

<https://doi.org/10.17116/rosakush2019190217>

Мой взгляд на современное состояние акушерства и перинатологии** ***

Д.м.н., проф., акад. РАН, заслуженный деятель науки Российской Федерации Г.М. САВЕЛЬЕВА*

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. — проф. М.А. Курцер) ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

От редакции. В статье представлено мнение выдающегося акушера-гинеколога нашей страны, нашего учителя, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, акад. РАН, д.м.н, проф. Галины Михайловны Савельевой и ее учеников о современных акушерских проблемах и задачах, стоящих перед отечественными акушерами-гинекологами по снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Галина Михайловна Савельева — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, академик РАН, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. — проф. М.А. Курцер) ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Москва; Севастопольский пр., 24. тел.: 8-495-718-34-72; e-mail: gms@cfp.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8735-1281>

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Савельева Г.М. Мой взгляд на современное состояние акушерства и перинатологии. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2019;19(2):7-13. <https://doi.org/10.17116/rosakush2019190217>

My view on the current state of obstetrics and perinatology** ***

Honored Scientist of the Russian Federation, Academician of the Russian Academy of Sciences, Prof. G.M. SAVELYEVA, MD*

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Pediatrics, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

From the editor. The paper presents the opinion of Prof. Galina Mikhailovna Savelyeva, MD, a distinguished obstetrician/gynecologist of our country, our teacher, Honored Scientist of the Russian Federation, Academician of the Russian Academy of Sciences, and her pupils about the current obstetric problems and challenges facing Russian obstetricians/gynecologists to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality.

ABOUT THE AUTHOR:

Savelyeva Galina M. — Honoured Scholar of the Russian Federation, MD, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Pediatrics N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; Moscow, Sevastopolskii proezd, 24. 8-495-718-34-72; e-mail: gms@cfp.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8735-1281>

FOR CITATION:

Savelyeva GM. My view on the current state of obstetrics and perinatology. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2019;19(2):7-13. <https://doi.org/10.17116/rosakush2019190217>

Мое пребывание в профессии акушера-гинеколога начинается со времени окончания 2-го Московского медицинского института (1951 г.), когда я начала обучение в ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Передо мною и с моим участием происходило изменение отношения медицинского сообщества к акушерству. В течение многих лет акушерство не считали наукой, а рассматривали как раздел сугубо практический. В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения, что акушерство превратилось в важнейшее научное направление, которое основано на адекватных методах ведения беременности и родов и обеспечивает здоровье будущих поколений.

Начать мне хочется все-таки с исторических вех, так как с каждым последующим витком развития науки и практики должно не забываться, а использоваться все полезное, разработанное ранее.

Моими учителями были проф. Иосиф Федорович Жордания и акад. РАМН, проф. Леонид Семенович Персиани-

*e-mail: gms@cfp.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8735-1281>

**Доложено на форуме «Мать и дитя» 26 сентября 2018 г. Reported at the Mother and Child Forum on September 26, 2018

***Изложенные в данной работе положения основаны на итогах исследовательской работы коллектива с участием и под руководством автора (представлены в списке литературы).

The provisions set out in this paper are based on the results of the team's researches with the participation and under the supervision of the author (see references)

© Г.М. Савельева, 2019

нов (рис. 1 а, б). Их имена и труды были широко известны в СССР, а Л.С. Персианинова и за рубежом. В период их заведования кафедрой акушерства и гинекологии 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова в СССР было много выдающихся акушеров во всех республиках и крупных городах. В Москве — К.Н. Жмакин, В.И. Бодяжина, Ф.А. Сыроватко, А.В. Ланковиц; в Ленинграде — М.А. Петров-Маслаков, Н.Л. Гармашова; в Киеве — Н.С. Бакшеев, И.И. Грищенко и др.

Труды упомянутых акушеров определялись уровнем медицинской и прикладной науки того времени. Каждый в своем регионе обучал будущих акушеров так же, как обучали и меня.

И.Ф. Жордания во время Великой Отечественной войны был первым главным акушером-гинекологом Красной Армии. На что обращал внимание Иосиф Федорович при обучении учащихся акушерству? Во-первых, на строжайшую дисциплину и методологию. Сам он был блестящим методистом и предъявлял жесткие требования ко всем элементам работы: написанию истории родов, обследованию пациенток. Неукоснительными должны были быть знания основных разделов акушерства: строения таза и биомеханизма родов (термин И.Ф. Жордания). Все должны были знать опознавательные точки плоскостей таза, которые можно пальпировать в соответствии с продвижением головки по родовым путям; порядок оказания медицинской помощи при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии; клинику, диагностику и терапию всех осложненных беременности и родов, а также гинекологических заболеваний.

