как болезнь

Развёрнутую анемию в акушерском контексте следует рассматривать как универсальное циркуляторное заболевание. Развившееся до беременности и во время неё, оно приводит к таким же универсальным и далеко не всегда учитываемым в практической деятельности изменениям сразу во многих системах организма женщины — сосудистой, иммунной (!), эндокринной *etc*.

Однако в той же степени, если не сильнее, страдает плод — будущий ребёнок. Выяснилось, что у новорождённых, чьи матери страдали во время беременности развёрнутой анемией (никоим образом не связанной с инфекционными патогенами), риск реализации инфекций в перинатальном периоде гораздо выше, если их сравнивать с детьми женщин, имеющих действительно инфекционное заболевание — пиелонефрит.

Развёрнутая анемия приводит к осложнённому течению беременности, и в первую очередь — к плацентарной недостаточности. Именно поэтому, а также в силу своей высокой распространённости анемия беременных — основная причина недонашивания, рождения маловесных детей и гибели плода. Распространённость

* Villar J., Bergsjm P.

** Руководство по эффективной помощи при беременности и родах: Пер. с англ. / Под ред. Э. Энкин. — СПб.: Нордмед-Издат, 1999. — С. 51.

[Говоря об отрицательном воздействии анемии на течение беременности, авторы многих работ не уточняют одного немаловажного обстоятельства: а получали ли беременные на фоне анемии препараты железа?!]

анемии, несмотря на усилия научного и врачебного сообщества, не сокращается. Более того, за последние 20 лет в СНГ в целом и в России в частности число беременных с анемией продолжает расти.

Анемия, конечно же, сказывается на перинатальных потерях и заболеваемости новорождённых неблагоприятно — см. выше.

Однако и здесь без контраверсий не обходится. Говоря об отрицательном воздействии анемии на течение беременности, авторы многих работ не уточняют одного немаловажного обстоятельства: а получали ли беременные на фоне анемии препараты железа?! Ведь сегодня беременных, которым не назначались бы противоанемические препараты, — уже почти нет…

Всё-таки железо или белок?

До последнего времени считалось, что анемия при беременности в подавляющем большинстве (около 80%) связана с недостатком железа. Однако сравнительно недавно было доказано, что при низких показателях гемоглобина весьма часто содержание железа и трансферрина в крови оказывается нормальным! На сегодня следует признать — анемия у беременных в гораздо большей степени, чем предполагалось ранее, связана с алиментарными факторами. А именно — с дефицитом белка.

Анемия вследствие белкового дефицита сопряжена с нарушением молекулярных механизмов синтеза белка в самой плаценте, что позволяет утверждать: недостаточное и не сбалансированное по нутриентам питание во время беременности способно привести и часто приводит к недостаточности функций плаценты.

В таких ситуациях анемия и плацентарная недостаточность являются следствием общей причины — недостатка строительных материалов для самых разных белков. С одной стороны, нарушается продукция общих белков организма — гемоглобина, белковых транспортных соединений (обеспечивающих транспорт железа, связывающих железо в депо), эритропоэтина и белков эритропоэза, а также гормонов и ферментов (тканевых и желудочно-кишечного тракта). С другой стороны, от недостатка поступления аминокислот страдает и развивающаяся фетоплацентарная система. Недостаток кислорода вследствие недовыполнения своих задач эритроцитами только усугубляет расстройства в плаценте.

Неэффективная стимуляция эритропоэза при железозаместительной терапии в ряде случаев объясняется, по-видимому, уже упомянутыми изменениями в действии гемопоэтического фактора роста — эритропоэтина. К числу основных функций этого белка относятся стимуляция пролиферации эритроидных клеток костного мозга, поддержание их жизнеспособности, регуляция синтеза гемоглобина. Показано, что при беременности может иметь место синдром неадекватной продукции эритропоэтина.

Если железодефицит

И всё же дефицит железа — наиболее частая причина. Этот микроэлемент, помимо связывания кислорода в составе гемоглобина, принимает участие в синтезе 13 ферментных систем организма. Вот почему симптоматика дефицита железа проявляется наиболее отчётливо.

Известно более 10 нарушений обмена железа, приводящих к развитию железодефицитных состояний. Наиболее значимы из них — два.

1. С помощью радиоактивной метки показано, что 90% железа всасывается в двенадцатиперстной кишке и только 10% — в верхних отделах тонкого кишечника. В результате воспаления, аллергического отёка слизистой оболочки, лямблиоза, инфицированности Helicobacter jeuni, при кровотечениях процессы всасывания железа нарушаются.
2. Нарушение перехода $Fe^{3+} \rightarrow Fe^{2+}$ из-за дефицита андрогенов, аскорбиновой кислоты, атрофического гастрита.

Между тем железодефицитные состояния при беременности ставят перед врачом две большие проблемы. Первая — необходимость в каждом случае разделения железодефицита, в любом случае возникающего при беременности, и уже развившейся ЖДА. Вторая — потребность каждый раз взвешивать, что опаснее для матери и плода — собственно железодефицит или чрезмерное поступление железа в виде лекарственных средств. Однозначных критериев для решения этих двух сложных вопросов на сегодня нет, хотя это позволило бы оптимизировать применение препаратов железа с целью ликвидации железодефицита, нормализации течения гестационного процесса,

ФОТО: ИТАР-ТАСС

По сути две из каждых трёх беременных имеют клинические проявления железодефицита.

родов, послеродового периода, а также для снижения заболеваемости новорождённых.

Кто особенно рискует?

Рискуют, конечно же, жительницы эндемичных по анемии регионов, где причин, способствующих анемизации, может быть множество — климат, особенности питания, связанные как с ограниченностью доступных продуктов, так и с национальными традициями, уровень экономического развития etc. Анемизация женщин в таких областях может достигать 100%. Яркий пример — Малайзия, где у беременных анемию находят особенно часто, причём преимущественно у индианок и малайзиек.

Ещё один фактор риска — частые роды, короткие интервалы между ними (короткий интергенеративный интервал). Вполне объясним повышенный расход железа также при многоплодной беременности.

Кроме того, рискуют женщины с урогенитальными инфекциями. Применительно к последнему фактору риска нужно отметить, что роль хронических воспалительных процессов при развитии анемии во многих отечественных публикациях в целом недооценивается. А между тем этот фактор настолько важен, что для его обозначения был выделен даже специальный термин — «инфект-анемия», которая составляет около 4% всех анемий у беременных. В развитии инфект-анемии доказана, например, роль парвовируса 19-го типа. Этот вирус обладает тропизмом к эритропоэтину, а персистенция вируса во время беременности приводит к внутриутробной гибели плода.

Для клиницистов же особенно важен тот факт, что инфекционное происхождение анемии может быть причиной стойкой неэффективности препаратов железа.

Где тонко, там и рвётся

Женский организм при возникновении в нём беременности подвергается серьёзному испытанию на прочность. Кроветворная система — не исключение. Как уже указывалось выше, в среднем половина беременностей характеризуется реализованным сбоем эритропоэза. Итак, *locus minoris resistentiae* красного ростка крови в организме беременных таковы.

Органы кроветворения. Мощные процессы перестройки плацентарного маточного ложа, необходимость выделения отходов жизнедеятельности «за двоих» приводят к тому, что продукты межуточного обмена оказывают на костный мозг токсическое воздействие.

Это воздействие усугубляется иммунными изменениями в организме беременной — материнский организм постоянно стимулируется чужеродными антигенами развивающегося плода (вследствие чего угнетается Т-клеточное звено иммунитета, нарастает противотканевая сенсибилизация, накапливаются мелкодисперсные иммунные агрегаты, снижается общее количество лимфоцитов).

Немаловажный фактор — физиологическое изменение гормонального баланса, характеризующееся ростом выработки эстрадиола, который угнетает эритропоэз.

А если, кроме перечисленных физиологических влияний, добавляется экстрагенитальная патология — ревматизм, пороки сердца, пиелонефрит, гепатит — гемопоэз не выдерживает натиска и сдаёт свои позиции.

Депо железа. Вполне очевидно, что даже при физиологически протекающей беременности запасы железа (в печени, мышцах, костном мозге) расходуются. Особенно это заметно при частых беременностях и родах, многоплодной беременности. А если ещё наслаивается недостаток поступления или усвоения железа — анемия такой женщине обеспечена. В первую очередь рискуют беременные, постоянно «сидящие» на диетах, например вегетарианской. У женщин с гинекологическими заболеваниями, которые сопровождаются обильными менструациями или маточными кровотечениями (эндометриозом, миомой матки), запасы железа в организме невелики изначально.

В отношении усвоения железа опасны ранние токсикозы — они препятствуют всасыванию в желудочно-кишечном тракте железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения. А при заболе-

Новости с переднего края микронауки

Инвазия цитотрофобласта вглубь маточной стенки — сложнейший процесс, отработанный за миллионы лет эволюции. Молекулярные механизмы инвазии сейчас только начинают раскрываться.

Во время первой волны инвазии, которая приходится на 6–8-ю недели гестации, спиральные артерии маточной стенки (их отделы, расположенные в толще эндометрия) подвергаются мощной перестройке: лизируются компоненты артериальных стенок — эндотелий, гладкомышечные клетки, волокна эластина и коллагена, за счёт чего постепенно увеличивается просвет артерий. После перестройки спиральные артерии неузнаваемо меняются, и их даже начинают иначе называть — маточно-плацентарными. Главная цель такой перестройки — последовательное увеличение объёма маточно-плацентарного кровотока, что обеспечивает оптимальные условия для развития плода.

Вторая волна инвазии, которая видоизменяет сегменты артерий, расположенные глубже, — внутри миометрия, — происходит на 16–18-й неделях внутриутробного развития.

Процесс перестройки, безусловно, энергозатратный. А поскольку для обеспечения клеток энергией нужен кислород, его дефицит в условиях анемии не может не отражаться на качестве и скорости подготовки стенки матки к адекватному кровоснабжению растущего плода.

Как оказалось, недостаток кислорода в этот действительно критический период меняет картину даже сильнее, чем того можно было ожидать. Мягкий термин «ангиопатия» описывает катастрофические изменения далеко не полностью.

ваниях печени нарушаются процессы накопления железа в организме и его доставка с кровью к соответствующим органам.

Наличие в организме в нужных количествах витамина B_{12}, фолиевой кислоты и белка. При их дефиците страдают синтез и построение гемоглобина, главного эритроцитарного белка.

Как развёрнутая анемия осложняет гестацию

Независимо от причины, развёрнутая анемия на течении беременности сказывается крайне неблагоприятно. И, как ни странно, не только за счёт страдания эмбриона и плода от недостатка поступающего кислорода. На передний план при анемии выходит другой механизм — гипоксия тканей матери, и в первую очередь плацентарной площадки матки.

Вот почему анемия, в первую очередь та, которая уже существовала до беременности, так сильно влияет на перинатальные потери и заболеваемость новорождённых.

При анемии беременность развивается в неполноценном эндометрии на фоне формирующейся недостаточности функций плацентарного ложа матки и хориона (плаценты). Выраженная ангиопатия спиральных, а впоследствии маточно-плацентарных артерий приводит к снижению выработки оксида азота, сохранению эластичности и отсутствию прироста диаметра этих сосудов, которое при беременности должно происходить в обязательном порядке.

Вполне объяснимо, что главное осложнение гестации при истинной анемии — первичная плацентарная недостаточность. Причём наибольший вред наносит анемия, развившаяся ещё до беременности.

В I триместре недостаточность функции плацентарного ложа выливается в недоразвитие амниона и хориона, низкую плацентацию и предлежание плаценты, угрозу прерывания беременности и неразвивающуюся беременность.

Во II триместре плацентарная недостаточность на фоне анемии ассоциирована с угрозой прерывания беременности, собственно преждевременным прерыванием (поздним самопроизвольным выкидышем и преждевременными родами), задержкой развития плода, чаще по асимметричному типу, гипоксией плода, преждевременной отслойкой плаценты и гестозом.

Во время родов хроническая нехватка кислорода проявляется гипотонией и слабостью родовой деятельности у 10–15% рожениц. Послеродовый период осложняется гнойно-септическими заболеваниями у 12% и гипогалактией — у 38% родильниц.

Такое грозное осложнение, как кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, при анемии беременных возникает также довольно часто.

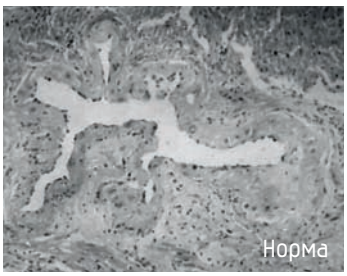
У женщин с анемией чаще рождаются дети с малой массой тела, признаками внутриутробной гипотрофии. До 29% новорождённых рождаются в состоянии асфиксии. Анемии беременных являются фактором риска, оказывающим влияние на становление функции внешнего дыхания у новорождённых — а это риск синдрома дыхательных расстройств у новорождённых и синдрома внезапной смерти младенца.

Тем не менее высокая перинатальная смертность присуща только тяжёлому течению болезни. Факт неблагоприятного влияния анемии у матери на развитие ребёнка после рождения в настоящее время бесспорен. Дети плохо прибавляют в весе, чаще болеют инфекционными заболеваниями, у них страдает гуморальное звено иммунитета etc. Всё это позволяет отнести детей, родившихся от матерей с анемией, к группе высокого риска по развитию болезней в перинатальном периоде и младенческом возрасте.

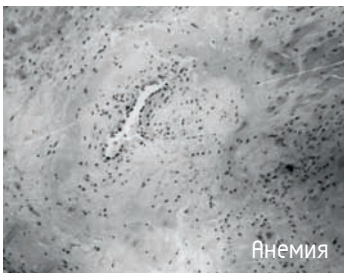
Кстати, это может стать хорошим аргументом для женщин, отказывающихся менять диету и проводить лечение анемии.

Морфологические особенности плацентарного ложа

Нормальная беременность — стенка матки (область плацентарного ложа)



Нормальные гестационные изменения сегмента спиральной артерии, расположенного в миометрии, — в первую очередь мы видим изменение стенок артерии, которые утратили свою эластичность (видно, как они «складываются гармошкой» и звездообразно выступают внутрь просвета), и широкий просвет артерии, который способен обеспечить полноценный приток крови.



Беременность при анемии — стенка матки (область плацентарного ложа)

Необходимые гестационные изменения спиральной артерии не произошли — просвет сосуда узкий, а эластичность стенок сосуда сохранена.

Классическая картина

- Вялость, общая слабость
- Бледность кожных покровов и слизистых оболочек
- Субиктеричность склер, области носогубного треугольника, ладоней
- Отёчность
- Ломкость волос и ногтей
- Патологическая пигментация кожи
- Шумы при аускультации сердца
- Хейлит (заеды)
- Вздутие живота, болезненность при пальпации желудка, тонкой и толстой кишки
- Жидкий стул
- Жжение и зуд вульвы

Стратегия и тактика. Предупреждаем и лечим

Без определения типа анемии и причины её возникновения лечить всех женщин по одной схеме бесполезно. Однако очень часто при обнаружении сниженного количества гемоглобина пациентке назначают антианемические средства — препараты железа, цианокобаламин, переливание крови. Лечение нельзя начинать, имея только общий анализ крови!

Каковы же показания для назначения препаратов железа с лечебной целью при беременности?

Только железодефицитная анемия! А это означает такой профиль лабораторных характеристик: снижение Hb ниже 100 г/л, цветовой показатель менее 0,83–0,8, концентрация сывороточного железа ниже 9 мкмоль/л, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки до 90 мкмоль/л, повышение латентной железосвязывающей способности сыворотки крови, снижение уровня ферритина сыворотки.

Для ферротерапии есть противопоказания:

- высокие значения Hb — более 110 г/л;
- острые и хронические инфекционные заболевания (В.Н. Прилепская), в том числе и сепсис (по данным А.Н. Дюгеева, смертность от сепсиса была в несколько раз выше у родильниц, которым производилось переливание крови);
- острые и хронические заболевания печени;
- гиперхроматоз — «перегрузка железного пула» (И.П. Лубянова), включая высокие значения сывороточного железа (более 25 мкмоль/л).

В настоящее время продолжают, к сожалению, сосуществовать два подхода к назначению железосодержащих препаратов. Первый подход при назначении железозаместительной терапии — индивидуальный — основан на оценке состояния запасов железа в организме беременной. Второй подход, который нужно признать малопригодным, связан с рутинным назначением железосодержащих препаратов всем беременным без учёта индивидуальных особенностей.

На индивидуальном подходе основана стратегия Норвежского совета по здравоохранению (Norwegian Board of Health), рекомендующего проводить железозаместительную терапию на основании определения уровня сывороточного ферритина в сроки до 12 нед беременности. Если концентрация ферритина составляет менее 15 мкг/л, приём препаратов железа должен начинаться незамедлительно. При содержании ферритина 15–20 мкг/л железозаместительная терапия рекомендуется с 12–14 нед беременности, при уровне ферритина 20–60 мкг/л — с 20 нед. При содержании ферритина более 60 мкг/л профилактический приём препаратов железа не нужен.

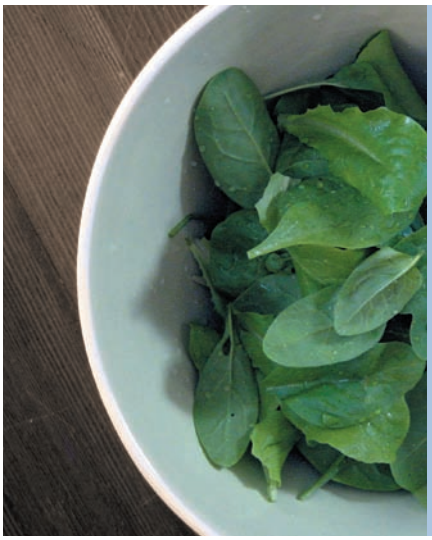
В какие же сроки нужно начинать лечение беременной с анемией? Ответ на этот вопрос — одна из узловых точек всего нашего краткого обзора по анемии у беременных. Дело в том, что после 17–18 нед беременности, когда маточно-плацентарно-плодовое кровообращение уже сформировалось, изменить ситуацию в корне уже невозможно. Все лечебные мероприятия не дают большого эффекта, так необходимого беременной и плоду.

> [На сегодня стало ясно, что на предотвращении дефицита белка в рационе акушерам-гинекологам нужно делать бóльший акцент, чем раньше]

Лечить нужно с самых ранних сроков беременности, практически — с момента взятия на учёт. Вот почему нужно настаивать на ранней явке беременной и быстром её обследовании.

Лечение беременных с анемией проводит акушер-гинеколог совместно с терапевтом. Важно понимать, что перед акушером-гинекологом не стоит задача «лечить анемию». Главная цель акушера-гинеколога — предотвратить отрицательное воздействие анемии на беременность и плод.

1. Белковая диета — на сегодня стало ясно, что на предотвращении дефицита белка в рационе акушерам-гинекологам нужно делать бóльший акцент, чем раньше.



История одной ошибки

В число продуктов, богатых железом, долгое время включали шпинат *Spinacea oleracea*. Профессор Университета Базеля Густав фон Бунге в 1890 г. обобщил результаты своих исследований в «Учебнике физиологической и патологической химии», где указал, что содержание железа в шпинате составляет 33–39 мг на 100 г сухого продукта. В списке железосодержащих продуктов, составленном фон Бунге, шпинат обогнал даже говядину — по его данным, в ней содержалось лишь 17 мг железа.

Однако описывая методику опыта, профессор указал, что анализировал сухой продукт. Свежий же шпинат на 90% состоит из воды, т.е. содержание железа в нём примерно в 10 раз меньше. Тем не менее многие десятилетия шпинат считали одним из лучших средств при лечении железодефицитной анемии. Например, ещё в 1960 г. солидный немецкий журнал Medizinische Klinik опубликовал статью «Spinach and black pudding, 2 especially iron-rich foods».

Зато вкусно.

2. Коррекция дефицита железа, белка, микроэлементов, витаминов (B_{12}).
3. Ликвидация гипоксических состояний, профилактика и лечение ранней плацентарной недостаточности.
4. Нормализация гемодинамики, системных, обменных и органных нарушений.
5. Профилактика осложнений беременности и родов, коррекция биоценоза (см. статью на с. 9).
6. Ранняя реабилитация в послеродовом периоде.

Если у женщины выявлена анемия, в I триместре, на ранних сроках беременности, проводят профилактику невынашивания, профилактику и лечение плацентарной недостаточности, продолжая эти мероприятия во II и III триместрах.

[...после 17–18 нед беременности, когда маточно-плацентарно-плодовое кровообращение уже сформировалось, изменить ситуацию в корне уже невозможно. Лечить нужно с самых ранних сроков беременности, практически — с момента взятия на учёт]

Если в III триместре выявлена хроническая гипоксия плода, усилия направляют на улучшение маточно-плацентарного кровотока, коррекцию метаболического ацидоза, активацию метаболических процессов в плаценте. Однако лечение плацентарной недостаточности — отдельная тема, выходящая за рамки нашего краткого обзора.

Диета. Беременная с анемией обязана полноценно питаться. И воспринимать это в качестве лечебного мероприятия. Пища должна быть богатой белком и железом.

Содержание белка в суточном рационе — 2–3 г белка на 1 кг массы тела (причём белков животного происхождения должно быть не менее 60%) — т.е. 180–240 г: в виде отварного мяса или птицы (60–100 г), рыбы (40–60 г), творога (100–120 г), яйца (1 шт.), сыра (15 г). Важны также и жиры — 75 г/сут в виде сливочного и растительного масла.

Основной источник железа — мясные продукты. Говядина, печень, субпродукты содержат 5–15 мг железа в 100 г продукта. Также богаты железом яйца, рыба, овсяная и гречневая крупы, фасоль, хлеб (1–5 мг на 100 г продукта). Хорошо усваивается железо, содержащееся во фруктах и овощах: персики, петрушка — там присутствует и витамин С, облегающий усвоение железа. Железо содержится также в гранатах, урюке, дыне, свёкле, помидорах.

Важно учитывать, что одной диетой невозможно достичь восстановления гемоглобина в крови, поскольку из пищи усваивается небольшой процент железа, например из мяса — только 20%.

Потребность в витамине B_{12} составляет 4 мкг/сут. Он содержится в печени, почках, треске и печени трески.

Эффективно восполнить дефицит белка и железа может лечебное питание. Для этого разработаны специальные продукты лечебного питания — «Фемилак», «Гематоген», «Энпит белковый» до 45 г/сут или сухая белковая смесь до 12 г/сут.

Препараты железа. Суточная доза железа для профилактики анемии и лечения лёгкой формы заболевания составляет 50–60 мг, для лечения выраженной анемии — 100–120 мг. Предпочтительны препараты железа, имеющие в своём составе аскорбиновую и фолиевую кислоты.

Анемия — давняя проблема, с которой акушеры-гинекологи учатся бороться уже на протяжении нескольких столетий. Конечно, есть успехи: лечим вовремя (1) и по показаниям (2) — уводим женщину от ненужных рисков, однако акушерам-гинекологам завтрашнего дня ещё предстоит ответить на главный вопрос — с какого момента изменения крови беременной женщины, выработанные за миллионы лет эволюции, начинают превышать физиологические пределы. SP

Библиография: **www.praesens.ru**

Внимание — опасность: еда!

Практически во всех фармакологических справочниках указано, что лечение железодефицитной анемии препаратами железа требует соблюдения диеты, поскольку многие продукты существенно затрудняют усвоение железа из пищи.

Например, молоко, особенно коровье, и другие молочные продукты содержат соединения кальция и фосфора, которые препятствуют усвоению железа (в целом следует ограничить употребление молока до 0,5 л/сут). Таким же эффектом обладает фитиновая кислота, которой богаты злаки и бобовые. Соли этой кислоты, фитаты, соединяются с двухвалентными ионами, т.е. с кальцием, железом и цинком, затрудняя усвоение последних. А ещё полноценному усваиванию железа препятствует танин, который содержится в чае, кофе и какао, коле.

Если разобраться, получается, что усвоению железа мешают именно те продукты, которые мы употребляем — ежедневно и с удовольствием!

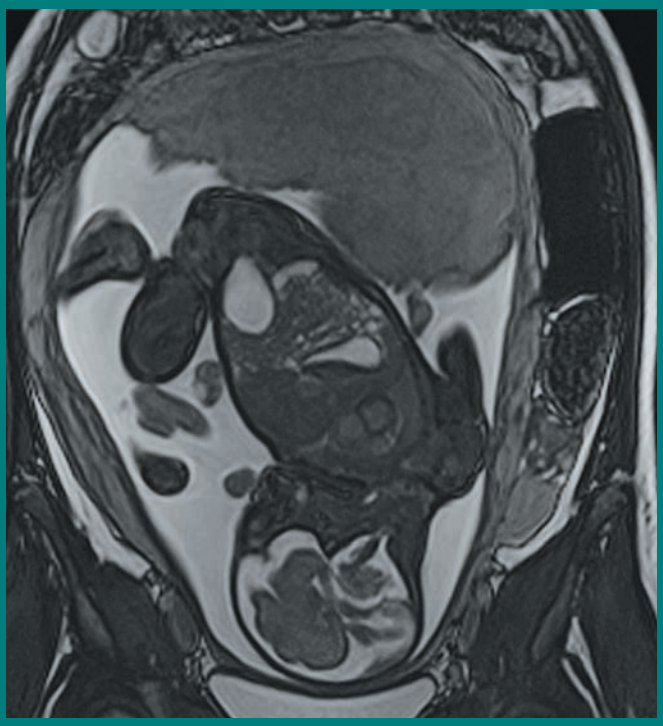
Итак, главное правило — препараты железа не следует совмещать с пищей, поскольку это снижает всасываемость железа в 2 раза. Есть нельзя за 2 ч до приёма железосодержащих препаратов и в течение 2 ч после него. Не забывайте предупреждать об этом беременных!

техно будущее сегодня

МРТ

подумаем о комфорте

Современные тенденции в МРТ-строении



Вам когда-нибудь делали магнитно-резонансную томографию? Во многих случаях пациенты, которые подверглись этой процедуре, сходятся в одном — это долго, утомительно и немного страшновато. Отдельное помещение чуть ли не с бронированными дверями, внушительных размеров аппарат, медленное и напряжённое продвижение внутрь огромной трубы — всё это вызывает уважение и некий трепет. А если ещё есть другие факторы, которые дают дополнительную напряжённость и тревогу (например, чрезмерный шум от работы аппарата, боязнь «застрять» в трубе из-за избыточного веса и др.), то испытавшие стресс пациенты будут не только недовольны — они способны серьёзно осложнить работу врача и даже подпортить репутацию лечебного учреждения.

Неудивительно, что многие производители медицинской техники осознанно ставят такую задачу — добиться максимального комфорта пациента во время проведения исследования. И при этом — обеспечить удобство врача и высокое качество изображений.

Само явление ядерного магнитного резонанса (ЯМР) было открыто в СССР в Казани известным советским физиком Е.К. Завойским, который в 1944 г. первым в мире смог зарегистрировать и описать сигнал ЯМР. Первый патент на прибор для исследования кровотока в теле человека, действующий на принципе ядерного магнитного резонанса, был выдан 1967 г. Александру Ганссену (Alexander Ganssen). Правда, изображений он не давал, позволяя определять только скорость кровотока.

В широкую клиническую практику этот метод был внедрён лишь в середине 1980-х годов. А с конца 1980-х его стали официально называть магнитно-резонансной томографией (МРТ). Сделано это было осознанно — чтобы убрать пугающее слово «ядерный» и тем самым подчеркнуть, что новый метод абсолютно безопасен для здоровья человека и не имеет ничего общего ни с ионизирующим излучением, ни с лучевой нагрузкой, ни с ядерной реакцией.

Сегодня магнитно-резонансный томограф есть практически в каждом крупном лечебном учреждении. Производители МР-томографов, следуя законам конкуренции и стремясь к дальнейшему улучшению качества диагностики, постоянно совершенствуют свою продукцию. И если раньше шла борьба только в одном направлении — за улучшение качества изображения, то сейчас уже настало время подумать и о комфорте самого пациента. Вот почему сегодня одно из основных требований к МР-томографам — максимальный комфорт и удобство как для пациента, так и для врача.

Итак, современный магнитно-резонансный томограф — «MAGNETOM Espree». Это, в первую очередь, новые стандарты комфорта пациента при проведении МРТ-исследования + качественные МР-изображения и клинические приложения.

На правах рекламы.

Репортаж из туннеля

Для пациентов «MAGNETOM Espree» действительно удобен.

Во-первых, у него самый большой в отрасли внутренний диаметр туннеля магнита — 70 см. Казалось бы, что это меняет? Оказывается, многое. Потому что впервые в истории МРТ можно проводить обследование пациентов с любыми габаритами и весом до 250 кг. Пациент может располагаться в более удобной позе (например, на боку или поджав колени и т.д.), а это принципиально важно, например для пациентов с болью в позвоночнике, а также для беременных.

Во-вторых, длина туннеля составляет всего 125 см. Этот показатель для отрасли также уникален — он даёт возможность свести на нет влияние клаустрофобии, которой в той или иной степени подвержены многие (достаточно вспомнить хотя бы популярные сюжеты из фильмов ужасов).

В-третьих, пациенту не нужно надолго задерживать дыхание, а в-четвёртых — перекладываться, если есть необходимость сосканировать несколько областей тела. Кстати, это даёт возможность сократить общее время пребывания пациента в туннеле (это — в-пятых).

Только представьте себе, сколько потребовалось трудов и научных исследований — ради удобства пациента!

Новые возможности

Ещё больше дорогостоящих и успешных инновационных разработок было осуществлено в стремлении обеспечить удобство для пользователя «MAGNETOM Espree» — врача.

Как известно, любой магнитный томограф нуждается в дозаправке гелием, которую необходимо проводить 1 раз в 1–2 года. Конечно же, это не очень просто и не очень дёшево. Однако в томографе «MAGNETOM Espree» это нужно делать всего лишь 1 раз в 10 лет — за счёт специально разработанной технологии «нулевого испарения гелия».

Ещё одна инновационная разработка — Tim-технология. Она позволяет сканировать любую выбранную зону без переукладки пациента и без переустановки катушек — вплоть до сканирования сразу всего тела. От этого очень возрастает пропускная способность МРТ-кабинета, а время пребывания пациента в магните сокращается.

Все мы регулярно проходим флюорографию и послушно выполняем команды: «Вдох!» — … — «Дышите!». Понятно, для чего это нужно. Но не совсем понятно, что делать, если пациенту либо сложно задержать дыхание, либо он просто не может выполнить эту команду ввиду возраста, мозговых нарушений и т.д. Не говоря уже о том, что задерживать дыхание не так уж приятно. Благодаря высоким показателям временного разрешения по всем основным протоколам сканирования «MAGNETOM Espree» в среднем сокращает необходимое время задержки дыхания пациента в 2 раза по сравнению с другими действующими МР-системами, имеющими напряжённость магнитного поля 1,5 Тл. Но этого мало — если есть необходимость, можно проводить МР-сканирование при свободном дыхании. При этом происходит автоматическая коррекция смещений анатомии, возникающих вследствие дыхательных движений. Эта технология повышает достоверность результатов и расширяет клинические возможности МР-кабинета.

А в целом «MAGNETOM Espree» позволяет проводить экспертную диагностику в неврологии, онкологии, ортопедии, кардиологии, ангиографии (в том числе с контрастным усилением), исследовании абдоминальной области, молочных желёз и многое другое.

И наконец, самое важное. Аппарат «MAGNETOM Espree» даёт возможность сканировать как новорождённых, так и ещё нерождённых пациентов. За счёт специальных протоколов томограф обеспечивает внутриутробное МР-исследование плода. Протоколы используют оптимизированные импульсные последовательности — а это максимально сокращает время сканирования, позволяя при этом достичь высокого соотношения сигнал/шум и обеспечивая нужный уровень диагностики.

***

Современная медицина предъявляет к медицинской технике очень высокие требования, и при этом ожидания врачей и пациентов только продолжают расти: нам всегда кажется, что наше настоящее — всего лишь обыденность, а будущее — прекрасно и фантастично. А между тем будущее уже наступило. Мы живём в то время, когда начинают воплощаться в реальность самые смелые вымыслы фантастов прошлого столетия.

Мечты сбываются. И одно из подтверждений тому — за дверью кабинета с надписью «Магнитно-резонансная томография». SP

На правах рекламы.

ЧТО и требовалось доказать

[Quod erat demonstrandum •
Глюкокортикоиды при беременности]

Status Praesens

quod erat demonstrandum*

Доказательная медицина — основа практики современного врача

Текст: к.м.н. И.Н. Костин

> «Где то знание, которое затерялось в информации?»
> Томас Стернз Элиот. Судьба

Фредерик II, император римлян, король Сицилии и Иерусалима, живший с 1192 до 1250 гг. н.э. и интересовавшийся влиянием физических упражнений на пищеварение, взял двух рыцарей и дал им одинаковую пищу. После этого одного из них он отправил охотиться, а другого — спать. Через несколько часов он умертвил обоих и изучил содержимое их пищеварительного тракта: в желудке спящего рыцаря пищеварение происходило более интенсивно.

Жестоко, но что поделать — император выбрал свой, не совсем цивилизованный способ проведения научных опытов. Однако одобрения потомков заслуживает пытливость его ума. Несмотря на судьбу пострадавших во имя науки рыцарей.

В XVII веке Жан Баптиста ван Хельмонт, врач и философ, оспорил практику кровопускания. Он предложил, наверное, первое клиническое испытание с большим числом участников, рандомизацией и статистическим анализом.

Предполагалось вовлечение 200–500 бедняков, которых планировалось разделить (случайно, путём жребия) на две группы, в одной из которых флеботомия избегалась, а в другой — пациентам делали столько кровопусканий, сколько врачи считали нужным. Эффективность кровопускания предполагалось оценивать по числу… похорон в каждой группе.

История умалчивает, почему этот замечательный эксперимент не был выполнен. Хотя можно предположить, что идея проведения такого рода эксперимента не встретила одобрения подавляющего большинства врачей того времени.

Эти дошедшие до нас исторические факты — первые попытки проведения эксперимента для оценки эффективности того или иного вмешательства.

Современная же научная медицина берёт своё начало в Париже середины XIX столетия в работах и учении Пьера Шарля Александра Луи (Pierre Charles Alexandre Louis). Именно он впервые ввёл принципы статистического анализа при оценке медицинского лечения и показал, что кровопускание является бесполезным видом лечения (хотя это не изменило практики врачей того времени).

Несмотря на эту пионерскую работу, очень мало врачей по обе стороны Атлантики призывало к тому, чтобы результаты клинических испытаний были взяты на вооружение. Даже после того, как в 20-х годах XX века Рональдом Фишером (Ronald Fisher) были введены принципы количественного экспериментального дизайна.

Эти идеи начали оказывать существенное влияние на клиническую практику только после Второй мировой войны посредством работ сэра Аустина Брэдфорда Хилла (Austin Bradford Hill) и его последователей, британских эпидемиологов — особенно Ричарда Долла (Richard Doll) и Арчи Кокрана (Archie Cochrane).

Почему она возникла?

В середине прошлого века определились чёткие предпосылки для появления и развития так называемой «медицины, основанной на доказательствах».

*Что и требовалось доказать (лат.)

С одной стороны, это было бурное развитие науки — появились новые инструментальные и аппаратные методы диагностики, фармакологические препараты. Процесс затронул практически все области медицины, обусловив обвальный прирост информации, дающей порой противоречивые данные, что в итоге привело к информационному «кризису перепроизводства» в медицине. С другой стороны, пациенты больше не хотели быть участниками «лотереи», испытывая на себе методы лечения и полагаясь только на квалификацию врача.

Кроме того, стремясь обеспечить высококачественную медицинскую помощь населению, государства всего мира столкнулись с нарастающими трудностями при ответе на вопросы: «Сколько стоит качественная медицинская помощь?» и «Что конкретно можно считать качественной помощью?» Итогом стало чёткое понимание того, что приоритеты, в первую очередь в программах государственных гарантий, в условиях несоответствия между потребностью в медицинской помощи и ресурсами здравоохранения, нужно расставлять на основании достоверных сведений о клинической эффективности различных вмешательств.

Стало ясно, что не всякая медицинская помощь эффективна и что её лучше всего оценивать по конечным исходам. Всё это вкупе привело к повышению значимости добросовестных клинических исследований и подняло на должную высоту тех, кто в состоянии выполнить такие исследования и правильно интерпретировать их результаты.

Долгая дорога в практику

Вот яркий пример «эволюции» внедрения в клиническую практику широко распространённых в наше время методик для предупреждения и лечения респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорождённых.

В 1957 г. было обнаружено, что у младенцев, рождённых ранее положенного срока (на 6 нед и более), могут развиться серьёзные дыхательные нарушения, что связано с недостатком в лёгких сурфактанта, не успевшего из-за преждевременных родов образоваться в нужном количестве.

В 1960-х годах фармацевтические компании начали разработки искусственного сурфактанта, который можно было бы назначить младенцу, чтобы сохранить ему жизнь. Однако эффективный препарат был получен только в середине 1980-х годов. К концу 1980-х годов было проведено множество рандомизированных клинических испытаний эффективности искусственного сурфактанта. В 1990 г. был опубликован уже метаанализ, выводы которого говорили о том, что польза искусственного сурфактанта существенно перевешивает риск его применения. В этом же году началось большое клиническое испытание сурфактанта, охватившее 6 тыс. больных (испытание OSIRIS). В это испытание были включены почти все крупные центры по оказанию интенсивной помощи новорождённым в Великобритании. В 1990 г. производитель сурфактанта получил лицензию на препарат, а к 1993 г. в Великобритании искусственный сурфактант назначался уже практически каждому недоношенному ребёнку.

Для таких глобальных процессов, как внедрение нового метода, срок 13 лет можно назвать рекордным.

Значительно раньше разработки искусственного сурфактанта было предложено беременным при преждевременных родах назначачать дексаметазон с той же целью — для предотвращения дыхательных нарушений у недоношенных детей. (Действие дексаметазона основано на ускорении созревания эмбриональной лёгочной ткани — в лёгких образуется нужное количество того же сурфактанта.) Эффективность дексаметазона

Терминология доказательной медицины — мета-анализ и систематический обзор

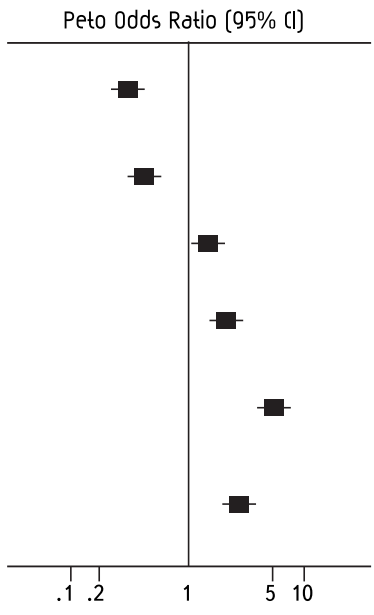
Метаанализ — статистический метод, который позволяет объединять результаты ряда исследований и определять, не выявляются ли в них важные тенденции. Процедура позволяет работать с большим числом исследований, часто противоречивых, выполненных разными авторами по определённой проблеме.

Цель метаанализа — выявить, изучить и объяснить различия в результатах исследований, например вследствие наличия статистической неоднородности или гетерогенности.

Метаанализ даёт возможность увеличить статистическую мощность исследования, и следовательно, повысить точность оценки — как самого эффекта, так и категории больных, у которых метод применим.

Результаты метаанализа обычно представляют в виде графика и в виде таблиц, также публикуют в виде систематического обзора.

Систематический обзор — обзор, в котором чётко сформулирован вопрос, подробно описан систематический метод поиска, отбора и критической оценки относящихся к теме обзора исследований, а также сбора и анализа данных исследований, включённых в обзор. Анализ и обобщение результатов включённых в обзор исследований можно проводить с использованием статистических методов (метаанализ), но можно и без них.



[Источник: www.cochrane.org/resources/glossary_ru]

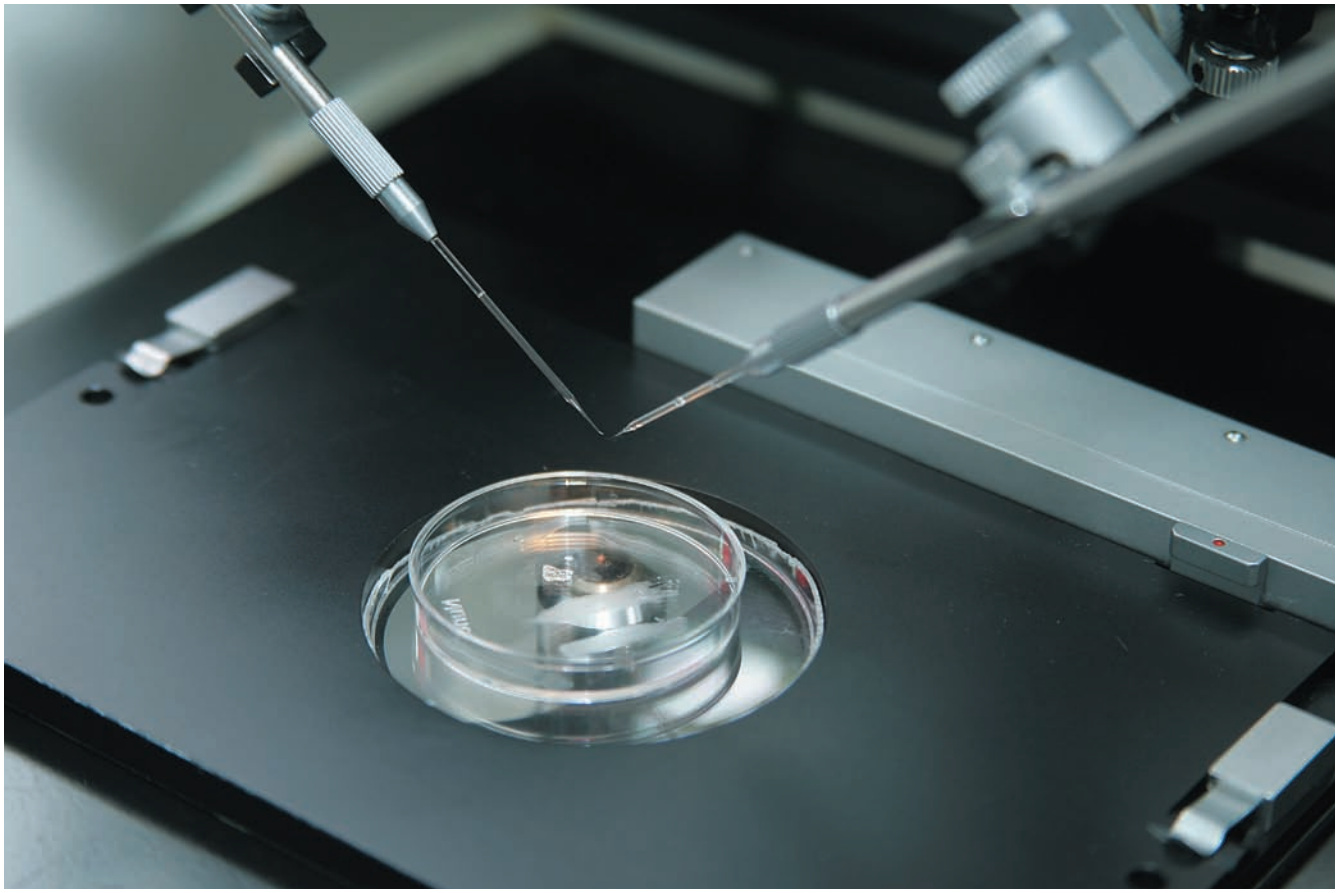


ФОТО: ИТАР-ТАСС

была продемонстрирована ещё в 1969 г. на экспериментальных животных и в клинических испытаниях, результаты которых были опубликованы 3 года спустя в престижном журнале Pediatrics.

Однако внедрение дексаметазона было далеко не таким быстрым, как методики использования искусственного сурфактанта, даже несмотря на высокую стоимость последнего. Например, в 1995 г. в США дексаметазон назначали только 12–18% беременных от общего числа тех, кому это лечение было показано. Кстати, в России цифры такие же, но… по данным за 2005 г., т. е. спустя 36 лет после достоверно доказанного положительного эффекта.

Качество доказательств и выраженность эффекта применительно к обоим методам лечения были практически одинаковыми. Почему же педиатры внедрили методику, предотвращающую преодолимые летальные исходы, быстрее акушеров?

Объяснений несколько. Эффект искусственного сурфактанта практически немедленный — врач, назначающий этот препарат, является непосредственным свидетелем исцеления, казалось бы, неизлечимо больного ребёнка. Более того — активная поддержка фармацевтической промышленностью крупных (и возможно, не всегда нужных с научной точки зрения) испытаний привела к тому, что лишь очень немногие педиатры, начавшие самостоятельную практику в 1990-х годах, смогли взглянуть на эту новую технологию как всего лишь на один из способов решения проблемы.

Напротив, глюкокортикоидные препараты, особенно во время беременности, самими пациентками и некоторыми врачами воспринимались как немодные и небезопасные. Врачи рассматривали дексаметазон лишь как устаревшее средство для лечения пациентов с прогностически неблагоприятными заболеваниями, особенно злокачественными; механизм его влияния на лёгкие плода был непонятен — проведённые исследования (о которых, кстати, информация без поддержки фармпроизводителей доходила далеко не так эффективно) доказали его влияние на исходы, но не объяснили сути его патогенетического воздействия. При этом акушеры, к сожалению, редко получали возможность стать непосредственными свидетелями эффекта, спасавшего жизнь больного ребёнка.

Что нужно, чтобы врачи поверили

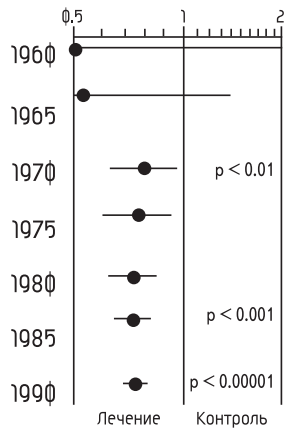
Вышеупомянутый пример — не единственный. Часто необходимы годы для того, чтобы эффективные методы лечения завоевали популярность, даже среди экспертов, которые по определению должны владеть передовыми технологиями медицинской практики.

Чтобы новая медицинская технология была с готовностью воспринята медицинскими работниками, должно быть удовлетворено множество условий. Доказательства эффективности должны быть чёткими и высококачественными (полученными предпочтительно в крупных рандомизированных контролируемых испытаниях с хорошо определёнными,

Таблица Антмана

То, что для широкого внедрения эффективных методов диагностики, лечения, профилактики в клиническую практику часто требуется неоправданно длительное время, можно проиллюстрировать так называемой таблицей Антмана (Antman) — классическим наглядным примером сильного запаздывания внедрения нового метода лечения с доказанной эффективностью в программы обучения студентов и медицинских работников и, соответственно, в практическую деятельность.

Таблица состоит из двух сопряжённых частей: первая (слева) — это график, изображающий динамику роста надёжности и достоверности доказательств тромболитической терапии инфаркта миокарда (тромболитики позволяют в острую стадию инфаркта миокарда растворить тромб и буквально на глазах достичь улучшения состояния пациента и нормализации ЭКГ). По мере роста числа исследований, посвящённых этому вопросу, и количества пациентов, включённых в эти исследования, доверительный интервал становится всё уже, а значение *p* — всё меньше.



Рекомендации учебников

1	2	3	4
			21
			5
		1	10
		1	2
		2	8
			7
	1		8
	1	8	12
	1	7	4
5	2	2	3
15	8		1
6	1		1

Правая часть — количество учебников, выпущенных в течение определённого времени. В крайнем правом столбике внесены учебники, в которых этот метод лечения не описан вообще, в столбике 3 — количество учебников, в которых говорится о том, что проводятся исследования эффективности тромболитической терапии инфаркта миокарда. В столбике 2 включены учебники, в которых рассматривается возможность использования тромболитиков, а в столике 1 — учебники, которые рекомендуют этот метод лечения.

Согласно таблице, в конце 1960-х и начале 1970-х, когда доказательств эффективности тромболитической терапии инфаркта было не очень много, в учебниках этот метод лечения либо не упоминается вообще, либо указывается, что ведутся исследования в этом направлении.

К концу 1970-х — началу 1980-х годов в исследованиях по тромболитической терапии участвовали более 3 тыс. пациентов, значение *p* стало значительно ниже 0,001, т. е. эффективность метода достоверно доказана. И тем не менее — в это время не было выпущено ни одного учебника, который рекомендовал бы данную методику, и всего лишь в трёх учебниках обсуждается возможность внедрения этой практики.

В итоге первые учебники, рекомендующие тромболитическую терапию, появились в середине 1980-х годов, через 15 лет после того, как была доказана эффективность метода.

Самое интересное, что даже в конце 1980-х — начале 1990-х годов, когда количество принявших участие в исследованиях пациентов приближается к 50 тыс., а $p<0{,}00001$, т.е. достоверность и надёжность выводов исследований не вызывает никаких сомнений, всё равно продолжают выпускаться учебники, в которых тромболитическая терапия инфаркта миокарда не описана. Вот уж действительно — *Per aspera ad astra**.

* Через тернии к звёздам (лат).

клинически важными конечными точками), а пользователь технологии должен лично верить в её эффективность. У него должна быть возможность испытать методику в управляемых обстоятельствах. При этом польза вмешательства должна перевешивать возможные неблагоприятные эффекты.

Лекарственная безопасность

Когда действительно эффективное лекарство годами «пробивает» себе дорогу в клиническую практику — это полбеды. Есть в истории драматические факты, за которыми стоят трагедии сотен и тысяч людей. И связаны они в первую очередь с внедрением в медицинскую практику лекарств, не прошедших досконального изучения эффективности и, главное, — безопасности.

Результаты фармакоэпидемиологических исследований, проведённых за последние годы, выявили огромный масштаб проблемы и позволяют говорить о том, что недооценка и запоздалое её решение чреваты развитием самых серьёзных последствий.

В специально проведённых исследованиях было показано, что у миллионов людей развиваются тяжёлые, подчас необратимые осложнения лекарственной терапии. Только в США вследствие развития неблагоприятных побочных реакций на лекарственные средства ежегодно госпитализируется от 3,5 до 8,8 млн больных, и 100–200 тыс. больных погибают от осложнений, связанных с применением лекарств.

Подобное положение отмечается и в других развитых странах. Так, во Франции в 1997 г. около 10% от числа всех госпитализированных больных составляли больные с неблагоприятными побочными реакциями на лекарственные препараты. Такого же рода осложнения были причиной госпитализации у 5,8% больных в Германии. В России же глобальный мониторинг нежелательных эффектов лекарственных средств до настоящего времени не проводится.

Смертность в результате реакций на лекарственные средства вышла на четвёртое место после смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травм. Это стало не толь-

ко серьёзной медицинской, социальной, но также и экономической проблемой. Затраты, связанные с лекарственными осложнениями, составляют в США около $76,6 млрд в год.

О том, что лекарственные средства могут оказывать повреждающее воздействие на органы и системы организма человека, известно давно, начиная с глубокой древности. Однако только во второй половине XX века, после начала промышленного производства лекарств и внедрения в медицинскую практику большого числа лекарственных препаратов с высокой биологической активностью, безопасность лекарств стала осознаваться как важная медицинская, социальная и экономическая проблема. Лекарственные препараты явились причиной многих неблагоприятных побочных реакций, в том числе тяжёлых и даже с летальными исходами.

The Cochrane Collaboration — Кокрановское сотрудничество

Возвращаясь к профилактике респираторного дистресс-синдрома плода, хотелось бы подчеркнуть, что из семи испытаний эффекта назначения глюкокортикоидов беременным при преждевременных родах, вошедших позднее в мета-анализ, только в двух была показана статистически значимая польза (по показателю выживаемости новорождённых). И только повышение точности за счёт обобщения результатов всех семи исследования в рамках одного мета-анализа доказало эффективность данного вмешательства.

Из данного метаанализа следовало, что назначение глюкокортикоидов матерям снижает вероятность смерти новорождённых на 30–50% по сравнению с контролем. Но возвратились мы к этому примеру не просто так, а чтобы показать особую важность для всего человечества тех или иных вмешательств, эффективность которых доказана многочисленными исследованиями, в которых участвуют самоотверженные добровольцы.

В 1972 г. эпидемиолог Арчи Кокран (Archie Cochrane) предложил составить

Талидомидовая эпидемия

Эту историю называют и по-другому — «талидомидовой трагедией». Это наиболее известный пример страшного непредвиденного воздействия нового лекарственного препарата, от которого пострадали более 10 тыс. человек. Это история жадности и беспринципности.

Препарат талидомид, разрешённый для применения в 1957 г. в Западной Германии под названием «Контерган» и в 1958 г. в Великобритании под названием «Дистал», был рекомендован беременным женщинам в качестве безопасного снотворного, успокаивающего и противорвотного средства. Он входил в состав многих комбинированных препаратов, рекомендуемых для снятия боли при кашле и для лечения бессонницы.

Однако в конце 1961 г. сразу две группы учёных (в Германии и в Австралии) выявили связь между приёмом беременными талидомида и рождением детей с необычными врождёнными аномалиями конечностей — фокомелией и микромелией*. Многие учёные называли рождение большого числа таких детей эпидемией и пытались определить её причины. После установления взаимосвязи с талидомидом научный мир заговорил о «талидомидовой эпидемии».

Впоследствии было установлено, что всего в мире в общей сложности родилось, по разным оценкам, от 8 до 12 тыс. детей с деформациями конечностей в результате применения беременными талидомида. Большая часть таких случаев приходилась на Германию. В Великобритании таких детей насчитывалось около 500.

В результате полученных данных талидомид был запрещён для применения в медицинской практике и изъят с фармацевтического рынка в ноябре 1961 г. (В 1998 г. препарат был разрешён к применению для лечения проказы, однако при этом были предприняты беспрецедентные меры по исключению любой возможности его поступления в организм беременных.)

* Фокомелия (phocomelia; греч. phoke тюлень + melos часть тела, конечность) — отсутствие или значительное недоразвитие проксимальных отделов конечностей, вследствие чего нормально развитые стопы и (или) кисти кажутся прикреплёнными непосредственно к туловищу; микромелия (micromelia; микро- + греч. melos часть тела, конечность) — малые размеры конечностей.

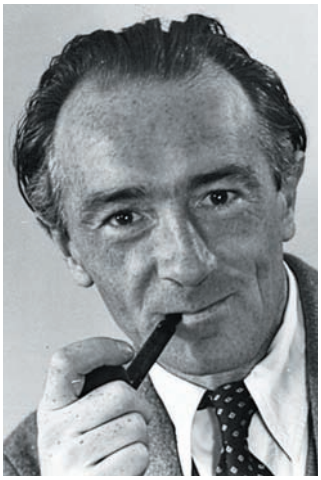
Диэтилстильбэстрол

В истории медицины есть большое число примеров тяжёлых осложнений лекарственной терапии, включая летальные исходы. Иногда на выявление причин уходят годы, как было в случае талидомида, но иногда — десятилетия. Так было, например, с широко используемым в своё время для сохранения беременности препаратом диэтилстильбэстрол (ДЭС).

Проведённые в период с 1950 по 1954 гг. шесть нерандомизированных (без контроля) исследований подтвердили, что при использовании ДЭС снижается частота выкидышей. Препарат был внедрён в клиническую практику. Тем не менее пять рандомизированных исследований (1950–1955) показали, что частота выкидышей в группе беременных, получавших ДЭС, составила 7%, а в группе получавших плацебо — 5% (!).

Явные доказательства малой эффективности ДЭС тем не менее не повлияли на мнение врачей (впечатления от назначения ДЭС были хорошими), и использование ДЭС продолжалось. До 1970 г. (!) были пролечены миллионы женщин.

А в 1970 г. у семи женщин, матери которых получали ДЭС, была выявлена редчайшая патология — влагалищная карцинома. Дальнейшие наблюдения таких женщин выявили практически невероятное: повышение частоты аномалий развития матки, самопроизвольного прерывания беременности, психических заболеваний. В течение 20 лет применялся препарат, мало того что неэффективный — наносящий вред.



Арчи Кокран и эмблема «Кокрановского сотрудничества» (The Cochrane Collaboration). Она как раз представляет собой графическое изображение результатов того самого мета-анализа изучения влияния глюкокортикоидов при преждевременных родах, благодаря которому спасено множество жизней недоношенных детей. Семь исследований, вошедших в исследование, — семь горизонтальных линий. Суммарный «ромбик» слева от центральной черты — итоговый положительный эффект.

центральный международный регистр клинических испытаний. Ещё в 1938 г. мятежный молодой студент-медик Арчи Кокран прошёл по улицам Лондона с плакатом, на котором было написано: «Все эффективные методы лечения должны быть бесплатными». Его книга «Effectiveness and efficiency» в своё время не получила достаточного признания, но теперь она составляет базу современного понимания медицины, основанной на доказательствах.

Хотя Арчи Кокран не дожил до наших дней, его представление о точной на 100% медицинской базе данных приближается к реальности в Кокрановском регистре контролируемых испытаний. Опубликованные статьи вводятся в кокрановские базы данных участниками Кокрановского сотрудничества — международной сети, состоящей преимущественно из добровольцев-медиков. Используя строгие методологические критерии, эти люди классифицируют каждую статью в соответствии с видом публикации (рандомизированное исследование, другое контролируемое клиническое испытание, эпидемиологический обзор и т.д.) и готовят структурированные рефераты (его российское отделение имеет сайт в интернете — www.cochrane.ru).

Все кокрановские базы данных представлены в дружественном формате с возможностью поиска, который сходен с системой поиска в Medline. Количественные данные в обзорах представлены в стандартном графическом виде, чтобы врач мог быстро и объективно их оценить.

Доказательная медицина: новый способ медицинской практики

Доказательная медицина (evidence-based medicine — медицина, основанная на доказательствах) — это не просто чтение статей. Согласно наиболее популярному определению, это «сознательное, чёткое и беспристрастное использование лучших из имеющихся доказанных сведений для принятия решений о помощи конкретным больным». Такое определение, тем не менее, упускает один важный аспект предмета доказательной медицины — применение математических методов. Даже если вы почти ничего не знаете о доказательной медицине, вы наверняка слышали, что в ней много чисел и пропорций.

Анна Дональд и Триша Гринхальх сформулировали другое определение:

«Доказательная медицина — это усиление традиционных навыков клинициста в диагностике, лечении, профилактике и других областях путём систематического формулирования вопросов и применения математических оценок вероятности и риска».

Более резкий афоризм Р. Госкона приводит в качестве эпиграфа к предисловию своей книги «Статистический анализ медицинских данных» О.Ю. Реброва: «Тот, кто не знает математики, не может узнать никакой другой науки и даже не может обнаружить своего невежества, а поэтому не ищет от него лекарства».

Неудивительно, что широкое распространение, которое получил термин «доказательная медицина», было встречено смешанными реакциями тех, кто вовлечён в оказание медицинской помощи.

[Доказательная медицина — медицинская практика или использование медицинских вмешательств на основании научных доказательств их эффективности, а также исключение/ограничение применения тех вмешательств, которые, по данным научных доказательств, являются менее эффективными или могут причинить вред. Таким образом, цель доказательной медицины — улучшение качества медицинской помощи с точки зрения её безопасности, результативности и экономической эффективности]

Значительная часть медицинской общественности оказалась слегка уязвлённой этой идеей. Ведь получалось, что до недавнего времени вся медицинская практика представляла описанное Lewis Thomas «фривольное и безответственное экспериментирование на человеке, основанное ни на чём другом, кроме проб и ошибок, которые происходят именно в такой последовательности».

Другая крайность — реакция политиков и организаторов здравоохранения, которые приветствовали это движение с непропорциональным энтузиазмом. Они давно предполагали, что врачи не вполне критичны, и теперь получили этому явное подтверждение. Доказательная медицина была воспринята ими как «дар богов» исключительно для снижения затрат.

Доказательная медицина — не сухой академический предмет, а в большей степени образ мышления, который должен проникнуть в каждый аспект медицинской практики. Значительная её часть основывается на крупных испытаниях и метаанализах. Она также должна использоваться для влияния на всё, что делает врач.

Как пишет в своей монографии Триша Гринхальх:

«...В конце концов, многие годы нам промывали мозги экзаментаторы в медицинских школах, заставляя поверить, что есть только один способ обследования пациента. Ритуалы, которые мы исполняем у постели больного, можно было так же критично оценивать, как наши операции и схемы назначения лекарственных средств; то же самое можно сказать в отношении любого другого аспекта клинической практики».

Доказательная медицина: объект критики

Критики называют доказательную медицину «всё более модным направлением, исходящим от молодых, самоуверенных и крайне многочисленных медиков, стремящихся принизить работу опытных клиницистов путём сочетания эпидемиологического жаргона и манипуляций статистическими методами».

Согласно другому критическому определению, «доказательная медицина — это рьяно представляемый следующий довод: ни одно медицинское вмешательство не может быть произведено врачом, медсестрой или кем-либо, пока не будут опубликованы результаты нескольких крупных и дорогих испытаний или утверждённые комитетом экспертов рекомендации».

Некоторые критики делают ещё более жёсткие заявления: «Доказательная медицина стремится заменить первоначальные данные субъективно отобранными, произвольно обобщёнными, «перестиранными» и смещёнными выводами неопределённой достоверности и полноты. Доказательная медицина осуществляется людьми неизвестных способностей, опыта и навыков с использованием методов, неясность которых препятствует оценке первоначальных сведений». Вот так!

Возмущение многих медиков движением в поддержку доказательной медицины чаще всего связано с тем, что они и в самом деле принимали неграмотные решения до тех пор, пока не познакомились с методами доказательной медицины.

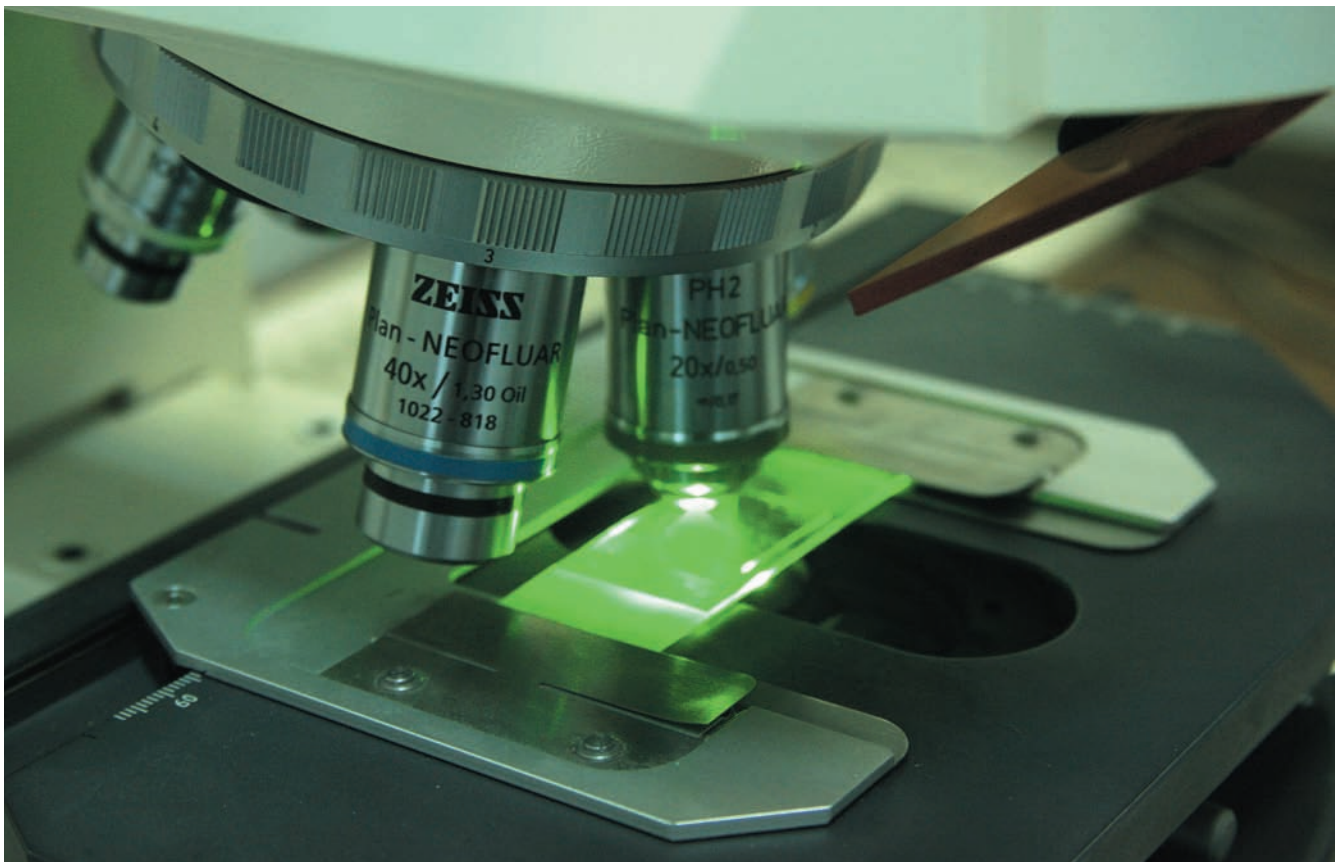


ФОТО: ИТАР-ТАСС

Как врачи принимают клинические решения без доказательной медицины

Итак, только 20% всех медицинских технологий имеет научные обоснования. А что же остальные 80%? Другие подходы, используемые врачами для принятия решений, получили яркие образные определения.

«Анекдотичная медицина» — принятие решений, основанное на рассказах из медицинской практики. Такой подход ещё называют «былинной медициной».

Профессиональные истории играют важную роль в обучении. Тем не менее опасности принятия решений на их основе хорошо видны, если попытаться рассмотреть соотношение «риск—польза» всевозможных вмешательств или применения лекарственных препаратов.

Конечно, мы, будучи практикующими врачами, не можем отвергать собственный клинический опыт. Однако наши решения должны основываться на коллективном опыте тысяч врачей, лечивших миллионы больных, а не только на том, что увидели и почувствовали мы сами.

Принятие решений путем «вырезания статей». Такой подход к принятию клинических решений по-прежнему очень распространён. Многие врачи обосновывают свой подход к той или иной клинической проблеме, цитируя раздел «Результаты» всего одного опубликованного исследования, ничего не зная о методах получения этих результатов. Было ли испытание рандомизированным и контролируемым? Сколько пациентов было включено, какого возраста, пола и с какой тяжестью заболевания? Сколько пациентов было исключено из исследования и по каким причинам? По каким критериям участников исследования считали здоровыми? Были ли статистические тесты, якобы подтвердившие точку зрения авторов, выбраны и выполнены правильно?

Врачи (медсёстры, акушерки, управленцы в области здравоохранения, психологи, студенты-медики и активисты со стороны потребителей) сначала должны получить ответы на эти вопросы и только потом ссылаться на результаты медицинских исследований.

Принятие решений «путём вырезания статей» означает использование «готовых к употреблению» обзоров, отчётов и рекомендаций. Бесплатные медицинские журналы и другие «информационные материалы», прямо или косвенно спонсируемые фармацевтическими компаниями, изобилуют рекомендациями и наглядными схемами ведения больных. Однако кто может поручиться, что совет, данный в рекомендациях или статье, является верным?

«Eminence-based medicine»* — принятие решений, основанное на мнении эксперта. Эксперт в определённой клинической области на самом деле с меньшей вероятностью представит объективный обзор всех имеющихся сведений, чем неэксперт, непредубеждённо относящийся к сведениям литературы. В крайней ситуации «обзор эксперта» может состоять просто из плохих привычек, накопленных им в течение жизни.

Принятие решений, основанное на минимизации затрат. Общественность обычно ужасается, когда узнаёт, что пациенту было отказано в лечении по причинам его стоимости. А между тем в реальности медицинская помощь оказывается в рамках ограниченного бюджета, и всё чаще в принятии клинических решений приходится учитывать затраты.

Тем не менее клинические решения, принимаемые только на основании затрат («минимизация затрат» — выбор наиболее дешёвого варианта безотносительно его эффективности), обычно бессмысленны и жестоки. В то же время применение дорогостоящих вмешательств нельзя оправдывать только тем, что они новые, что теоретически должны быть эффективными или что им нет альтернатив.

* Используется игра слов: медицина, основанная на знаменитостях (eminence); созвучно evidence-based medicine.

Несколько исследований поведения медицинского персонала однозначно показали: клинические решения редко основываются на доказанных сведениях. В начале 1980-х годов только около 10—20% медицинских вмешательств основывалось на надёжных научных данных. В дальнейшем эти цифры оспаривались, поскольку они были получены в отношении всех диагностических и лечебных вмешательств, даже малоизвестных и редко используемых. Однако более поздние оценки дали тот же результат: только 20% всех медицинских технологий имеет научные обоснования.

Доказательная медицина: новый образ жизни

Профессор Дэвид Сакет (David Sackett) во введении в первый выпуск журнала «Доказательная медицина» сформулировал основные аспекты новой науки:

- перевести потребности в информации в вопросы, на которые можно найти ответ (т.е. сформулировать задачу);
- выявить лучшие обоснованные (доказательные) сведения

[Наши решения должны основываться на коллективном опыте тысяч врачей, лечивших миллионы больных, а не только на том, что увидели и почувствовали мы сами]

для ответа на эти вопросы (из клинического обследования, диагностических лабораторных исследований, опубликованной литературы и других источников);
- критически оценить доказательные сведения (т.е. взвесить их) на предмет достоверности (близости к истине) и полезности (клинической применимости);
- внедрить результаты этой оценки в клиническую практику;
- оценить результаты проделанной работы.

Таким образом, доказательная медицина требует от нас не просто чтения статей, а чтения именно нужных статей, а затем — изменения нашего поведения в свете полученной информации. Что гораздо сложнее, чем изменять поведение других.

Чтение профессиональной литературы совершенно необходимо для любого специалиста. В противном случае он быстро теряет конкурентоспособность, и никакие факультеты повышения квалификации от этого не спасают. Уже через 2–3 года полученные в процессе обучения в вузе знания оказываются устаревшими.

К сожалению, чтение — это ещё и трудное дело. В мире ежегодно публикуется около 2 млн статей по биологии и медицине, и с каждым годом их число возрастает. Объём информации увеличивается вдвое каждые 2 года. Каждый месяц в мире выходит около 5000 медицинских журналов, а число журналов, публикующих только рефераты (аннотации) статей, возможно, превышает 250. Ежегодно публикуется 6000 статей по акушерству и гинекологии — получается, что самоотверженный врач должен читать более 15 статей ежедневно.

Естественно, специалисты читают не все публикуемые материалы и в результате пропускают часть важных для успешной работы данных. Специально проведённые исследования показывают, что пробелы в знаниях врачей огромны. Эти пробелы обычно не означают отсутствия интереса к специальности, а свидетельствуют о неинформированности человека. Одна из её причин — неумение работать с литературой.

Однако есть и другая сторона вопроса — только 5% материалов, выходящих сегодня из печати в мире, представляют какую-то научную ценность.

Что делать?

Такого рода ситуацию мы определили как «эффект туриста»: попадая в чужой город, без хорошего путеводителя никак не обойтись. Таким своего рода путеводителем, позволяющим найти те самые 5% действительно ценной научной информации, являются материалы и интернет-ресурсы, аккумулирующие и обрабатывающие мировые клинические исследования на основе методов доказательной медицины.

Не читающий регулярно врач лечит так, как его учили в институте много лет назад, т.е. устаревшими методами. Это в лучшем случае. Если же учесть, что, будучи студентом, он чему-то не научился, а впоследствии многое забыл, то это означает, что нечитающий врач — это обязательно плохой врач.

***

В 2007 г. в России общее количество врачей, по данным официальной статистки, составляло около 800 тыс. человек. Из них 39 тыс. — акушеры-гинекологи, работающие в государственных и муниципальных лечебных учреждениях. Без учёта заведующих отделениями, заведующих женскими консультациями и главных врачей. А также без учёта врачей, работающих в коммерческих клиниках и медицинских центрах. Итоговая цифра, скорее всего, приближается к 80–100 тыс.

И при этом каждый врач акушер-гинеколог ежедневно не просто проводит диагностику, лечение, профилактику, диспансеризацию и т.д. — он принимает решения в интересах пациентки.

И здесь самый главный вопрос — на чём основано каждое из принятых решений. Собственный опыт, опыт коллег, мнение ведущих специалистов, научные публикации — да, всё это нужно и в большинстве ситуаций помогает выбрать верное решение. И всё же самый взвешенный подход, принятый в мировом масштабе, — основывать свои решения на результатах исследований, проведённых в соответствии с принципами доказательной медицины, и данных систематических обзоров таких исследований.

Однако доказательная медицина не просто рекомендует. Она идёт глубже, изменяя врачебное мышление. Ведь уже сама методология предполагает вещь, ещё более важную, чем принятие решения, а именно — правильную постановку вопроса.

Ведь иногда в интересах пациента вопрос «Чем лечить?» нужно сформулировать иначе — «А нужно ли лечить вообще?».

Но будем оптимистами. Этой статьёй мы хотели бы начать серию публикаций, касающихся вопросов акушерства, гинекологии и перинатологии, основой которых, несомненно, будет современный взгляд на проблемы, подкреплённый строго научными данными в рамках доказательной медицины. SP

ФОТО: ИТАР-ТАСС

глюкокортикоиды при беременности

Фармакотерапия беременных — современная проблематика

Текст: А.Е. Панов

Применение глюкокортикоидов при беременности до сих пор является одним из наиболее дискуссионных вопросов акушерской практики. Пожалуй, ни с какими другими препаратами не было связано столько споров и диаметрально противоположных мнений. Серия последних рандомизированных исследований позволила разрешить многие противоречия, что нашло отражение в рекомендациях Европейской ассоциации перинатальной медицины. В настоящий момент в России и, в частности, в Москве применение глюкокортикоидов во время беременности стало рутинной практикой[1]. Наибольшее распространение получили такие препараты, как преднизолон, дексаметазон, метилпреднизолон (Метипред).

Чаще всего глюкокортикоиды назначают при угрозе прерывания беременности, при подозрении на гиперандрогению, зачастую эмпирически, без результатов исследования гормонального профиля, что идёт на пользу беременной и плоду далеко не всегда.

Первые сообщения французских и англоязычных авторов о применении кортизона у беременных животных были очень настораживающими. Courrier и Collonge (1951), Fraser (1951), De Costa и Abelman (1952) в первых экспериментах на животных показали, что влияние глюкокортикоидов на беременность выражалось в следующем: внутриутробная смерть с резорбцией плода, выкидыши, значительное уменьшение размеров оставшихся в живых плодов, нежизнеспособность новорождённых, уродства и дефицит роста. Однако очень скоро появились опровержения тератогенного и абортивного действия глюкокортикоидов в терапевтических дозах на человеческий плод.

Желание исследователей применить глюкокортикоиды во время беременности было связано со многими причинами. В первую очередь — с лечением ревматических заболеваний при беременности. Эти пациентки и составили первую группу наблюдений о влиянии глюкокортикоидов на человеческий плод.

Во второй половине 1950-х годов появилась теория, что невынашивание беременности может быть связано с гиперандрогенией. Французские исследователи (Bret, Jayle, Gueguen, Nolot и др.) отмечали, что оволосение по мужскому типу, размер плечевого пояса больше поперечного размера таза и повышенная секреция 17-кетостероидов ассоциированы с повышенным риском выкидышей малого срока.

Bret et al. первыми назначили таким больным кортизон. Вместо кортизона Gueguen и Nolot (1961) предпочитали назначать преднизолон в малых дозах (от 10 до 1 мг). Главным показанием к назначению глюкокортикоидов было увеличение

экскреции 17-кетостероидов более 13 мг/сут. При этом никаких отклонений у родившихся детей авторы не обнаруживали.

Убеждение о безопасности данной терапии было настолько велико, что рекомендовалось начинать глюкокортикоидную терапию во всех случаях, когда невозможно установить этиологию угрожающего выкидыша, потому что «все равно нечего терять» (Gueguen).

Однако такой подход к лечению невынашивания беременности всё-таки не привился. В 1965 г. Varangot и Thobroutscky опубликовали исследование, в котором показали, что при невынашивании беременности назначение глюкокортикоидов не улучшает её прогноз. Наблюдения за пациентками, получавшими глюкокортикоиды по медицинским показаниям (ревматоидный артрит и др.), не выявили снижения риска невынашивания беременности.

В 1990-е годы мировой интерес к применению глюкокортикоидов при невынашивании беременности вновь вспыхнул на какое-то время в связи с открытием антифосфолипидного синдрома. Однако оказалось, что и здесь глюкокортикоиды не приносят особенной пользы — они могут слегка снизить уровень антифосфолипидных антител, но не предотвращают образования микротромбозов плаценты. Поэтому данный подход не получил распространения, и в настоящее время за рубежом нигде практически не применяется.

Более того, в зарубежной литературе высказывается мнение, что даже кратковременное назначение глюкокортикоидов может на несколько десятилетий вперёд «перепрограммировать» работу функциональных систем плода и оказать отрицательное воздействие на формирование поведения, артериальное давление и на регуляцию обмена веществ. Синтетический гормон «обманывает» организм плода, имитируя стрессовый сигнал со стороны организма матери, заставляя плод раньше времени форсировать мобилизацию резервов. В этом суть отрицательного действия глюкокортикоидных препаратов.

Это действие ещё более усиливается в результате того, что современные «долгоиграющие» глюкокортикоиды (дексаметазон, метилпреднизолон) не поддаются инактивирующему действию ферментных систем плаценты и оказывают продолжительное воздействие на органы и ткани-мишени. За счёт иммуносупрессивного действия эти препараты ослабляют организм беременной женщины по отношению к вирусным инфекциям, персистирующим хроническим эндометритам, а это 63% женщин с привычным невынашиванием и до 25% женщин фертильного возраста в общей популяции[2, 3, 4, 5].

Когда же назначение глюкокортикоидов, по современным воззрениям, может быть оправдано?

I. В первую очередь, назначение глюкокортикоидов целесообразно при надпочечниковой гиперандрогении. Общепринятая тактика в нашей стране подразумевает лечение дексаметазоном до наступления беременности в индивидуально подобранной дозе с последующим продолжением приёма во время беременности. Считается, что у женщины с привычным невынашиванием беременности, страдающей надпочечниковой гиперандрогенией, не следует отменять лечение. Однако и здесь наметились контраверсии: в 2007 г. на конгрессе в Барселоне был достигнут консенсус, утверждающий нецелесообразность приёма дексаметазона во время беременности — такая терапия не влияет на её исход.

Рассматривая в ситуации беременности на фоне гиперандрогении необходимость терапии с точки зрения антенатальной защиты плода, следует отметить, что внутриутробная глюкокортикоидная терапия целесообразна в одном случае — у девочек для предупреждения вирилизации наружных половых органов. Во всех остальных случаях дексаметазон не показан (рекомендации Европейской ассоциации перинатальной медицины, исследовательской группы по преждевременным родам)[6].

II. Во-вторых, глюкокортикоиды нужны для ускорения созревания лёгких плода при угрозе преждевременных родов. Смертность недоношенных новорождённых (рождённых на 24–36-й неделях гестации) за последние 20 лет значительно снизилась, что во многом связано с использованием глюкокортикоидов при возникновении угрозы преждевременных родов.

Тем не менее и здесь не обходится без противоречий. Ранее распространённой практикой были повторные курсы глюкокортикоидов, если преждевременных родов удавалось избежать. Однако опыты на животных (овцах) показали, то повторные курсы глюкокортикоидов приводят к задержке миелинизации аксонов зрительного нерва[7]. Эксперты Европейской ассоциации перинатальной медицины в настоящее время считают целесообразным для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода с 22-й недели использовать лишь однократное введение 24 мг бетаметазона, а не многократное введение дексаметазона. Рекомендации основаны на рандомизированных исследованиях в ряде стран Евросоюза[6]. SP

Библиография: **www.praesens.ru**

Карта контраверсий «Глюкокортикоиды при беременности»

Проблема	Подход традиционный	Подход прогрессивный
Беременность на фоне надпочечниковой гиперандрогении	Продолжение приёма глюкокортикоидов во время беременности. Основание: сложившаяся практика	Исключение продолжения приёма глюкокортикоидов во время беременности (НО: если плод женского пола, глюкокортикоиды нужны для профилактики вирилизации наружных половых органов). Основание: терапия не влияет на исходы беременности (данные рандомизированных исследований)
Угроза преждевременного прерывания беременности	Повторные курсы глюкокортикоидов, если миновала угроза прерывания беременности. Основание: сложившаяся практика	Исключение повторных курсов глюкокортикоидов; целесообразно лишь однократное введение бетаметазона в дозе 24 мг. Основание: повторные курсы в опытах на животных привели к задержке миелинизации зрительного нерва; влияния повторных курсов на прогноз беременности рандомизированными исследованиями не установлено

MAMMOMAT INSPIRATION

вначале была концепция

В ходе конструирования и разработки новой системы для цифровой маммографии — MAMMOMAT Inspiration — компания Siemens постоянно консультировалась с заказчиками. В течение всего процесса учитывались персональные требования и пожелания врачей и пациенток.

В результате компании удалось создать маммографическую установку, которая помогает лучше организовать работу персонала и удовлетворить индивидуальные потребности каждой пациентки. Получилась самая современная разработка в области цифровой маммографии Департамента здравоохранения компании Siemens.

На правах рекламы.

Концепция инновационной цифровой маммографической системы Mammomat Inspiration базируется на четырёх основных принципах.

Комфорт и безопасность

Применение технологии с возможностью автоматического выбора трёх различных комбинаций «анод/фильтр» в зависимости от плотности и толщины молочных желёз пациентки (Opdose®) и функции оптимального сжатия молочной железы (Opcomp®) позволило существенно уменьшить лучевую нагрузку на пациенток, сохранив высочайшее качество изображений.

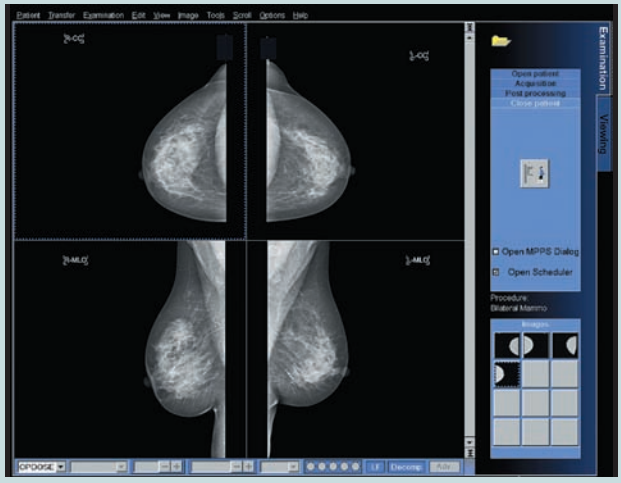
Удобство в работе

Компактная рабочая станция с возможностью моментального просмотра полученного изображения позволяет быстро оценить качество позиционирования и перейти к дальнейшим этапам исследования. Ещё одна удобная функция — поворот трубки одним нажатием: достаточно нажать всего одну кнопку, чтобы трубка моментально перешла из краниокаудального положения в положение медиолатеральной косой проекции. Подобная экономия времени помогает наладить непрерывную работу в течение всего рабочего дня.

Беспрецедентное качество изображения

Высочайшее качество изображения достигается зв счёт качества получать:

- цифровой плоский детектор на основе аморфного селена, отличающийся более высокой степенью поглощения в низкоэнергетическом диапазоне и одновременно с этим обеспечивающий высокую квантовую эффективность и практически полное отсутствие потерь информации;
- новый алгоритм автоматического управления экспозицией (AEC) с учётом размера и состава конкретной молочной железы.



Всё это значительно повышает точность и клиническую достоверность обследования.

Эффективность и надёжность инвестиций

Благодаря превосходной эргономике и возможности моментального просмотра изображений система Mammomat Inspiration позволяет проводить скрининговые исследования 15 и более пациенток за час.

Рабочие места рентгенолаборанта (станция сбора данных AWS) и врача-маммолога (syngo MammoReport) образуют идеальное решение для рабочих процессов в клинике и способствуют максимально эффективному использованию возможностей цифровой маммографии.

Надёжное сервисное обслуживание и возможность модернизации системы MAMMOMAT Inspiration в будущем обеспечивают защиту инвестиций и гарантируют доступ к самым современным функциям. Этим достигаются максимальная экономия средств и реализация стратегических задач.

***

Одна из первых систем Mammomat Inspiration была установлена в центре лучевой диагностики профессора Детлева Уленброка в г. Дортмунд (Германия). Проф. Уленброк сообщил, что его очень впечатлило превосходное качество изображений, создаваемых системой: «Просто удивительно, насколько широки могут оказаться возможности дальнейшего совершенствования такого традиционного метода исследований, как маммография. Даже пациентки, сравнивая новые изображения со старыми, отмечают, что за последние годы качество маммографических снимков возросло». SP

На правах рекламы.

Status Praesens

[Поколению NEXT–
NEXT-просвет]

поколению NEXT

Подростковая беременность: свет в конце тоннеля

Текст: М.Б. Хамошина,
В.Е. Радзинский

В последние десятилетия о контрацепции у подростков и подростковой беременности в том или ином контексте не упоминал только ленивый. «Феномен подросткового материнства», «аборты у детей и подростков», «материнская смертность у подростков» — важность и неотложность проблем очевидна. Здесь и сейчас.

«Снизить число абортов и нежелательных родов, в первую очередь у женщин ювенильного возраста» — лучшие умы и самые неравнодушные специалисты в акушерстве и гинекологии, да пожалуй, и всего прогрессивного отечественного здравоохранения воспринимают эту задачу как вызов собственному профессионализму.

Чего мы добились за прошедшие 20 лет? Может быть, значительно изменилось репродуктивное поведение женского населения, в том числе девушек-подростков? Ответ — нет.

В 90-е годы мы писали: «…современные подростки характеризуются ранним сексуальным дебютом, высокой сексуальной активностью, низким уровнем информированности о современных высокоэффективных методах контрацепции, что закономерно приводит к высокому риску наступления нежелательной беременности». Эти же слова, в лучших традициях М.Е. Салтыкова-Щедрина, мы пишем и по сей день. И это при том, что достижения несомненны: количество абортов снизилось и продолжает снижаться. Например, за период 2003–2007 гг. число абортов в России, проведённых в возрасте 10–19 лет, уменьшилось на 27,5%.

[…сегодня в нашей стране каждый пятый аборт (в среднем 19,7%) в подростковом возрасте связан с биологическими, а не социальными причинами]

Но почему столь упорно сохраняется «заколдованная» цифра «10» — почему по-прежнему каждый десятый аборт (2007 г. — 9,7%) приходится на подростковый и даже, по понятиям обывателя, детский возраст?

Главная причина

На наш взгляд, главная беда в том, что мы изначально не имели отечественного опыта по действенной информационно-образовательной работе с населением.

Ещё в царской России силами санитаров и добровольцев делались подворные обходы. Такую работу называли «санитарно-просветительной», это же название по наследству досталось и советской России. Очевидно, что общественная деятельность с таким названием по определению была обречена на персистирующую «социальную децелерацию» — вроде бы что-то делается, однако КПД этой работы — крайне низкий со стремлением к отрицательным величинам.

Ведь получается, что «санитарную» работу должен выполнять дипломированный врач, а «просвещаться» — население, уставшее от «просвещения» уже к окончанию средней школы. Сам методический подход к работе с потенциальными пациентками, носящий указующий характер, по всей вероятности, был неподходящим в столь деликатной области. Да ещё у людей, «сделанных в СССР» и «зачатых без секса».

Зарубежный же опыт, почти как импортная одежда, был невероятно красив, современен, выпущен лучшими произ-

водителями — он, что называется, был «фирменным». Но, к сожалению, этот опыт нарабатывался в другой системе размерностей и отечественным объёмам не подходил.

Вот и выходило: работа — шла, понимание того, что нужно что-то менять, — было, а эффект оставался только на бумаге. Составлялись отчёты о часах, о циклах, об успехах, но — «… современные подростки продолжали характеризоваться…»

Тем не менее и сегодня мы работаем в этом направлении, как умеем, как получается, насколько позволяет время и тлеющие в глубине души остатки того энтузиазма, который звал именно в акушеры-гинекологи (в комсомольцы, в медотряды!), искорки «того самого», которые старательно топчет реальность и заливает угроза очередного дефолта. И нас ведь *очень* много таких, «неравнодушных». Тем более что теперь, после того, как на российский рынок пришли зарубежные компании, после того, как наше общество стало уже полноценным «потребителем рекламы», после всего этого мы больше умеем и больше знаем в самом главном — как верно мотивировать тех в принципе разумных молодых людей, которые сидят перед нами в учебной аудитории с неподдельным интересом в глазах.

«Не та» статистика

Мы продолжаем свою работу, а статистика всё равно не та. Вот не та, что хотелось бы, — и всё тут! Особенно тревожно (данные за период 2003–2007 гг.), что:

• каждый девятый аборт (в среднем 11,4%) у женщин моложе 19 лет является самопроизвольным (для сравнения: у женщин 20 лет и старше — 11,5%, а всего по РФ — тоже 11,5%), и при этом…

• каждый двенадцатый аборт (в среднем 8,3%) у них же проводится *по медицинским показаниям* (для сравнения: у женщин 20 лет и старше — 2,5%, а всего по РФ — 3,1%).

Таким образом, сегодня в стране каждый пятый аборт (в среднем 19,7%) в подростковом возрасте обусловлен биологическими причинами, а не социальными!

Оставшиеся же 80% юных женщин после социально-обусловленных абортов рискуют присоединиться к этой части — поскольку высок риск хронического аутоиммунного эндометрита как истока отдалённых послеабортных осложнений: невынашивания беременности ранних сроков, развития гипоталамо-гипофизарной дисфункции и метаболического синдрома.

ФОТО: ИТАР-ТАСС

[…хронические заболевания тех систем организма, которые отвечают за подготовку и реализацию функции материнства, имеют 75% современных школьниц]

Справедливости ради следует отметить, что и раньше в единичных публикациях, посвящённых проблеме подростковой беременности и её исходов, приводились данные, что первая беременность в подростковом возрасте самопроизвольно прерывается в 7,4–11,8% случаев. Это не феномен исключительно сегодняшнего дня — его наблюдают как минимум в течение четырёх последних десятилетий. Эти данные были получены в результате сплошного опроса женского населения разного возраста в ходе профилактических осмотров; данные официальной статистики были несколько другими.

Тем не менее эти цифры, косвенно характеризующие репродуктивный потенциал нынешнего поколения подростков далеко не с лучшей стороны, абсолютно увязываются с результатами Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. (выявлено снижение за последние 20 лет числа абсолютно здоровых девушек с 28,3 до 6,3%) и данными Минздравсоцразвития (2007 г.), а именно:

• Среди детей до 17 лет в Российской Федерации показатель инвалидности составляет 196,6 на 10 000 детского населения (в среднем за 2005–2007 гг.).

• Суммарная заболеваемость населения в возрасте до 17 лет за 2003–2005 гг. (на 100 000 у детей и подростков обоего пола) составляет в среднем 405 541, в том числе инфекционными и паразитарными болезнями — 10 044; болезнями нервной системы — 8245; мочеполовой системы — 5647; системы кровообращения — 2294; болезнями крови и кроветворных органов — 3366; органов дыхания — 109 514; органов пищеварения — 15 385; болезнями эндокринной системы и расстройствами питания — 4367.

Другими словами, на одного российского ребёнка независимо от пола сегодня в среднем приходится четыре болезни! У каждого ребёнка есть по одному заболеванию органов дыхания, у каждого шестого — болезнь органов пищеварения. Инфекционные и паразитарные болезни (в том числе ведь и ИППП!) регистрируются у каждого десятого, болезни нервной системы — у каждого двенадцатого, мочеполовой системы — у каждого семнадцатого, а по одному заболеванию из каждой категории — болезни системы кровообращения, крови и кроветворных органов и болезни эндокринной системы и расстройства питания — обязательно присутствуют в каждом школьном классе!

Было подсчитано, что хронические заболевания тех систем организма, которые отвечают за подготовку и реали-

зацию функции материнства, — сердечно-сосудистой, кроветворной, пищеварительной, дыхательной, мочевыделительной и эндокринной — имеют 75% современных школьниц.

На этом фоне за прошедшее десятилетие участились гинекологические заболевания среди будущих матерей: воспалительные — в 3 раза, нарушения менструальной функции и болезней мочеполовой системы — в 1,5 раза. Это говорит о чрезвычайности ситуации — ведь этим девушкам в будущем будет сложно реализовать свою репродуктивную функцию.

По данным литературы, в России 78% девушек-подростков 15 лет имеют хотя бы одно гинекологическое заболевание, а к 17 годам число таких девушек достигает 92,5%. Причём сексуально активные подростки приобретают гинекологическую болезнь в 3 раза чаще, чем их сверстницы, пока остающиеся целомудренными.

Получается, что сегодня мы наблюдаем рождение новой проблемы — женщин юного и раннего репродуктивного возраста необходимо обеспечить адекватной контрацептивной помощью теперь уже не только с целью профилактики аборта как такового и его последствий.

Поскольку из-за общей болезненности практически любая беременность (в любом возрасте, в том числе и ювенильном) может протекать с осложнениями, предотвращение аборта, который будет только усугублять ситуацию, выступает уже способом планирования желанной беременности в будущем. С помощью контрацепции девочки могут планировать как собственно возможность беременности, так и её качество. Предупреждение абортов в наше время становится важным методом сохранения здоровья будущих мам, а в ряде случаев — даже спасения жизни.

Что знают сами девочки и откуда

По сравнению с их матерями и старшими родственницами девочки-подростки знают об аборте гораздо больше. Среди более 2500 опрошенных нами девушек и 480 их матерей аборт считали безопасным только 2% дочерей, а среди мам такая уверенность была в 7% случаев ($\rho<0,01$!). Однако если прибавить сюда ещё 15,5% юных респонденток и 7% их мамочек, которые затруднились ответить (получается, что мысль об аборте они допускали!), то цифры практически сравняются — 17,5 и 14%.

Таким образом, каждая шестая дочь-подросток и каждая седьмая мама, её воспитывающая, *не будут тратить своё время и нервы на то, чтобы избежать аборта*.

Основными источниками информации будущих матерей по столь деликатным и дискутабельным вопросам («семьи и брака», говоря языком бабушки, и «безопасного секса и контрацепции», говоря языком её внучки) выступают два — СМИ (75–100%) и сверстники (подруги, друзья, половые партнёры, 35–58%). Дочь-подросток получает сведения по профилактике ИППП и аборта от семьи в 60% случаев. Вроде бы не так плохо, но (!) 43% матерей, воспитывающих детей-подростков, не представляют, что такое безопасный секс, а 15% матерей не знают, что такое контрацепция. Вот и всё, приехали.

Хотя, собственно, ничего неожиданного — каждый практикующий гинеколог не раз сталкивался с ситуацией, когда родители (и мать, и отец!) запрещали несовершеннолетней дочери принимать контрацептивы даже для лечения серьёзных гинекологических заболеваний, последствия которых были очевидны — кровотечение, анемия, тахикардия, боли и т.д.

Интересны данные о том, что думают нынешние и будущие матери по поводу безопасности разных методов прерывания беременности. Оказывается, 38% девушек-подростков попросту «…не знают, чем они различаются». А между тем более половины из них (54%) были сексуально активны. Примечательно, что матерей, которые смогли ответить на вопрос по различиям методов прерывания беременности, оказалось в 2,5 раза меньше (15%, $\rho<0,01$). Если не знают матери, так откуда могут узнать дочери?

Большинство подростков, которые всё же понимали разницу между способами прерывания беременности, считали более безопасным для здоровья мини-аборт (80%), каждая пятая (20,5%) — обычный (хирургический) аборт на раннем сроке, 4,1% — прерывание беременности на позднем сроке. Среди матерей считали более безопасным для здоровья мини-аборт 66% ($\rho<0,01$), прерывание беременности на позднем сроке — 1,8% ($\rho>0,1$). Однако женщины старшего поколения, исходя из собственного опыта, чаще считали самым безопасным обычный хирургический аборт на сроке до 12 нед — число таких женщин оказалось в 1,8 раза выше по сравнению с поколением дочерей (36%, $\rho<0,01$).

Решение

Так что же делать? На какую педаль нужно нажать, чтобы этот паровоз сдвинулся с места? Чтобы нас *услышали*? Пусть не «верхи», которые давно ничего «не могут» по самым различным (в том числе и очень объективным!) причинам.

[Сегодня существует единственный безальтернативный путь реально изменить ситуацию — непосредственно в стенах учебного заведения проводить образовательные мероприятия среди девушек-подростков — будущих матерей, разъясняя вред аборта и пропагандируя контрацепцию…]

ФОТО: ИТАР-ТАСС

Главное, чтобы нас услышали «низы» (и в первую очередь не врачи акушеры-гинекологи, а люди и организации, занимающиеся образованием подростков в целом), которые, как очень хотелось бы думать, «не хотят жить по-старому».

Нам хочется так думать, но так ли это? На самом деле «революционная ситуация» в плане работы с подростками для предупреждения ранних беременностей в стране отутствует. Всё, чего мы добились за последние 20 лет (снижение уровня подросткового материнства и подростковых абортов, абортов вообще, материнской смертности по причине аборта и послеабортных осложнений во всех возрастных группах), во многом является успехом именно врачей акушеров-гинекологов, которые, опираясь на профессиональные знания и опыт, убеждали, назначали, рекомендовали — и внедрили в практику российской гинекологии современные контрацептивные технологии. И число абортов начало снижаться.

Но ведь «паровоз» подросткового образования едет общими усилиями. Сами женщины как делали аборты — так и делают, искренне считая, что особого вреда от аборта не будет, а «…Бог простит». «…Мама делала-делала аборты, и нарожала детей… Тётя делала-делала аборты — и ничего!» («…Правда, подруга, вот, сделала — и не беременеет уже 5 лет, собирается на ЭКО, но это ж она одна такая…»).

В современной ситуации мы считаем, что существует единственный безальтернативный путь реально изменить ситуацию — непосредственно в стенах учебного заведения (училища, лицея, колледжа, вуза) повышать уровень информированности девушек-подростков—будущих матерей о вреде аборта и о контрацепции как способе безопасного и надёжного предупреждения аборта и управляемой отсрочки желанной беременности.

Более чем десятилетний опыт работы с учащимися лицеев, студентами колледжей и вузов показывает, что 97,5% из них не возражают против занятий по вопросам репродуктивного здоровья в рамках учебного курса. 85% считают это необходимым.

Технология конкретики

Методология организации подобного обучения в стенах конкретного учебного заведения на сегодня отработана до мелочей (и автор проводит такое обучение уже более 10 лет).

Чтобы начать обучение по вопросам, касающимся репродуктивного здоровья, например, в вузе, в первую очередь разрабатывают программу для первых курсов всех факультетов, включающую как минимум один лекционный час в учебном процессе.

В программу должны войти модули «Профилактика аборта. Безопасный аборт. Контрацепция» и «Профилактика ИППП». При наличии учебного времени можно отдельно читать модуль «Как устроен человек» и «Красота и здоровье». Работать с учащейся молодёжью нужно приглашать преподавателей медицинских вузов и колледжей, что снимает проблему лицензирования и обучения непрофильных преподавателей. После утверждения Учёным советом вуза программу включают в учебное расписание в виде электива «Репродуктивное здоровье».

Практика показывает, что студенты охотно участвуют в анонимном анкетировании — это помогает узнать потребности конкретной группы-мишени (они очень разные в различных образовательных учреждениях и даже на разных факультетах!). Занятия (лекции) проще всего начинать с демонстрации мультфильма «Когда девочка взрослеет», имеющегося в распоряжении любого представителя компании «Gedeon Richter». Это занимает 25 мин, затем — 20–25 мин — презентация в соответствии с образовательными модулями.

В процессе изложения информации важно соблюдать следующие принципы:

- говорить правду;
- приводить достоверные данные о современных методах и препаратах, которые можно проверить (интернет, литература);
- ссылаться на результаты исследований, проведённых с использованием методов evidence based medicine;
- рассказывать реальные ситуации из жизни, причём не только негативные, но и позитивные, смешные;
- приводить статистику подростковой беременности, абортов и материнской смертности, в том числе территориальную;
- озвучивать мифы, страхи и проблемы аудитории;
- в вопросах безопасности и приемлемости опираться на авторитет ВОЗ, Минздравсоцразвития и пр.;
- указывать реальные адреса и конкретных лиц, к которым следует обращаться за консультацией и помощью;
- делать акцент на дополнительных возможностях контрацептивов, например:
- КОК оказывают положительное влияние на дисменорею, угревую болезнь, анемию, регуляцию цикла, повышение качества жизни, реальную профилактику аборта и многих гинекологических заболеваний;
- презервативы обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ-инфекции;
- спермициды выступают в качестве любрикантов и т.д.

Закончился XX век — век информационный, наступил XXI век — образовательный, с позиций проблемной ориентированности.

Опыт США в успешном решении проблемы курения показывает, что не врачи, а прогрессивные работники средств массовой информации, интеллигенция выступали основными носителями главной идеи — не запрета, а добровольного отказа от курения. На создание верного умонастроения в обществе ушло 20 лет.

В вопросах репродуктологии, планирования семьи, сексуального просвещения нам предстоит пройти тот же путь — *не запрета, а добровольного отказа от аборта*. Начав с подростков, более подготовленных к восприятию идеи безопасного материнства и счастливого родительства, мы создаём новую возможность — изменить ситуацию не революционным, а сугубо эволюционным путём. Мы должны с чистого листа формировать новые потребности (в первую очередь у будущих представителей российской интеллигенции) — потребности в знаниях по вопросам рационального поведения и грамотного решения проблем основной биологической функции человека — продолжения жизни.

Путь долог, но безальтернативен: от «опасного» аборта — к «безопасному», от «безопасного» аборта — к индивидуализированной безопасной контрацепции. Может быть, нам для этого хватит следующих 20 лет? SP

StatusPraesens

[Точка доступа]

via scientia rum

точка доступа

Обзор электронных источников информации в медицине

Искусство врача состоит из множества составных частей, и природа многих из них до сих пор остаётся загадкой для исследователей. Вместе с тем в современном мире конечный результат практики врача любой специальности всё сильнее зависит от его умения использовать разнообразную профессиональную информацию. Уровень знаний, необходимый специалисту, выходит далеко за рамки базового медицинского образования и выбранной им специализации.

Ежегодно в мире появляется 2 млн медицинских статей и 20 тыс. медицинских журналов. Во всемирной сети интернет можно найти практически всё: данные по вопросам современной фармакологии, базы данных, виртуальные атласы и учебники, демонстрации клинических случаев, медицинские библиотеки, электронные версии журналов, описания научно-исследовательских проектов и многое другое. Обилие информации, существующее в настоящее время, даёт, с одной стороны, безграничную возможность самосовершенствования, а с другой — за счёт некомпетентности и противоречивости ряда источников приводит к сложности выбора того или иного подхода и метода лечения.

В нашей стране мы имеем медицину, в условиях которой принятие решения врачом крайне субъективно, базируется нередко на чём угодно, но только не на научных доказательствах. Прямое следствие — тысячи людей не получают доступную и реальную медицинскую помощь, теряют веру в «традиционную медицину».

Именно поэтому в цивилизованном мире осуществлён переход от медицины эмпирической к медицине доказательной. При таком подходе решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются на основании полученных доказательств их эффективности и безопасности. Иными словами, ценные знания, полученные в ходе масштабных достоверных научных исследований, используются затем для принятия решений о назначении обследования и лечения каждого конкретного пациента.

Однако чтобы практиковать таким образом, врач должен:

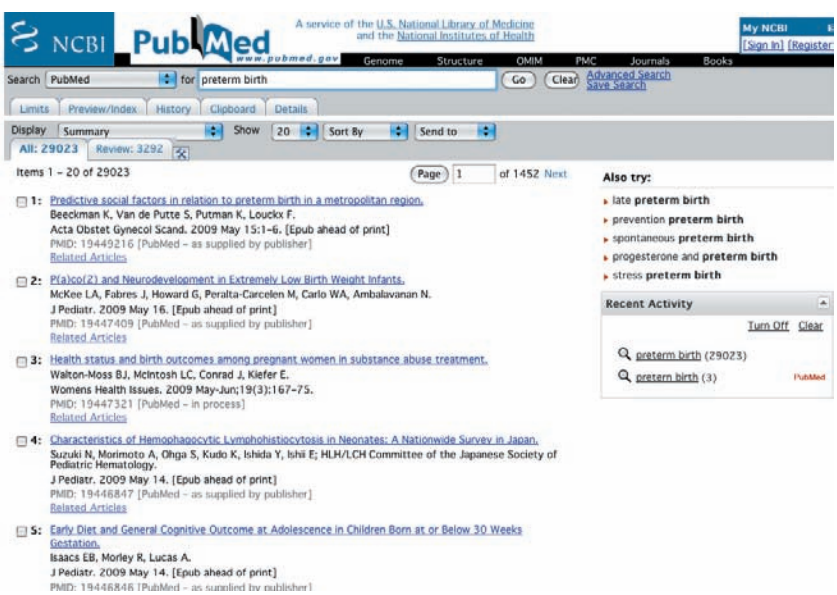
1. Обладать знаниями, необходимыми для оценки достоверности результатов клинических испытаний.
2. Иметь оперативный доступ к различным источникам информации, прежде всего — к международным журналам).
3. Иметь доступ к электронным базам данных, например к Medline в интернете.
4. Владеть английским языком, так как, по оценкам экспертов, сегодня 99% полезной медицинской информации размещено на американских и европейских сайтах и в настоящее время почти 100% врачей США и около 80% европейских врачей черпают нужную информацию из интернета.

Для англоязычных врачей

Вот некоторые основные источники информации, которые являются для западных врачей основой профессионального совершенствования.

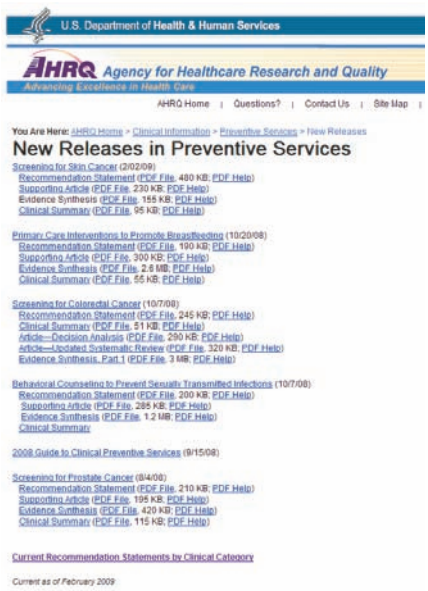
Электронная база данных Medline. Medline — это сокращение от MEDlars onLINE (MEDical Literature Analysis and Retrieval System). Создателем базы является Национальная медицинская библиотека США.
www.nlm.nih.gov

Medline — одна из наиболее известных тематических зарубежных рефера-



Поисковая система PubMed. Набрав в строке поиска термин, пользователь получает список публикаций. В данном случае при поиске preterm birth (преждевременные роды) система обнаружила 29 008 статей.

Сайт российского филиала Кокрановского сотрудничества [www.cochrane.org/index_ru.htm].



Сайт Агентства по исследованиям и качеству в здравоохранении США [www.ahrq.gov/clinic/prevnew.htm].

тивно-библиографических баз данных. Создана она была в 1966 г. База данных содержит библиографические описания и рефераты статей по медицине, хирургии, стоматологии, уходу за больными и организации здравоохранения, опубликованные в биомедицинских журналах, издающихся в 71 стране мира. База данных обновляется еженедельно и в настоящее время содержит более 11 млн описаний статей из 4500 журналов начиная с 1966 г. по настоящее время.

Бесплатный доступ к Medline через интернет обеспечивается с 1997 г. Работа с информационным массивом осуществляется с помощью поисковой системы PubMed. Поисковая система PubMed является основной для работы с Medline и осуществляет поиск не только в Medline, но и в других базах данных (AIDSL, OLDMEDLINE, CANCER, BIOETHICS и др.).

К сожалению, большей частью доступны лишь аннотации статей, а к полным текстам доступ осуществляется через коммерческие базы данных. Однако у многих статей есть дополнительные ссылки на внешние источники (Link Out), где иногда можно получить полную версию бесплатно.

www.pubmed.com

Международное сообщество исследователей The Cochrane Collaboration (Кокрановское сотрудничество), поставивших своей целью обобщать результаты всех когда-либо проведённых рандомизированных контролируемых клинических испытаний, лечебных вмешательств. Основано Кокрановское сотрудничество в 1992 г., состоит из 15 международных центров, координирующих работу учёных разных стран. С 1999 г. существует и российский филиал Кокрановского сотрудничества.

Кокрановская Библиотека имеет четыре базы данных.

1. Базу данных систематических обзоров.
2. Базу рефератов эффективности лечебных вмешательств.
3. Регистр контролируемых клинических испытаний.
4. Базу обзоров по методологии медицинских исследований.

www.cochrane.ru

Справочник Clinical Evidence (клинические данные) освещает многие из важнейших проблем, с которыми приходится сталкиваться практикующему врачу. Воедино собраны выводы клинических обзоров и результаты других доказательных публикаций с высоким методологическим уровнем. Любое из приводимых в этом справочнике положений исчерпывающим образом обосновано. Это издание обновляется каждые полгода.

clinicalevidence.bmj.com

Руководства по клинической практике Агентства исследований политики здравоохранения США (US AHCPR — US Agency for Healthcare Policy Research.) Этот ресурс публикует ряд научно-обоснованных практических клинических рекомендаций, касающихся вопросов медицинского вмешательства при наиболее распространённых клинических состояниях.

www.ahrq.gov

Сайт Агентства по исследованиям и качеству в здравоохранении США (Agency for Helthcare Research and Quality) содержит самый исчерпывающий и авторитетный анализ медицинской литературы, затрагивающей вопросы профилактических услуг. Он предлагает научно обоснованные клинические рекомендации, вытекающие из этого анализа.

www.ahrq.gov/clinic/prevnew.htm

Обзорные журналы в области доказательной медицины:

- American College of Physicians (ACP);
- British Medical Journal;
- Journal Club;
- Evidence-Based Medicine (приложение к British Medical Journal);
- Медицинский журнал «The Lancet».

Многие журналы доступны в интернете в том или ином виде — оглавления, аннотации, иллюстрации или полные тексты статей. Однако для того, чтобы обладать доступом к полным текстам статей, в большинстве случаев необходимо иметь подписку.

www.acponline.org
www.bmj.com/bmj
www.thelancet.com

Медицинские справочники. Два самых известных и надёжных — Harrison's Principles of Internal Medicine и Scientific American Medicine. В настоящее время существуют электронные версии данных справочников.

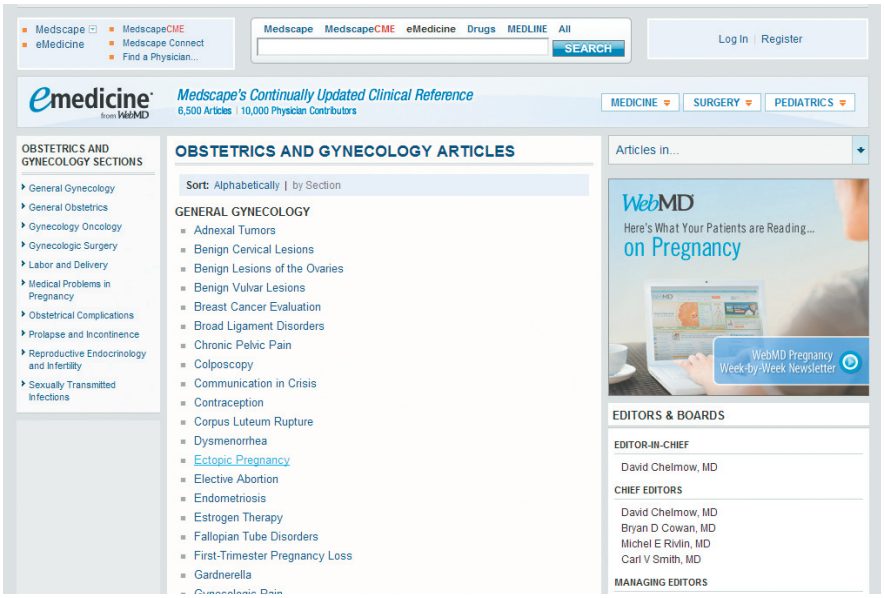
Описать ресурсы интернета в какой-либо области — крайне сложная задача. Они огромны и практически неисчерпаемы. Но хотелось бы отметить ещё несколько широко используемых и значимых ресурсов.

База данных Стенфордского университета. Она содержит журналы, принадлежащие к числу наиболее влиятельных изданий в науке, технике и медицине. К статьям предоставляется свободный доступ. Поисковая машина этой базы под названием HighWire не обладает такими большими возможностями, как у Medline (PubMed), зато HighWire имеет три больших достоинства.

- Она использует поиск одновременно в HighWire и в Medline, что позволяет найти на 10–15% статей больше, чем только в Medline.
- Она приводит специальные обозначения статей, получение которых возможно на бесплатной основе. Около таких публикаций в списке результатов поиска стоит специальный значок.
- Поиск в HighWire для многих журналов охватывает гораздо больший в прошлое период поиска по сравнению с Medline. И ещё одно отличие от PubMed — ресурс содержит полнотекстовые статьи.

highwire.stanford.edu

Открытая база данных медицинской информации eMedicine. Она была основана в 1996 г. двумя (!) докторами Scott Plantz и Richard Lavely. В настоящее время в тематических разделах описано около 6500 заболеваний и патологических состояний, покрывающих практически все области клинической медицины. Публикуются материалы по 59 медицинским специальностям. Все публикации проходят четыре уровня рецензирования и дополнительный фармацевтический обзор. Примерно 10 000 врачей, авторов и редакторов со всего мира участвуют в составлении содержания базы. Все статьи регулярно обновляются. Аудитория



Открытая база данных медицинской информации eMedicine. По состоянию на 16.05.2009 г. раздел «Акушерство и гинекология» содержит полнотекстовые обзоры по 154 клиническим проблемам в этой области [emedicine.medscape.com/obstetrics_gynecology].

eMedicine представлена читателя приблизительно из 120 стран мира.
emedicine.medscape.com

Появляются **электронные профессиональные журналы**, которые не издаются в бумажном виде, например MedScape. На их сайтах предоставляется возможность подписки на рассылку интересующей информации.
www.medscape.com

Мировое медицинское сообщество стремится к большей доступности современной информации. В интернете появляется всё больше бесплатных проектов, которые финансируются государством или медицинскими сообществами.

В соответствии с договорённостями, достигнутыми в результате переговоров издателей с лауреатами Нобелевской премии нескольких стран о свободном доступе к научной, в том числе и медицинской информации, коммерческие издания также предоставляют сведения в свободный доступ через несколько месяцев после первой публикации. Поэтому актуальность их несколько снижается. Такими ресурсами являются FreeBooks4Doctors и Free Medical Journals.
www.freebooks4doctors.com
www.freemedicaljournals.com

Для русскоязычных врачей

На большей части территории РФ получение доступа к основной массе зарубежной медицинской литературы по-прежнему остаётся серьёзной проблемой. Тяжёлые экономические и материально-технические проблемы препятствуют распространению информации на огромной территории страны со слаборазвитой инфраструктурой.

Выход для врачей один — воспользоваться опытом наиболее прогрессивных зарубежных коллег и обратиться к электронным средствам связи. Однако доступ к зарубежным интернет-базам — почти нерешаемая проблема. И даже не потому, что лишь 7% российских медиков владеет английским языком на уровне, достаточном для чтения специальной литературы. У нас в стране практически нет значимых (поддерживаемых государством) проектов по обеспечению бесплатного или недорогого доступа к высококачественным зарубежным интернет-ресурсам, а оплатить доступ к специализированным сайтам по мировым ценам ни одна российская больница (и, тем более, обычный врач) не в состоянии. Кроме того, некоторые западные медицинские сайты предоставляют доступ исключительно в обмен на информацию пользователя. Причём выдвигают к публикациям пользователей такие требова-

ния, которым большинство статей российских авторов, увы, не соответствует.

Что же происходит на просторах русскоязычного интернета?

Электронные библиотеки

К сожалению, до уровня Национальной медицинской библиотеки США ни одна российская библиотека ещё не дошла.

Российская государственная библиотека — вторая по величине библиотека в мире (после Библиотеки конгресса США). Она обладает универсальным по содержанию (видовому и типологическому) собранием отечественных и зарубежных документов на 247 языках мира. Среди доступных в сети сервисов библиотеки реальную ценность для людей, не проживающих в Москве, представляет «Электронная библиотека диссертаций». Это действительно полезный и доступный ресурс. Однако бесплатный просмотр возможен только библиографических данных. Доступ к полным текстам платный. Тем не менее по медицине пока ни одной диссертации нет.
www.rsl.ru

Центральная научная медицинская библиотека ММА им. И.М. Сеченова (ЦНМБ) находится в составе одноимённой академии. На сайте есть раздел «Электронные ресурсы» с несколькими подразделами. Один из них — «Российская медицина: библиографическая база данных».

База данных по медицине и здравоохранению создаётся с 1988 г. и охватывает весь фонд ЦНМБ. База содержит библиографические описания статей из отечественных журналов и сборников, диссертаций и их авторефератов, депонированных рукописей, неопубликованных переводов, а также отечественных и иностранных книг, сборников трудов институтов, материалы конференций, симпозиумов и т. д. Её объём составляет более 300 тысяч библиографических записей.

В качестве контролируемых информационно-поисковых языков использованы русско-английский тезаурус, совместимый с MeSH, классификатор ГАСНТИ и система УДК. Также в описании документов использованы ключевые слова. База данных не содержит рефератов, полных текстов самих документов. Однако поиск информации крайне затруднён. Полноценное использование ЦНМБ возможно при её непосредственном посещении.
www.scsml.rssi.ru

Научная электронная библиотека. Это проект Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ), который осуществляется в рамках «Программы поддержки российских научных библиотек», начатой РФФИ в 1997 г. Одна из основных задач этой программы — обеспечить российских учёных, специалистов, студентов и преподавателей доступом к электронным версиям журналов, базам данных по всем направлениям фундаментальной науки.

На сервере библиотеки представлены полнотекстовые версии журналов, издающихся лучшими академическими издательствами мира. Общее количество статей на данный момент составляет около 5000. Библиотека содержит полнотекстовые электронные версии статей из многих медицинских журналов, электронные версии медицинских книг и медицинские базы данных. При первом сеансе работы с этой библиотекой необходимо зарегистрироваться в качестве персонального пользователя.
www.e-library.ru

Тем не менее в России на данный момент практически нет современной медицинской библиотеки федерального уровня. Центральная научная медицинская библиотека ММА им. И.М. Сеченова, которая могла бы выполнять эти функции, не имеет возможности финансирования подписки на большинство актуальных медицинских и фармацевтических изданий. С другой стороны, в стране уже создаются и действуют новые информационные центры, например такой центр действует в библиотеке по естественным наукам в Российской академии наук, предоставляя сетевой доступ к научным информационным ресурсам.

Медицинские сайты

Медицинский Рунет представлен в основном тремя типами сайтов.

Первый тип — это информационные сайты (издательств, компаний, санаториев, а также объединённые справочные ресурсы — архивы материалов, доски объявлений, каталоги и т.п.).

Второй тип — интернет-магазины (лекарств, товаров, услуг, книг, изданий, медоборудования, программного обеспечения).

Третий тип — интернет-клиники (больницы, диагностические центры, частные центры).

И все они похожи друг на друга по набору своих функций, сервисов и содержанию. Все эти сайты изобилуют рекламой. За авторитетной информацией они направляют на зарубежные поисковые системы.

Описание всех ресурсов является непосильной задачей. Вот лишь некоторые из них:

Русский медицинский сервер. Он предоставляет информацию для специалистов и пациентов по различным отраслям медицины: гинекология, педиатрия, терапия и др. Содержит медицинские публикации, каталог специалистов и форумы.
www.rusmedserv.com

Медицинский консилиум. Содержит поисковые системы, медицинские серверы, каталоги, реферативные базы данных. Имеются разделы: медицина регионов, медицинские библиотеки, русскоязычные и зарубежные медицинские журналы.
www.consilium-medicum.com

Русское медицинское обозрение. Подборка большого количества материалов (более 700) по различным проблемам практической медицины. Публикации обзорного характера и практические рекомендации, ссылки на опубликованные в интернете полные тексты книг по медицине и медико-биологическим дисциплинам, ссылки на сайты более чем 800 наименований журналов.
www.ruscience.newmail.ru/medicine

Медицинские интернет-журналы

Ситуация с русскоязычными медицинскими периодическими изданиями в интернете немного сложнее.

Нет общих (платных или бесплатных) баз, обобщённого списка изданий. Проблема заключается в том, что сегодня большинство сайтов изданий обновляются

нерегулярно или не имеют достаточного объёма в сети (только заглавия или абстракты статей). Полнотекстовых журналов очень мало, зато много сайтов журналов, которые не обновлялись больше 2 лет. Научные публикации в журналах в большинстве случаев поддерживаются фармацевтическими компаниями, в отличие от профессиональных медицинских зарубежных изданий, финансовая заинтересованность авторов в которых не указывается.

Издательство «Медиа Сфера» является одним из крупнейших издательств, специализирующихся на выпуске рецензируемых научно-практических медицинских журналов. В настоящее время на сайте открыт доступ к полным текстам статей (для зарегистрированных пользователей).

В электронной версии доступны журналы «Кардиология», «Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова», «Стоматология», «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», «Российский вестник перинатологии и педиатрии», «Эндоскопическая хирургия», «Вестник отоларингологии», «Проблемы репродукции», «Вестник дерматологии и венерологии», «Антибиотики и химиотерапия», «Международный журнал медицинской практики». Имеется информация о подписке и коллекция ссылок на различные (в основном зарубежные) источники медицинской информации.
www.mediasphera.aha.ru

Издательство также публикует электронную версию Международного журнала медицинской практики. Этот журнал создан в сотрудничестве с Американской коллегией врачей (American College of Physicians — American Society of Internal Medicine), которая предоставила редакции право использовать материалы, публикуемые во всемирно известных изданиях — Annals of Internal Medicine и ACP Journal Club. Журнал информирует читателей о важнейших достижениях медицины. Все статьи базируются на принципах доказательной медицины.
www.mediasphera.aha.ru/mjmp/mjmp-mn.htm

Русский Медицинский Журнал. Он позиционируется как достоверный и доступный источник информации для практикующего врача. Содержит статьи от ведущих специалистов, последние рекомендации, формуляры и стандарты лечения по различным медицинским дисциплинам.
www.rmj.ru

Фармакологические сайты

Общий поток информации о лекарствах сейчас настолько велик, что ни один современный носитель информации не в состоянии вместить весь объём нужных врачу знаний. Профессиональную и квалифицированную поддержку врачу в информации о лекарствах может обеспечить только целая система источников информации.

Основными источниками в РФ, являются следующие издания:

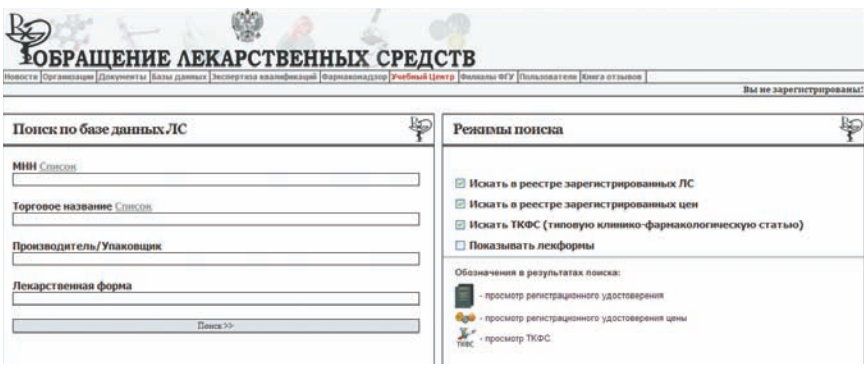
- Регистр лекарственных средств России (РЛС — Энциклопедия лекарств).
- Справочник ВИДАЛЬ «Лекарственные препараты в России».
- Федеральное руководство по использованию лекарственных средств.
- Государственный реестр лекарственных средств, т. 2.
- Лекарственные средства (справочник лекарственных средств по Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, Издательская группа ГЭОТАР-Медиа).
- Лекарственные средства (справочник лекарственных средств по программе дополнительного лекарственного обеспечения, Издательская группа ГЭОТАР-Медиа).
- Справочник М.Д. Машковского «Лекарственные средства».

Ссылки в интернете имеют практически все эти издания. Однако только два издания — Государственный реестр лекарственных средств (РЛС) и Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России» — в режиме on-line предоставляют возможность бесплатного получения информации о лекарственных средствах на своих сайтах, наполняемых из общей базы данных, в которой хранятся сведения более чем о 60 тыс. препаратов.
www.regmed.ru
www.remedium.ru
www.vidal.ru
www.rlsnet.ru

Информационно-образовательная система «Консультант врача» — сайт, созданный издательством ГЭОТАР-Медиа, где собраны клинические рекомендации и клинико-фармакологические статьи о препаратах из перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача, при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи.
www.klinrek.ru

В заключение хотелось бы отметить, что в России работа по увеличению доступности общемировой медицинской информации всё же ведётся. Создаются новые центры доступа к интернет-ресурсам, национальные руководства (в том числе по акушерству и гинекологии), основанные на данных доказательной медицины, планируется разработка чётких клинических рекомендаций для врачей разных специальностей.

Главная задача медицинских и фармакологических информационных систем, в том числе и В России, — уменьшить количество врачебных ошибок. По результатам исследований голландских учёных, неправильное назначение лекарств является причиной 44% медицинских ошибок, в основе которых лежит, по сути, — недостаток информации. SP



Официальная база данных Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Возможен поиск любого лекарственного средства — как по торговому, так и по международному непатентованному наименованию (МНН) [www.regmed.ru/search.asp].

[осторожно: аборт]

StatusPraesens

[Аборт щадящий •
Чувства и предубеждения •
Холодный старт]

аборт щадящий

Медикаментозное прерывание беременности: экономические и организационные аспекты

Текст:
проф. Н.П. Кирбасова

ВОЗ признала аборт серьёзной проблемой здравоохранения многих стран уже более 30 лет назад. При этом сегодня в мире каждые 2 сек производятся три аборта. Это неизбежное последствие, которое обязательно должно было возникнуть при сочетании двух противоположно направленных факторов — согласия государства дать женщине возможность репродуктивного выбора, законодательно разрешив аборты, и слабости того же государства в осуществлении эффективных программ по пропаганде контрацепции. И хотя вред абортов, в первую очередь хирургических, очевиден, в России технологии так называемого безопасного аборта до сегодняшнего дня распространены крайне мало.

Российская Федерация относится, к сожалению, к странам с высокой частотой абортов — 33,3 на 1000 женщин фертильного возраста (2007 г.). Если говорить об абсолютных числах, то в 2007 г. в России было произведено около 1 млн 400 тыс. абортов[7,8,9].

А между тем демографическая ситуация в России в последние годы всё чаще заставляет политиков и врачей говорить об угрозе национальной безопасности страны — крайне тревожны низкая рождаемость, слабое здоровье новорождённых, высокая заболеваемость россиян в целом (причём преобладают хронические заболевания), рост частоты осложнений беременности и родов, катастрофически частое сочетание патологии репродуктивной системы и экстрагенитальных заболеваний[2,3].

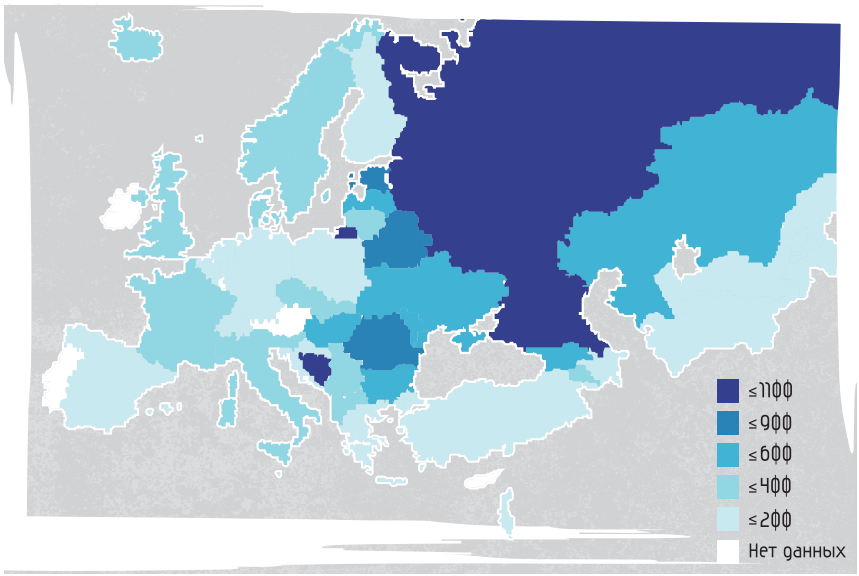
Вот почему сохранение репродуктивного здоровья женщин на сегодня — стратегическая задача врачей акушеров-гинекологов и организаторов службы.

Конечно же, ключевое направление, которое позволит улучшить репродуктивное здоровье и качество жизни российских женщин, — предотвращение непланируемой беременности. Однако, несмотря на широкое распространение современных и эффективных методов контрацепции, наши женщины продолжают регулировать рождаемость с помощью искусственного прерывания уже возникшей беременности. А учреждения здравоохранения продолжают выполнять аборт хирургическим методом, невзирая на его вредные последствия для репродуктивного здоровья.

За последние три десятилетия в России, по данным Госкомстата, число искусственных абортов неуклонно снижается. За период с 1990 по 2007 гг. абсолютное число абортов сократилось в 2,7 раза,

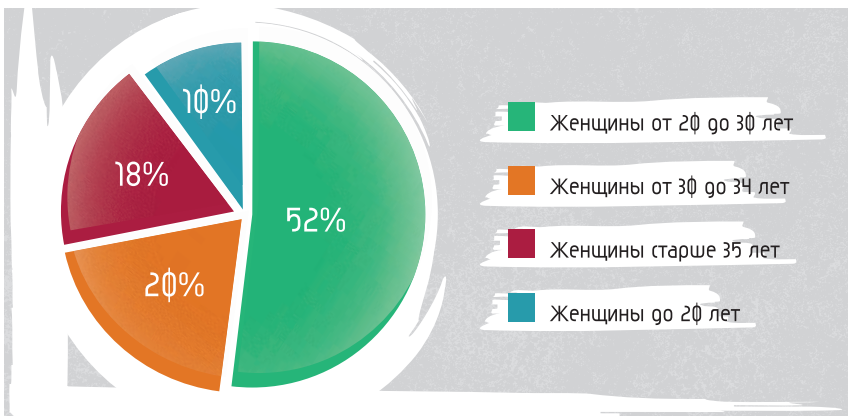
[Репродуктивные права женщины в нашей стране закреплены в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (с изменениями Федерального закона от 23 июля 2008 г. №160-ФЗ, вступившими в силу с 1 января 2009 г.). Статья 36 «Искусственное прерывание беременности» гласит: «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласии женщины — независимо от срока беременности». Право женщины на проведение бесплатного аборта закреплено также в «Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»[10–13]]

Частота абортов в Западной и Восточной Европе

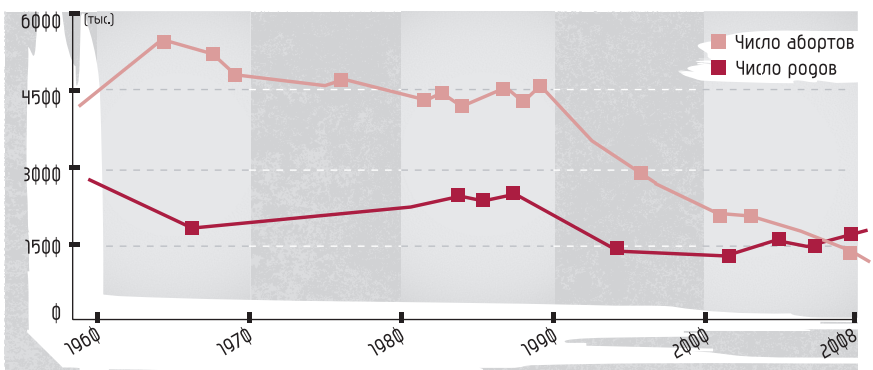


(На 1000 родившихся живыми)

Структура абортов



Сравнение числа абортов и числа родов



После колоссального увеличения числа абортов в 1964 г. (5 млн 570 тыс. абортов) наблюдается постепенное снижение. В 2008 г. в России было проведено 1 млн 400 тыс. абортов — число абортов практические впервые сравнялось с числом родов.

а число абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста — в 2,8 раза.

Из-за чего происходят эти обнадёживающие сдвиги? В первую очередь, благодаря тому, что контрацептивные средства становятся всё более популярными и востребованными: отчасти из-за федеральной программы планирования семьи, отчасти — из-за активности производителей контрацептивных средств. Однако всё равно абортов в России по сравнению с другими странами — чрезвычайно много; при этом, к сожалению, они по-прежнему остаются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности среди россиянок фертильного возраста[5,6].

Материнская смертность и аборты

Материнская смертность в современном мире уже давно перестала быть только статистическим показателем — это один из основных индикаторов социально-экономического благополучия общества. Показатель является важнейшим при оценке доступности, своевременности и качества оказываемой акушерско-гинекологической помощи.

В 2007 г. вклад абортов в материнскую смертность в России составлял 26,6%, тогда как во всём мире — 13%. Кроме того, остаётся высоким и количество осложнений после аборта — по данным ряда исследований, их частота может достигать 40% с высоким уровнем незавершённых абортов.

Структура абортов

Более половины учтённых абортов приходится на женщин в возрасте от 20 до 30 лет. Женщины 30–34 лет и старше 35 лет делают аборты почти в 2,5 раза реже. На молодых россиянок до 20 лет приходится только одна десятая от общего числа случаев искусственного прерывания беременности.

Известно, что максимальный вред репродуктивному здоровью наносит прерывание именно первой беременности, особенно в юном возрасте. У таких женщин в дальнейшем желанная беременность часто осложняется истмико-цервикальной недостаточностью, и невынашивание последующих беременностей

ФОТО: ИТАР-ТАСС

Медикаментозный аборт позволяет избежать многих рисков хирургического аборта и снизить частоту и тяжесть осложнений в 10–40 раз!

Заметки к способу применения

В Российской Федерации прерывание беременности медикаментозным способом разрешено только сочетанием двух препаратов: мифепристона 600 мг и мизопростола* 400 мкг. Через 36–48 ч после приёма 600 мг мифепристона (3 таблетки по 200 мг) назначают приём мизопростола* 400 мкг.

Другие схемы — меньшие дозировки мифепристона, приём только мифепристона (без мизопростола) — в России в настоящее время не разрешены. Прерывание беременности методиками, незарегистрированными в Российской Федерации, может повлечь за собой, в зависимости от последствий применения, по мньшей мере административную ответственность.

Научные исследования, проведённые на базе родильного дома г. Люберцы под руководством к.м.н. Мельник Т.Н. (свыше 800 наблюдений), показали, что при проведении медикаментозного аборта двумя препаратами (600 мг мифепристона и 400 мкг мизопростола*) обеспечивается эффективное неосложнённое прерывание беременности в 98% наблюдений.

Уменьшение дозировки мифепристона до 200–400 мг или отказ от применения мизопростола снижают эффективность и увеличивают частоту осложнений до 50%.

* «Мирολют®».

для них — действительно частая проблема. Другое последствие хирургического аборта — хронический эндометрит, который часто является причиной нарушения нормальный эмбриогенеза, а также бесплодия. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 11% от общего числа абортов проводят у первобеременных женщин. При этом у девочек-подростков абортом завершаются 75% беременностей.

В настоящее время более 90% всех абортов в России выполняются на сроке до 12 нед беременности, но только 23% из них — до 6 нед, хотя известно, что наименьшее число и тяжесть осложнений отмечают при искусственном прерывании беременности в ранние сроки — до 6 нед. Получается, что 77% женщин, прервавших беременность хирургическим методом, автоматически попадают в группу высокого риска!

В сроки после 22 нед проводят менее 1,5% всех абортов.

Основная часть абортов — «медицинские легальные», т. е. больничные аборты по просьбе женщины до 12 нед беременности, включая мини-аборты.

Радует, что в последние годы сильно уменьшилось число криминальных абортов: с 10 157 в 1992 г. до 1351 в 2007 г. — почти в 8 раз. А вот частота самопроизвольных абортов (выкидышей) на протяжении последних 10 лет не меняется, равно как и число абортов по медицинским показаниям. Тем не менее удельный вес их растёт в силу того, что частота других видов прерывания беременности явственно и быстро снижается[4].

Таким образом, аборт в России — по-настоящему острая тема. И не только потому, что абортов в России много, всё гораздо серьёзнее. Во многом именно из-за постабортных осложнений наша страна считается неблагополучной по материнской смертности, именно аборты добавляют нашим женщинам гинекологических болезней и именно аборты, пусть и косвенно, но ощутимо сдвигают структуру демографических потерь.

Почему женщины выбирают аборт?

В наши дни этот вопрос — почему для планирования семьи женщины предпочитают не контрацепцию, а аборт? — лёг в основу большого количества социологических и медико-социологических исследований. Пока, тем не менее, однозначного ответа, что главное в мотивации женщин, не сформулировано. Наиболее часто называют самые тривиальные причины (не объясняющие полностью отказа от контрацепции) — экономические, финансовые, жилищные, а также одиночество и нежелание иметь больше детей.

И всё же, обращаясь за совершением аборта, женщины испытывают страх и неуверенность в принятом решении: 52% из них боятся аборта как опасной хирургической операции, 68% — уверены, что из-за аборта они могут потерять способность рожать детей, а 34% — считают, что роды в целом полезны для женского организма. 50% женщин, исходя из религиозных взглядов, считают, что аборт — это преступление («тяжкий грех»), 47% — не считают аборт грехом.

Так или иначе, но женщины всё же продолжают выбирать аборт как способ планирования семьи. В таких обстоятельствах крайне важно разрабатывать и внедрять щадящие методы искусственного прерывания беременности. В первую очередь следует говорить о медикаментозном аборте как одном из наиболее безопасных методов прерывания беременности ранних сроков.

Технология безопасности

Лекарственным средством, непосредственно прерывающим беременность, выступает мифепристон. Это синтетический стероидный препарат для перорального применения. По своему фармакологическому профилю мифепристон является ингибитором прогестерона, обладает выраженным антигестагенным* и антиглюкокортикоидным действием.

Кроме того, мифепристон восстанавливает до исходного уровня чувствительность циркулярного слоя миометрия к окситоцину (прогестерон, вырабатываемый жёлтым телом, в рамках биологической программы сохранения беременности снижает эту чувствительность). Ещё одно важное обстоятельство — мифепристон повышает чувствительность матки к аналогам простагландинов примерно в 5 раз. Пиковая концентрация препарата в крови (1,98 мг/л) после однократного приёма в дозе 600 мг достигается через 1 ч 30 мин. Абсолютная биодоступность составляет 69%.

Технология медикаментозного аборта чрезвычайно проста. Женщине в присутствии врача однократно дают внутрь 3 таблетки мифепристона по 200 мг (общая доза 600 мг). Через 48 ч женщину также в присутствии врача просят выпить препарат мизопростола** (простагландин E_1) в дозе 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг), также однократно внутрь. В течение 3 ч после приёма мизопростола за состоянием женщины должен наблюдать врач.

После приёма мизопростола у большинства пациенток появляются кровяные выделения. Если в течение 3–4 ч наблюдения кровяных выделений нет, мизопростол назначают *per os* повторно также в дозе 400 мкг. Таким образом, суммарная доза мизопростола составляет от 400 до 800 мкг.

Спустя 10–14 дней после приёма мифепристона обязателен контроль за эффективностью прерывания беременности: ультразвуковое исследование и анализ крови на β-ХГЧ. Если беременность всё же не прервалась или в матке задержались остатки плодного яйца аборт приходится завершать хирургическим способом, что бывает очень редко.

Результаты отдалённых наблюдений после медикаментозного аборта показали, что применение мифепристона не вызывает нарушений менструального цикла и вероятность его негативного влияния на репродуктивную функцию практически отсутствует.

Почему медикаментозный аборт недостаточно распространён в РФ?

В России на сроке до 6 нед беременности медикаментозно выполняются только 25% абортов, причём преимущественно *в коммерческих структурах*. Для сравнения — во Франции медикаментозным способом осуществляют 70% от общего числа абортов!

А между тем этот метод прерывания беременности известен в России уже 10 лет. За это время накопился большой опыт, позволивший сделать однозначный вывод: медикаментозный аборт позволяет избежать многих рисков хирургического аборта и снизить частоту и тяжесть осложнений в 10–40 раз! В первую очередь речь идёт о рисках и осложнениях анестезиологического пособия, опасности перфорации матки, инфекции, отсроченных осложнений. Именно поэтому медикаментозный аборт намного предпочтительнее хирургического.

Крайне важно, что общую идеологию замены хирургического аборта на медикаментозный активно поддерживает медицинское сообщество — одно из положений Резолюции IV съезда акушеров-гинекологов России (30 сентября — 2 октября 2008 г.) посвящено именно этому вопросу.

Почему же, невзирая на все преимущества, до настоящего времени аборт медикаментозный не стал распространённой альтернативой аборту хирургическому?

По нашему мнению, ведущими причинами выступают три:

- мнимая дороговизна медикаментозного аборта;
- сложившийся стереотип, в соответствии с которым, единственным «привычным» методом прерывания беременности является хирургический;
- общая инертность и нежелание изучать проблему в целом.

Так ли дорог медикаментозный аборт?

Если говорить о высокой стоимости медикаментозного аборта, то в первую очередь нужно вспомнить, что выполняются они преимущественно в коммерческих медицинских центрах, где, конечно же, не обходится без коммерческой надбавки. При этом стоимость самих препаратов составляет от 1/4 до 1/30 стоимости самой услуги!

Расчёты показывают (см. таблицы) — внедрение технологии медикаментозного прерывания беременности дополнительных затрат не потребует.

Себестоимость медикаментозного

* Антигестагены (антипрогестины) — вещества, блокирующие действие гестагенов за счёт конкурентного связывания рецепторов прогестерона.

** «Миролют®».

Съезд пишет в Министерство

30 сентября — 2 октября 2008 г. в Москве, после 7-летнего перерыва (III съезд проходил в 2001 г. в Волгограде), состоялся IV съезд акушеров-гинекологов России. Итогом стала Резолюция, которая определила приоритетные направления в акушерстве и гинекологии на сегодняшний момент. Одно из положений Резолюции IV съезда акушеров-гинекологов звучало так: «...просить Министерство здравоохранения и социального развития РФ при формировании программы государственных гарантий рассмотреть вопрос о замене для первобеременных хирургического аборта на медикаментозный».

Сколько стоит медикаментозный аборт?

Редакция SP поинтересовалась ценами на услугу медикаментозного аборта в нескольких медицинских центрах по всей России. Ниже мы приводим официальные цены из прайс-листов, однако нужно понимать, что окончательную цену пациентка обычно узнаёт только после завершения всего процесса — в стоимость, скорее всего, добавят первичный и повторный (повторные) осмотры гинеколога, серию проведённых УЗИ, лабораторное обследование до проведения процедуры и т.д.

Москва (нас. 10,5 млн чел.)	6500—20 000 руб.
Санкт-Петербург (нас. 4,6 млн чел.)	4800—14 700 руб.
Казань (нас. 1,13 млн чел.)	3990—6000 руб.
Екатеринбург (нас. 1 млн 400 тыс. чел.)	6850—10 000 руб.
Владивосток (нас. 560 тыс. чел.)	5000—6500 руб.
Вязники Владимирской обл. (нас. 41,5 тыс. чел.) Возможности провести медикаментозный аборт нет, нужно ехать во Владимир или Нижний Новгород	

Для справки: стоимость самих препаратов составляет в среднем 1700 руб.

прерывания беременности не превышает себестоимости хирургического аборта и даже несколько ниже, так как не требуются услуги врача-анестезиолога, медсестры-анестезистки, операционной медсестры. Нет затрат на препарат для наркоза и другие составляющие оперативного вмешательства.

При этом, если учесть ожидаемый экономический эффект от снижения частоты и тяжести осложнений, а также незатраченные средства на преодоление последствий хирургического аборта (эндометрит, остатки плодного яйца, перфорация матки, невынашивание беременности, бесплодие, выхаживание недоношенных новорождённых), то экономия в масштабе одного региона может составить 25—30%. А если рассчитать экономию в масштабах страны по преодолению «крайней» формы бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (которое возникает после хирургического аборта в среднем в 10 раз чаще, чем после медикаментозного), то общая сумма сэкономленных средств составит приблизительно 12 млрд руб.

Расчётная стоимость хирургического аборта составляет 4886 руб. 50 коп. А между тем в программе ОМС на эти цели выделяют гораздо меньше — от 86 до 1300 руб., т. е. в несколько раз меньше реально необходимого. Каким же тогда образом справляются ЛПУ с этим экономическим затруднением?

Как выясняется, существуют различные варианты решения этой проблемы — клиники просто вынуждены отвлекать недостающие средства от других услуг и экономить, не исполняя полностью технологию процедуры. Вполне понятно, что подобная экономия дополнительно ухудшает безопасность и так уже заведомо опасной процедуры.

Расчёт стоимости метода медикаментозного прерывания беременности (по данным родильного дома г. Люберцы)

№	Статья расходов	Стоимость, руб.
1	Осмотр гинеколога*	177,00
2	Услуги медсестры	118,00
3	Клиническое обследование	1105,00
4	УЗИ (три исследования)	1050,00
5	Мифепристон 200 мг №3	1450,00
6	Миролют №4	250,00
7	Простыня одноразовая	90,90
8	Мягкий инвентарь	11,20
9	Прочие расходы	404,00
	ИТОГО	**4656,10**

Расчёт стоимости метода хирургического прерывания беременности (по данным родильного дома г. Люберцы)

№	Статья расходов	Стоимость, руб.
1	Осмотр гинеколога*	59,00
2	Осмотр анестезиолога	54,00
Операция:		
3	Врач-гинеколог*	118,00
4	Врач-анестезиолог	107,27
5	Операционная медсестра	118,00
6	Средний медперсонал	76,80
Послеоперационное наблюдение:		
7	Осмотр гинеколога*	59,00
8	Осмотр гинеколога при выписке*	59,00
9	Послеоперационное круглосуточное наблюдение	629,71
10	Клиническое обследование	1105,00
11	Халат одноразовый (3 шт.) для медперсонала	600,60 (200,20 × 3)
12	Комплект хирургический стерильный для пациентки	103,52
13	Простыня влаговпитывающая	60,60
14	Препараты и изделия медицинского назначения для проведения анестезии	250,00
15	Питание	274,00
16	Прочие расходы	1212,00
	ИТОГО	**4886,50**

* Различия в стоимости строки «Осмотр гинеколога» обусловлены двумя причинами. Во-первых, осмотр гинеколога перед медикаментозным абортом предполагает довольно продолжительное консультирование пациентки. Во-вторых, при проведении хирургического аборта гинеколог должен осмотреть пациентку четырежды, что суммарным затратам составит 295 руб. против 177 руб. при медикаментозном аборте.

Существуют ли нормативно-правовые препятствия для внедрения медикаментозного аборта?

Выясняется, что таких препятствий на сегодня — нет. Действующая в настоящее время нормативно-правовая база позволяет внедрить медикаментозное прерывание беременности в лечебные учреждения государственной и муниципальной форм собственности, работающие по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Аборт в нашей стране включён в перечень услуг, которые оказываются гражданам России бесплатно [Постановление Правительства РФ №913 от 5 декабря 2008 г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 г.» (п. II «Виды и условия оказания медицинской помощи»)]. Важно, что метод прерывания беременности этой программой не регламентируется.

Метод прерывания беременности также не указан в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1, ст. 36. Искусственное прерывание беременности (см. выше).

Вот и получается, что несмотря на сохраняющуюся до сих пор инертность службы охраны материнства и детства, медикаментозный аборт при здравом рассуждении — метод выбора для прерывания беременности. Причём с любой точки зрения — самой пациентки, врача акушера-гинеколога, главного врача лечебного учреждения и даже руководителя здравоохранения высокого уровня.

В остатке единственный вопрос, адресованный в первую очередь руководителям: может быть, уже настал момент от слов перейти к делу? SP

Библиография: **www.praesens.ru**

ФОТО: ИТАР-ТАСС

чувства и предубеждения

Две проблемы медикаментозного аборта — кровотечения и неполный аборт

Текст:
проф. И.С. Савельева

В течение последних двух десятилетий медикаментозный аборт упорно отвоёвывает своё место в структуре индуцированных абортов. Женщины отдают ему предпочтение в силу его большей простоты, возможности личного участия в процессе аборта, ожидания меньших болевых ощущений, а также отсутствия страха перед хирургической процедурой. В качестве недостатков называют, как правило, необходимость ждать завершения аборта и новизну метода.

С точки зрения врачей, медикаментозный аборт, наряду со всеми его преимуществами как неинвазивной методики, может помочь им преодолеть личное отрицательное отношение к абортам как к процедуре, которая требует разрушения плодного яйца, что называется, собственными руками. При медицинском аборте роль врачей заключается в предоставлении информации, раздаче таблеток, наблюдении за процессом и оказании поддержки, а хирургические навыки требуются только в небольшом числе неудачных случаев и при чрезмерном либо продолжительном кровотечении.

Однако несмотря на то, что накоплен значительный опыт ведения женщин при использовании медикаментозного аборта, не только для начинающих врачей, но и для женщин, выбирающих этот метод, наиболее насущными проблемами остаются, пожалуй, две:

- кровотечения;
- неполный аборт, или, выражаясь языком пациенток, «остатки».

Нам бы хотелось максимально полно и объективно разобрать эти вопросы, вызывающие столько споров и разногласий.

Кровотечение

При медикаментозном аборте после приёма мизопростола у большинства женщин возникают кровяные выделения из половых путей.

Если прерывание беременности осуществляется на ранних сроках (до 63 дней аменореи), большинство женщин, использующих комбинацию «мифепристон—простагландин», испытывают более сильное и более длительное кровотечение, чем при нормальной менструации. При этом около 85% пациенток каких-либо жалоб не предъявляют.

Продолжительность и выраженность кровотечения находятся в прямой зависимости от срока беременности. При сроке беременности 3–4 нед у 95% пациенток аборт протекает как обычная менструация, однако с увеличением срока беременности кровотечение может быть обильнее, чем во время менструации.

И для женщин, и для медицинских работников важно осознавать, что *кровотечение является обязательным атрибутом медикаментозного аборта*.

Вот почему для своевременной оценки кровопотери при медикаментозном аборте особую значимость приобретает *консультирование пациентки*, в процессе которого всегда нужно обсуждать с женщиной способы оценки кровопотери (число прокладок), настораживающие симптомы, а также алгоритм действий женщины при возникновении вопросов или осложнений.

[Прежде всего, следует понимать, что кровотечение — не побочный эффект, а ожидаемая спровоцированная реакция]

Прежде всего, следует понимать, что кровотечение — не побочный эффект, а ожидаемая спровоцированная реакция, поэтому предпринимать что-либо не рекомендуется.

Кровотечение достигает максимальной выраженности через 3–6 ч после приёма мизопростола; продолжительность очень индивидуальна и зависит от ряда факторов (например, сроков прерывания и режима применения препаратов), однако кровотечение должно прекратиться в среднем за 7–10 дней. Если оно становится слишком обильным и приводит к анемизации и гемодинамическим расстройствам, такое кровотечение считают осложнением, при котором показана вакуум-аспирация и/или трансфузионная терапия.

Крайне важно объяснить женщине, что в случае сильного кровотечения она должна обратиться к врачу. О том, что возникло осложнение, женщина может судить самостоятельно по числу прокладок: при сильном кровотечении за 1 ч кровью полностью пропитываются две гигиенические прокладки максимального размера и это продолжается более 2 ч подряд.

Мировая статистика медикаментозных абортов и их осложнений свидетельствует о том, что частота кровотечений, требующих интенсивного лечения, крайне незначительна и при оказании адекватной помощи не представляет серьёзной проблемы. Вакуум-аспирация или хирургическое вмешательство (кюретаж полости матки) бывают нужны примерно в 1% случаев. А потребность в переливании крови возникает ещё реже — в 0,1% случаев.

Неполный аборт

Второй вопрос связан с частотой неполного аборта, или «остатками».

Терминология. Успешным медикаментозным абортом считаются все случаи полного аборта, при которых ни на каком этапе не возникает потребность в хирургическом вмешательстве. Неполный аборт клинически определяется как любой случай, требующий хирургического вмешательства для опорожнения матки. К случаям продолжающейся беременности относят все ситуации, при которых отмечается клинический рост плодного яйца.

Эффективность. В целом комбинация «мифепристон—мизопростол» обеспечивает 98% успеха. При этом эффективность существенно зависит от сроков прерываемой беременности и точного выполнения протоколов аборта. (Кстати, показано, что снижение дозы мифепристона до 200 мг и режимы лечения не влияют на эффективность.)

Конечные показатели эффективности при медикаментозном аборте на ранних сроках беременности в различных исследованиях практически одинаковы. Так, в одном крупном отчёте, включавшем 4132 женщин со сроком беременности до 9 нед, этот показатель достигал 98%. Другое исследование показало, что при соблюдении протоколов дозировки и режима приёма медикаментозный аборт был успешным в 94–96% случаев при частоте неполных абортов 3–5% и сохранения беременности 1–3%.

При сроке беременности до 63 дней большинство абортов (60–70%) с использованием мифепристона—мизопростола завершается уже в течение 4 ч после приёма мизопростола. На более поздних сроках беременности продолжительность периода экспульсии плодного яйца увеличивается в соответствии со сроком беременности. При этом потребность в хирургической эвакуации остатков плодного яйца также возрастает. В одном исследовании указывалось, что средняя продолжительность периода индукции составила менее 6 ч для рожавших и около 8 ч для первобеременных; более 70% женщин вернулись домой в день аборта.

Клиническую эффективность медикаментозного аборта оценивают через 10–14 дней после приёма мизопростола. Любые попытки оценить завершённость аборта раньше приводят к тому, что увеличивается частота хирургических вмешательств, поскольку у некоторых женщин аборт завершается в течение нескольких недель.

Критериями эффективности метода являются такие:

- нормальные размеры матки, отсутствие болезненных ощущений, незначительные слизисто-кровянистые выделения; или
- отсутствие плодного яйца или его элементов в полости матки по данным УЗ-исследования; или
- снижение уровня β-субъединицы ХГХ в периферической крови.

Ультразвуковое исследование по протоколу не требуется (степень доказательности А), однако большинство врачей всё же используют его по двум причинам.

Во-первых, применение ультразвука при аборте является для них в большинстве случаев рутинной практикой. Во-вторых, поскольку медикаментозный аборт для большинства врачей — новая «незнакомая» процедура, они проявляют осторожность и проводят УЗИ «на всякий случай».

Вместе с тем бывают случаи, в которых УЗИ действительно необходимо — для оценки ситуации, если не возникло ожидаемое кровотечение вследствие приёма медикаментов. Однако даже в этом случае УЗИ уместно не ранее 10–14-го дня после процедуры.

полости матки часто вызывает разногласия в ведении пациенток. Важно помнить, что «остатки плодного яйца в полости матки» — клинический диагноз, который устанавливают на основании общего и гинекологического осмотров, а также УЗИ: полость матки более 10 мм, неоднородность эндометрия за счёт гипо- и гиперэхогенных включений. Частота этого осложнения зависит от срока беременности и репродуктивного анамнеза женщины: чем больше срок беременности, на котором её прерывают, тем выше частота осложнения.

Следует отметить, что при «неоднородности эндометрия» и «наличии сгустков крови в полости матки» на 14-й день после приёма мифепристона аспирация нужна не всегда. В случае нечёткой ультразвуковой картины и отсутствия клинических проявлений задержки остатков плодного яйца (болей внизу живота, повышения температуры тела, интенсивных кровяных выделений, мягкости и болезненности матки при гинекологическом обследовании) возможны выжидательная тактика и проведение гормонального кюретажа: норэтистерон или дидрогестерон с 16-го по 25-й день от начала кровянистых выделений. Если у женщины нет признаков инфекции и кровотечения, вызывающего беспокойство, рекомендуют выжидательную тактику до 10–14-го дня с момента индукции аборта.

Женщинам с неполным абортом обычно предлагается выбор. Они могут подождать ещё неделю, пока прекратится кровотечение, а если они не хотят ждать в течение недели, то для завершения аборта им выполняют мануальную вакуумную аспирацию (МВА).

С медицинской точки зрения аспирация нужна для прекращения чрезмерно обильного кровотечения. Тем не менее при неполном аборте, когда кровотечение не является обильным, она, возможно, не является необходимой так часто, как она применяется. Некоторые клиницисты, например, рекомендуют сначала попробовать назначить дополнительные дозы мизопростола (но не превышающие допустимые), чтобы усилить сократительную активность матки.

Как показывает мировая практика, по мере приобретения опыта в проведении медикаментозного аборта врачи начинают реже пользоваться дополнительной хирургической эвакуацией. Если они и прибегают к этой процедуре, то обычно на более поздних сроках беременности, когда в этом действительно есть необходимость.

[Любые попытки оценить завершённость аборта раньше 10–14 дней приводят необоснованному увеличению частоты хирургических вмешательств]

Врачебная тактика при неудаче. Если у женщины после приёма мизопростола менструально-подобной реакции не возникает либо она выражена крайне слабо и сохраняются признаки беременности, это означает, что метод потерпел неудачу. Это осложнение наблюдают в 0,1–1% случаев.

Отсутствие эффекта от приёма мифепристона, скорее всего, связано с нечувствительностью рецепторной системы к прогестерону у некоторых женщин и/или генетически обусловленными особенностями ферментных систем печени, которые метаболизируют мифепристон.

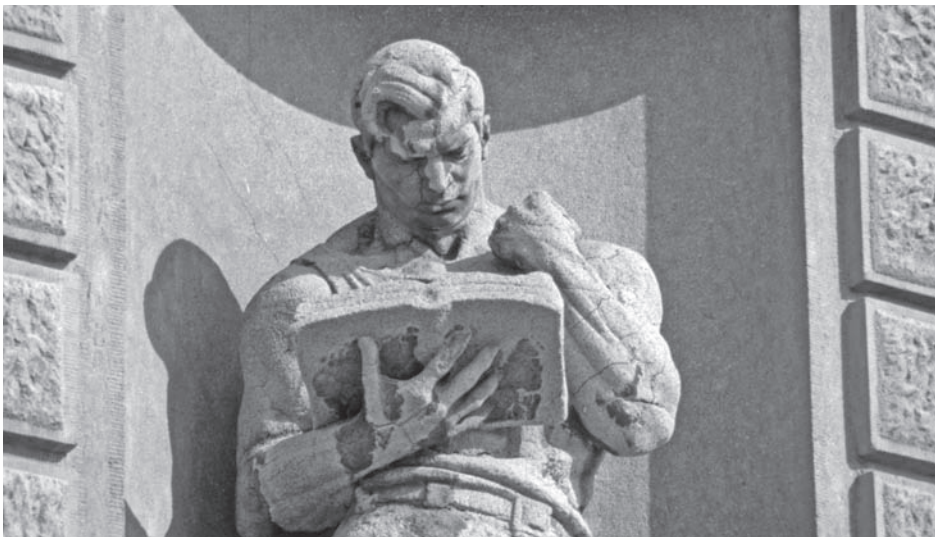
Существует мнение, что повторные дозы мизопростола (выше рекомендованных) способствуют усилению и/или развитию процесса экспульсии плодного яйца; однако при этом всегда необходимо взвешивать риск от приёма повышенных доз мизопростола.

Задержка остатков плодного яйца в

***

Во всём мире накапливаются доказательства, подтверждающие, что медикаментозный аборт — безопасная и адекватная альтернатива хирургическим методам искусственного прерывания беременности. В том числе в странах с ограниченными ресурсами.

Для успешной реализации программы медикаментозного аборта чрезвычайно важно соответствующее обучение медицинских работников, включая составленные для конкретной страны стандартные протоколы по проведению медикаментозного аборта. Таким образом, медикаментозный аборт мог бы сыграть важную роль в снижении неудовлетворённой потребности в данных услугах в России и улучшить доступ женщин к абортам. SP



читать всем... правильная книга

За 5 лет, прошедших с момента выхода первого издания этой книги, медицина ранних сроков беременности существенно продвинулась вперёд. Ни одна другая область акушерства и гинекологии не оказалась настолько богатой на новые данные, заставившие коренным образом пересмотреть диагностические, лечебные и профилактические подходы в повседневной практике акушера-гинеколога.

Существенному пересмотру подверглись концептуальные взгляды на ранние сроки беременности.

Отныне врачебное сообщество рассматривает это время как первоисточник неблагополучия во II и III триместрах, а также в перинатальном периоде.

Именно в ранние сроки закладываются основы плацентарной недостаточности и задержки роста плода, реализуются дефекты предгравидарной подготовки, упускаются мощные профилактические модальности, способные при относительно небольших усилиях ощутимо снизить перинатальную и даже материнскую смертность.

Особый акцент в издании делается на возможности прогнозировать течение беременности (в том числе с помощью современных и теперь уже доступных биохимических тестов) и профилактировать неблагоприятные варианты развития событий ещё до зачатия, проводя в рамках предгравидарной подготовки лечение инфекций, хронического эндометрита (столь распространённого после хирургических абортов), восстанавливая микробиоценоз гениталий, восполняя дефицит нутриентов, категорически запрещая курение, употребление алкоголя.

Особенного внимания заслуживает глубинное понимание авторами ещё одной важнейшей проблемы российской современности — проблемы безопасного аборта. В условиях массовой неграмотности женщин в отношении мер контрацепции аборт и по сей день остаётся основным методом регулирования рождаемости в стране. Вот почему одна из основных задач акушеров-гинекологов на сегодняшний день, помимо пропаганды контрацепции, — обезопасить женщину от негативных последствий артифициального аборта и сохранить её репродуктивное здоровье с тем, чтобы будущие желательные беременности были не только возможны, но и протекали без осложнений для женщины и плода.

Это уникальная книга.

И в первую очередь уникальность её заключается в том мощном анализе научных и практических достижений медицины ранних сроков беременности, который осуществили авторы. Внимательный читатель оценит этот труд уже по обширности библиографии. Крайне важно, что приводятся как зарубежные, так отечественные источники, а это лишний раз подтверждает, насколько полноценно в России ведётся в наше время научно-исследовательская работа.

Ранние сроки беременности

(2-е изд., испр. и доп.)

Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — М., 2009. — 480 с.

(495) 772-1182, (926) 533-0814
book@praesens.ru
www.statuspraesens.ru

холодный старт

Проблемы внедрения технологий безопасного аборта в России

Текст: проф. Г.Б. Дикке

Опыт многих стран показывает, что уровень абортов может быть намного более низким, чем в России. Так, по данным ВОЗ, в мире в 2006 г. из общего числа беременностей искусственным абортом завершилось 22%. В России этот показатель в 2006 г. составил 45,8%[1].

Общее число абортов резко сокращается в том случае, когда доступны и широко используются эффективные методы контрацепции[2]. Однако по ряду причин этот показатель ещё ни в одной стране мира никогда не снижался до нуля.

В связи с этим возникает вопрос: что современная медицинская наука и практика может предложить тому, пусть и небольшому, числу женщин, которые всё же по тем или иным причинам решаются идти на аборт?

В российской медицинской литературе преобладает взгляд на искусственный аборт как на операцию, калечащую здоровье. Во многих научных исследованиях описаны неблагоприятные последствия абортов (легальных абортов!) для здоровья женщины. Частота ранних, отсроченных и отдалённых осложнений после аборта колеблется в пределах 16–52%, при этом гораздо чаще развиваются поздние осложнения, обычно более тяжёлые, чем ранние[3].

Аборты часто выступают причиной бесплодия, невынашивания и других осложнений беременности и родов, более высоких показателей материнской и перинатальной смертности. У беременных, перенёсших в своё время аборты, на 20% чаще возникает угроза невынашивания беременности и аномалии родовой деятельности. Перинатальные потери у

женщин с абортами в анамнезе на 10–12% выше, чем у женщин, их не имеющих[4].

Вместе с тем такая авторитетная организация, как ВОЗ, признаёт, что процедуры и техника выполнения искусственного аборта на ранних стадиях просты и безопасны. Если прерыванием беременности занимаются квалифицированные медработники, используя для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты, то аборт является одним из самых безопасных медицинских вмешательств[5].

Запрягаем долго

Если мировая медицинская наука активно развивается, внедряются новые технологии, вводятся новые препараты, в том числе в сфере прерывания беременности, то Россия в этом вопросе значительно отстаёт.

Например, согласно рекомендациям ВОЗ, предпочтительными методами выполнения аборта в I триместре являются аспирация (мануальная или электрическая) и медикаментозный (применение мифепристона), а во II триместре — дилатация и эвакуация и медикаментозные способы. В России же аборты, выполненные методом вакуум-аспирации, составляют всего 23,4%. Медикаментозных абортов — самых безопасных на сегодняшний день — зарегистрировано в 2007 г. всего 22,4 тыс. (при общем числе абортов 1,3 млн), т. е. 1,72%.

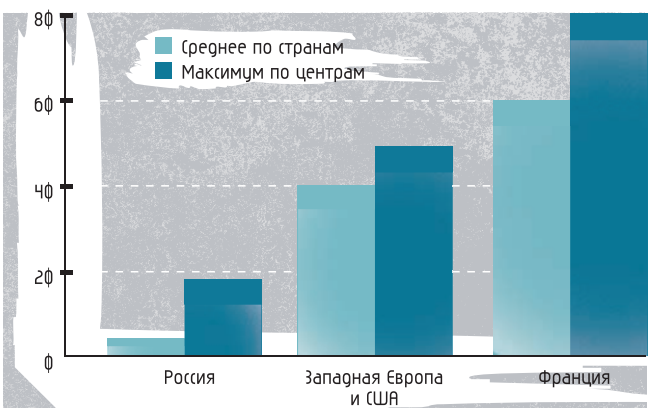
По-прежнему самым распространённым способом в России остаётся метод дилатации и кюретажа (78,9%), который ВОЗ допускает только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы.

Ещё более тревожная складывается ситуация с абортами во II триместре (22–27 нед по социальным и медицинским показаниям), которые выполняются устаревшими методами — интра- или экстраамниональным введением растворов. И хотя общая частота их невелика (1,5%, или 20 144 случаев), именно в этой группе наблюдается максимальное число летальных исходов, которые в 2007 г. составили 18,8% в структуре материнской смертности. Иными словами, количество смертей от осложнений аборта в 2007 г. было 5,6 случаев на 100 тыс. вмешательств.

Сколько смертей по причине осложнений от аборта можно предотвратить? Согласно исследованиям, проведённым в Институте Алана Гуттмахера (1998), при наличии доступа к службам выполнения безопасного аборта, вероятность летального исхода вследствие аборта, выполненного с использованием современных методов, не превышает 1 на 100 тыс. вмешательств.

Таким образом, повышение качества процедуры по прерыванию беременности следует считать одной из неотложных задач для российской системы здравоохранения.

Частота применения медикаментозного аборта в мире



В чём причины?

Согласно рекомендациям ВОЗ, основные составляющие безопасного аборта — информированность, доступность и качество. В 2009 г. по инициативе ВОЗ было проведено исследование, которое ставило своей целью оценить в России систему оказания медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности. Исследование показало, что безопасность этой процедуры не соблюдается. Причин оказалось множество.

- Низкая информированность самих врачей и населения о безопасных методах.
- Жёсткое ограничение сроков прерывания беременности безопасными методами.
- Преимущественное использование устаревших методов выполнения искусственного аборта — хирургических методов (до 12 нед) и интраамниального введения растворов (на поздних сроках).
- Высокая стоимость услуг в частных медицинских учреждениях.
- Нехватка профессионально подготовленного персонала.
- Отрицательное отношение со стороны медработников («Безопасного аборта не бывает!»).
- Недостаточный уровень знаний у медработников в области законодательства и законоприменения.
- Усложнённая процедура соблюдения нормативных требований.
- Дефицит необходимых ресурсов.
- Отсутствие клинических протоколов и стандартов оказания медицинской помощи женщинам при аборте.
- Отсутствие необходимого инструментария и средств для медикаментозного прерывания беременности в государственных ЛПУ.
- Отсутствие системы подготовки квалифицированных специалистов, выполняющих аборты.

Технология безопасности: вакуум-аспирация

Вакуумная аспирация — одна из технологий безопасного аборта. При обследовании 170 тыс. женщин, которым был сделан аборт в I триместре путём вакуумной аспирации, было установлено, что менее чем у 0,1% женщин возникли осложнения, потребовавшие лечения в условиях стационара[6].

Высокая эффективность вакуумной аспирации была неоднократно продемонстрирована на примере ряда рандомизированных контролируемых испытаний. Было показано также, что технологии мануальной и электрической вакуумной

аспирации в равной степени эффективны и могут использоваться при сроке до 12 полных недель. В России более распространены электрические аспираторы.

В случае мануальной вакуумной аспирации (МВА) необходимое разрежение создаётся при помощи удерживаемого в руках и приводимого в действие вручную пластикового аспиратора объёмом 60 мл. В некоторых случаях использование такого устройства может оказаться предпочтительнее, например в малобюджетных лечебных учреждениях, при необходимости обеспечить мобильность.

Портативная система для эвакуации содержимого полости матки — ручной шприц-аспиратор

Новые виды пластмасс сочетают в себе два свойства — жёсткость кюретки с мягкостью гибкой канюли

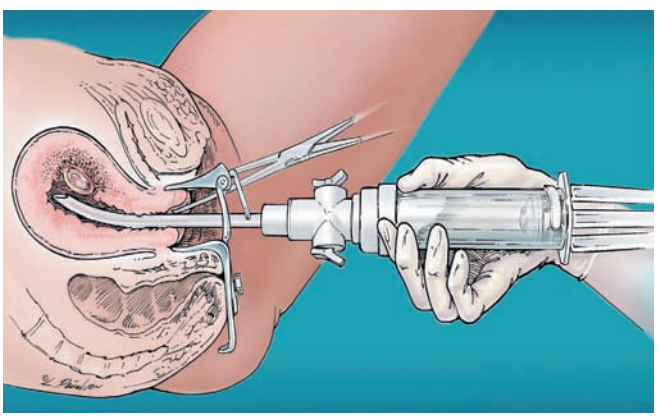
Существующие аспираторы рассчитаны на использование пластиковых канюль разного диаметра — от 4 до 12 мм. Это обеспечивает атравматичность манипуляции по отношению к матке. Возможность визуального контроля удалённых тканей позволяет избежать контрольного кюретажа.

Аборт методом вакуумной аспирации в зависимости от срока беременности занимает не более 3–10 мин, и его можно делать в амбулаторных условиях, вводя обезболивающие средства и/или применяя местную анестезию.

На самых ранних этапах беременности аспирационную канюлю вводят без предварительного расширения шейки матки. При необходимости расширения используют механические или осмотические расширители как изолированно, так и в сочетании с простагландином. Альтернативный вариант — предварительная подготовка шейки матки такими фармакологическими средствами, как мифепристон (Пенкрофтон) или простагландин (Мизопростол).

Большинство женщин, идущих на аборт под местной анестезией в I триместре беременности, чувствуют себя достаточно удовлетворительно для того, чтобы покинуть ЛПУ, проведя в послеоперационной палате примерно 30 мин под наблюдением персонала[7].

Система отечественного здравоохранения обеспечивает женщин вакуумной аспирацией в амбулаторных условиях при сроках только до 21 дня аменореи. В остальных же случаях нужна госпитализация, а сама манипуляция выполняется металлическими канюлями, как правило, под общим наркозом и завершается контрольным кюретажем.



Техника проведения аборта методом мануальной вакуумной аспирации

Технология безопасности: медикаментозный аборт

Это наиболее динамично развивающийся метод искусственного прерывания беременности. В последние годы в мире разработаны и широко применяются новые эффективные схемы, как для I триместра, так и для II триместра беременности.

Современные схемы медикаментозного аборта в I триместре

Режимы	Эффективность
Мифепристон 200 мг перорально и мизопростол 400 мкг перорально через 36–48 ч	<49 дней: 96–98%
Мифепристон 200 мг перорально и мизопростол 800 мкг вагинально через 24–48 ч *или* Мифепристон 200 мг перорально и мизопростол 400 мкг под язык через 24–48 ч	<63 дней: 95–99%

Современные схемы медикаментозного аборта во II триместре (после 12 полных недель — по медицинским и социальным показаниям)

- 200 мг мифепристона.

Затем через 36–48 ч:

- 1 мг гемепроста вагинально (повторные дозы через каждые 6 ч, не более 4 доз) *или*
- 400 мкг мизопростола внутрь через каждые 3 ч, не более 5 доз *или*
- 800 мкг мизопростола вагинально с дальнейшим введением 400 мкг мизопростола через 3 ч, не более 4 доз.

Нормативно-правовые основы безопасного аборта

Письмо МЗ и СР РФ от 2 июля 2003 г. N 2510/7213-03-32 «О применении мифепристона в акушерстве и гинекологии» ограничивает использование медикаментозного способа прерывания беременности только до 42 дней аменореи. Тем не менее в некоторых отечественных источниках 2007–2009 гг. отмечается возможность использования медикаментозного аборта в сроках

до 63 дней аменореи с использованием 1 таблетки мифепристона/мизопростола*[7,8,9].

Исследования, проведённые с участием большого количества пациенток в Институте репродукции человека (А.Г. Хомасуридзе, 2006), с применением отечественного препарата Пенкрофтон в ранних сроках беременности до 63 дней низкой дозой (200 мг) и во II триместре с использованием 200 мг Пенкрофтона и повторных доз простагландинов, выполненные под патронатом ВОЗ, дают основание для более широкого использования современных протоколов медикаментозного аборта в клинической практике.

Однако распространение безопасного аборта на территории России существенно сдерживает отсутствие необходимой нормативно-правовой базы.

Права женщины

Кроме чисто медицинских задач, на работников здравоохранения всех уровней возложена этическая и юридическая ответственность за соблюдение прав женщин, которые изложены во Всеобщей декларации прав человека (принята Генеральной ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.) и Хартии МФПС о сексуальных и репродуктивных правах (Билль о правах МФПС, ноябрь, 1995 г.), а также некоторых других международных документах, принятых к исполнению и в РФ.

Хочется напомнить, что конституционные законодательства государств, претендующих на статус современных, закрепляют не замкнутую, а открытую модель суверенитета, предполагающую приоритет именно международного права.

Устав ООН обязывает государства участвовать в самом широком международном сотрудничестве в области прав человека. Достаточно указать на Декларацию прав и свобод человека и гражданина, принятую Верховным Советом РФ в ноябре 1991 г. и впервые закрепившую доминирующее место человека в системе ценностей общественного развития. После ратификации Россией в 1998 г. Европейской конвенции о защите прав и основных свобод человека, а также иных конвенций Совета Европы с полным основанием можно говорить о том, что европейское определение прав человека официально признано в качестве действующего права на территории России.

Устав о половых и репродуктивных правах включает в себя 12 прав и представляет собой адаптированное изложение прав человека в сфере собственного воспроизводства (репродукции).

- Право на жизнь.
- Право на личную свободу и безопасность.
- Право на равенство и свободу от всех форм дискриминации.
- Право на невмешательство в личную жизнь и конфиденциальность.
- Право на свободу убеждений.
- Право на получение информации и образования.
- Право выбора вступления или невступления в брак и создания и планирования семьи.
- Право решать вопрос о рождении детей и планировать рождение детей.
- Право на медицинское обслуживание и здравоохранение.
- Право пользоваться достижениями научного прогресса.
- Право на свободу собраний и на политическое участие.
- Право на защиту от жестокого и унизительного обращения.

Постановлением специальной сессии Генеральной ассамблеи Организации Объединённых Наций (июнь 1995 г., п. 8.25) было принято положение: «В условиях, при которых аборт не противоречит законодательству, выполнение аборта должно быть безопасным». Данное положение на современном этапе должно рассматриваться как руководство к действию.

Демографическое будущее России

Для исправления демографической ситуации в России необходима активная работа, направленная на увеличение рождаемости и численности населения в целом. Это отвечает требованиям национальной безопасности государства. Однако это не должно ограничивать доступа к безопасному аборту. Ведь в конечном итоге качественные услуги в области планирования семьи направлены на сохранение репродуктивного здоровья женщины и, соответственно, репродуктивного потенциала населения.

В целом, разделяя озабоченность руководителей государства отрицательным естественным приростом населения, можно привести последний прогноз ООН до 2050 г.[11] В соответствии с этим прогнозом, Россию ждёт рост коэффициента суммарной рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни, снижение коэффициента младенческой смертности, причём на существенные величины.

Представляется, что показатели будут постепенно меняться в нужную сторону — по мере естественного замещения поколений и изменения репродуктивного поведения больших масс людей, если:

- не нарушать естественного развития в направлении второго демографического перехода, при котором ожидается повышение уровня рождаемости до простого и более воспроизводства на фоне эволюции института семьи и брака в сторону увеличения степени индивидуальной свободы;
- соблюдать действующее законодательство и права личности;
- избегать мер прямого демографического стимулирования или запретов.

SP

Библиография: **www.praesens.ru**

* «Пенкрофтона®».

Сценарии рождаемости и смертности для России до 2050 г. Средний вариант нового прогноза ООН

Показатель	1995–2000	2001–2005	2010–2015	2020–2025	2045–2050
Коэффициент суммарной рождаемости, ‰	1,232	1,139	1,182	1,357	1,75
Ожидаемая продолжительность жизни, годы	66,1	66	69,3	72	76,9
Коэффициент младенческой смертности, ‰	167	168	140	114	72

Status Praesens

{Мед полит}

[Аборт в России — состояние или sos-тояние]

аборты в России: состояние или SOS-тояние?

Финансовый кризис в стенах ЛПУ

— … Да-с. Если вы заботитесь о своём пищеварении, мой добрый совет — не говорите за обедом о большевизме и о медицине. И — боже вас сохрани — не читайте до обеда советских газет.
— Гм... Да ведь других нет.
— Вот никаких и не читайте. Вы знаете, я произвёл 3ф наблюдений у себя в клинике. И что же вы думаете? Пациенты, не читающие газет, чувствуют себя превосходно. Те же, которых я специально заставлял читать «Правду», — теряли в весе.
— Гм... — с интересом отозвался тяпнутый, розовея от супа и вина.
— Мало этого. Пониженные коленные рефлексы, скверный аппетит, угнетённое состояние духа.
— Вот чёрт...

Михаил Булгаков. «Собачье сердце» (1925)

Совет, данный профессором Преображенским, сегодня как никогда актуален. Кризис! Средства массовой информации ежедневно и последовательно сообщают нам со множеством восклицательных знаков: Кризис финансовый! Экономический!! Системный!!! Министр финансов официально заявляет: «В ближайшие 10–20 и даже 50 лет мы не будем иметь таких благополучных условий, которые были в период с 2000 по 2004 год» (то есть не только нам, но и нашим детям не придётся жить при стабильной экономике). При этом, выполняя задачу собственно информировать нас о непростой ситуации, СМИ зачастую берут на себя смелость громко заявлять о том, что пока ещё неочевидно даже для специалистов. И одна из таких тем, с удовольствием «раздуваемая» СМИ, — рост числа абортов как реакция женского населения на развёрнутый финансовый кризис.

Вот примеры заголовков, всё чаще встречающихся на страницах газет и журналов: «В России начались массовые аборты» («Аргументы и факты», 17 марта 2009 г.), «Подпольные абортарии наживаются на кризисной ситуации» («МК», 11 марта 2009 г.), «Количество запросов слова «аборт» в поисковых системах интернета выросло за последние месяцы в десятки раз» («Новое время», 6 апреля 2009 г.). А между тем статистические данные, на которые ссылаются авторы подобных материалов, маловероятны и противоречивы. Понимая, что данные официальной статистики сейчас ещё только собираются, мы решили сделать попытку разобраться в сложившейся ситуации и обратились за экспертным мнением к ведущим акушерам-гинекологам страны, чтобы узнать, как они оценивают ситуацию.

ФОТО: ИТАР-ТАСС

Каждому из экспертов мы задали четыре одинаковых вопроса:

1. Как, на Ваш взгляд, выглядит реальная взаимосвязь настоящего финансового кризиса и увеличения количества абортов?
2. Проводятся ли серьёзные аналитические исследования в данной области, и каким информационным источникам доверяете лично Вы?
3. Как Вы считаете, скажется ли финансовый кризис на успехах государственной программы по повышению рождаемости
4. Какие меры, с Вашей точки зрения, могут повлиять на демографическую ситуацию в условиях кризиса?

Серов Владимир Николаевич

Академик РАМН, докт. мед. наук, профессор, Президент Российского общества акушеров-гинекологов (Москва)

1. Финансовый кризис, как показывает положение в стране, скажется на безработице, снижении доходов и зарплат, увеличении жилищного дефицита, снижении рождаемости и, конечно, увеличении абортов.

2. Я не думаю, что серьёзные аналитические исследования возможны. Всё будет сведено к статистике, которой доверять трудно, так как часть абортов в ней не учитывается.

3. Думаю, что рождаемость вновь снизится, особенно в 2010 г.

4. В условиях кризиса можно лишь «законсервировать» положение с низкой рождаемостью. Если кризис будет затяжным, прогнозы по снижению числа россиян оправдаются.

Посисеева Любовь Валентиновна

Заслуженный деятель науки РФ, докт. мед. наук, профессор, Директор Ивановского научно-исследовательского института материнства и детства им. В.Н. Городкова (Иваново)

1. Судить об увеличении количества абортов в РФ в отсутствие данных официальной статистики, вероятно, преждевременно. Тем не менее, предварительные показатели количества абортов за I квартал 2009 г., в частности, в Ивановской области, демонстрируют неблагоприятные тенденции к его увеличению. Вероятно, взаимосвязь настоящего финансового кризиса и увеличения количества прерываний беременности существует, так как, если судить по нашему региону, то материальное положение многих семей реально ухудшилось в связи с ростом безработицы, работы в условиях неполной рабочей недели и задержки заработной платы. В то же время, ведущие демографы РФ высказывают мнение о том, что спад рождаемости не связан напрямую с ухудшением экономического положения в стране (акад. РАЕН И.А. Гундаров, 2009). Так, при сравнении самых богатых и самых бедных российских семей у первых рождаемость оказалась в 3–4 раза ниже. У «бедного» населения Дагестана, Ингушетии и Чечни рождаемость составляет 18–29 родов на 1000 жителей, а в «богатых» Центральном и Северо-Западном федеральных округах — 10,4 и 10,9 соответственно, при этом в Москве — 10,3 (данные за 2008 г.).

2. Аналитические исследования по статистике абортов, безусловно, проводились и проводятся в ведущих научных центрах соответствующего профиля нашей страны. Однако было бы преждевременно ожидать серьёзного экспертного заключения о прямой взаимосвязи количества прерывания нежеланной беременности и экономического кризиса в ближайшее время. Для того, чтобы сделать это заключение, требуется глубокий анализ ситуации в регионах с различными показателями рождаемости и экономического состояния.

3. Степень влияния экономического кризиса на успехи государственной программы по повышению рождаемости напрямую зависят от того, насколько будут реально

защищены мероприятия данной программы в новых экономических условиях — в законодательном, финансовом и идеологическом аспектах.

4. Среди мер, способных защитить и продолжить те благоприятные тенденции по повышению рождаемости и дальнейшему снижению количества абортов, которые сформировались в стране в 2008 г. благодаря активной государственной политике в данном вопросе, наиболее важными являются мероприятия по сохранению и улучшению репродуктивного здоровья семьи, а именно:

- *законодательные* — разработка федерального Закона о репродуктивном здоровье семьи;
- *медико-социальные* — совершенствование методов прогнозирования, профилактики и лечения нарушений функций репродуктивной функции в семье, меры социальной поддержки семьи;
- *духовно-нравственные* (формирование у детского и взрослого населения позитивного отношения к здоровому образу жизни, у подростков и молодёжи — ответственного подхода к своему репродуктивному здоровью и будущему родительству).

Башмакова Надежда Васильевна

Докт. мед. наук, профессор, зам. директора ФГУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества», главный специалист по акушерству и гинекологии Минздравсоцразвития РФ по Уральскому федеральному округу (Екатеринбург)

1. На фоне финансового кризиса увеличения количества абортов пока не наблюдается, так как происходит инерция относительного материального благополучия предыдущих лет. Несмотря на это, можно сделать предварительный прогноз о зависимости частоты абортов от финансового кризиса в сторону увеличения при дальнейшем снижении экономической стабильности в стране.

2. В данной области ведётся ежегодный мониторинг абортов, проводимых в государственных медицинских учреждениях Уральского федерального округа, и на основании показателей статистических данных осуществляется анализ структуры абортов. По статистической отчётности можно судить о частоте и структуре абортов, но полными эти данные назвать нельзя, так как не учитывается доля абортов, проводимых в частных медицинских клиниках.

3. Считаю, что в настоящее время государство поддерживает свои программы по повышению рождаемости. Об этом свидетельствует финансирование программ родового сертификата, материнского капитала, сроки выплаты которого максимально приближены к рождению ребёнка. Развивается программа санаторно-курортного долечивания беременных и детей.

4. На демографическую ситуацию в стране в условиях кризиса могут повлиять поддержка и развитие тех государственных программ, которые уже существуют. Но нельзя останавливаться на достигнутом, нужно двигаться в направлении создания новых государственных программ поддержки рождаемости с учётом экономического состояния в стране, а также проводить индексацию действующих программ.

* * *

Кризис — явление, безусловно, преходящее. А между тем жизнь идёт своим чередом, и, независимо от экономической и политической ситуации, невзирая на индексы финансового рынка и курсы валют, россияне хотят продолжения рода. Очевидно, что сейчас для этого нужно чуть больше усилий, чуть больше денег, однако финансовый кризис — не есть веская причина для того, чтобы «откладывать жизнь на потом»…

Приглашаем наших уважаемых читателей принять участие в обсуждении данной проблемы. Ждём Ваших писем и комментариев, наиболее интересные из которых будут опубликованы на страницах нашего журнала.

Адрес для переписки: 105005, Москва, а/я 164, e-mail: status@praesens.ru SP

88-я полоса

[1] Новорождённый крокодил — 7ф г. Вылупляется через 85–1фф дней инкубации и сразу готов защищать себя от возможных нападений • [2] Новорождённый бегемот — от 3ф до 5ф кг. Беременность длится 8 мес. Сразу после рождения, которое происходит, конечно же, в воде, бегемотик умеет отталкиваться ото дна, чтобы всплывать на поверхность • [3] Новорождённый слонёнок — около 1фф кг. Беременность у слонихи продолжается порядка 2 лет. Слонёнок практически сразу после рождения встаёт на ноги и начинает искать сосок • [4] Нормальный вес новорождённого человека — от 28фф до 42фф г. Длительность беременности — 28ф дней.

Holiday Inn MOSCOW SOKOLNIKI

Холидей Инн Москва Сокольники
Русаковская, 24

Проблемы молочной железы традиционно оказываются в сфере ответственности нескольких специалистов — акушера–гинеколога, маммолога, онколога, рентгенолога, специалиста УЗ–диагностики, пластического хирурга. И вполне очевидно, что различные подходы имеют общие цели — своевременную диагностику, качественное лечение, эффективную реабилитацию, дальновидную профилактику.

Впервые для обсуждения актуальных проблем молочной железы соберутся видные ученые разных специальностей.

Именно этому и посвящен Форум — преемственности диагностической, лечебной и реабилитационной тактики, взаимному обмену личным опытом и мировыми наработками специалистов в разных областях медицинских знаний. Тем более что за последнее десятилетие мы наблюдаем мощный научный прогресс по многим направлениям в медицине молочной железы.

Обеспечивая единое информационное поле, мы ожидаем интересных контраверсионных докладов, раскрывающих противоречия взглядов, противоречия между старым и новым...

Status Praesens

ПЕРВЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ФОРУМ

www.imc.praesens.ru +7[495]772–1182, [926]533–0814, fax [495]478–9096, info@praesens.ru

Медицина молочной железы
Москва — 2009, 29–30 июня

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Новая система ACUSON Antares

Посмотрите внимательнее

Гарантированный результат в ультразвуковой диагностике

Ультразвуковая система ACUSON Antares™ в версии Premium — самая совершенная из всех существующих ультразвуковых систем для диагностических исследований в сфере акушерства и гинекологии. Новые технологии, такие как амниоскопическая визуализация и др., еще теснее сближают врачей и пациенток благодаря превосходному качеству изображений, в том числе высочайшей детализации изображений плода. В кабинете. У пациенток. Максимально реалистичные изображения плода.

Система Antares включает в себя полный набор инструментов для акушерских исследований — современную технологию *four*Sight™ для трехмерной и четырехмерной визуализации, технологию многолучевого составного сканирования Advanced SieClear™, обеспечивающую непревзойденное контрастное разрешение, и методику усовершенствованного исследования сосудов Clarify™, четко разграничивающую анатомические структуры. Превосходные решения, гарантирующие эффективность рабочих процессов в акушерских исследованиях и непревзойденное качество изображений. Ультразвуковая система ACUSON Antares. Посмотрите внимательнее.

www.siemens.com/medical

SIEMENS

A91310-71092-A1-4A00