До настоящего времени знание всех вышеописанных положений помогает мне в работе, и я согласна с мнением

Иосифа Федоровича, что сказанное всем акушерам нужно знать «как свои пять пальцев». Учебники, изданные И.Ф. Жордания, изложены чрезвычайно лаконично и четко. Они были очень важны для обучения в 60-е годы прошлого столетия, и не потеряли своего значения до настоящего времени.

Метод обучения студентов, ординаторов и аспирантов академиком РАМН, Героем социалистического труда Л.С. Персианиновым был весьма своеобразным. Являясь блестящим клиницистом и хирургом широкого профиля, он как бы призывал следовать за собой всех тех, кто хотел бы обучаться. Таким же он был и в науке. Сам новатор в научных изысканиях, он поддерживал любые полезные начинания, оказывая поддержку каждому, кто хотел быть причастным к тем или иным исследованиям.

Тех же, кто не проявлял большого интереса к любой стороне деятельности в области акушерства и гинекологии, он просто не замечал. И даже малоинициативные обучающиеся постепенно втягивались в работу.

В период работы Леонида Семеновича во 2-м МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова начали внедряться новые технологии в области акушерства, которые касались и плода, и новорожденного:

- а) ЭКГ плода во время родов;
- б) определение КЩС (кислотно-щелочного состояния) крови плода, взятой из пуповины до первого вдоха;
- в) лечение гемолитической болезни новорожденного при резус-сенсбилизации и др.

А дальше наступил бум за рубежом создания новых технологий, которые начали внедряться во все области медицины. Результатом явились следующие достижения в области акушерства и перинатологии:



а



б

Рис. 1. Мои учителя:

а — И.Ф. Жордания (1895—1962); б — Л.С. Персианинов (1908—1978).

Fig. 1. My teachers:

а — I.F. Zhordania (1895—1962); б — L.S. Persianinov (1908—1978).

1. Новые представления на основе УЗИ, кардиотокографии и биохимических исследований о физиологии и патофизиологии эмбриона, плода и новорожденного.

2. Совершенствование диагностических и терапевтических мероприятий.

3. Разработка новых научно-практических направлений (внутриутробная хирургия, репродуктология — экстракорпоральное оплодотворение).

4. Высокий уровень реанимационных мероприятий и методов интенсивной терапии новорожденных.

5. Уменьшение противопоказаний к беременности и родам при экстрагенитальных заболеваниях.

6. Многоуровневое оказание помощи.

7. Стандартизация диагностических, лечебных и организационных мероприятий.

8. Создание перинатальных центров.

Одним из существенных достижений акушеров явилось снижение материнской смертности (МС); акушеров, перинатологов и неонатологов — перинатальной (ПС) и младенческой смертности.

В настоящее время (рис. 2) в Российской Федерации достигнуты очень хорошие результаты в отношении МС (по данным Минздрава России — 9,6 на 100 тыс. живорожденных). Важным является продолжить эту тенденцию.

Сравнив структуру МС за последние 2 года с данными ВОЗ, можно отметить совпадения по самой частой причине МС — экстрагенитальным заболеваниям. На 2-м месте по данным ВОЗ — акушерские кровотечения, а у нас — эмболия (причем, околоплодными водами). Это состояние в акушерстве бывает крайне редко (его устанавливают, если в легких находят чешуйки околоплодных вод), и такая высокая частота этого осложнения у нас в стране вызывает некоторое недоумение. Можно полагать, что иногда трудности в определении причины гибели женщины в связи с акушерскими проблемами могут приводить к расширенной диагностике эмболизации околоплодными водами. Но утверждать это сложно. Кровотечение среди причин МС с

1-го места в прошлом переместилось на 3-е место. Это может свидетельствовать о своевременном выполнении разработанных стандартов во всех регионах и, безусловно, отражает существенные достижения акушеров.

Одной из неблагоприятных сторон современного акушерства является «безудержное» увеличение частоты кесарева сечения (КС). С увеличением частоты КС в какой-то мере произошло снижение показателей ПС, которая определяется не только оперативным родоразрешением, но и значительными достижениями реаниматологии у новорожденных. Считается оправданным увеличение частоты КС, если этот показатель сочетается со снижением ПС. Параллельно по степени это никогда не наблюдается, но направленность имеет место. Самое неблагоприятное, когда увеличение частоты КС сопровождается возрастанием ПС.

В 2005 г. в РФ частота КС составляла 17,8%, ПС — 10,2‰, а в 2009 г. частота КС возросла до 20,9%, ПС составила 7,28‰. В этот период увеличение частоты КС оправдывалось снижением ПС.

За последние 5 лет в РФ частота КС еще более возросла: в 2013 г. — 25,4%, в 2017 г. — 29,2%, ПС соответственно составила 9,6 и 7,5‰, так что правило о координации возрастания частоты КС и снижения ПС не столь заметно, но в определенной мере сохраняется.

Снижение ПС определяется не только и не столько частотой КС, а в большей мере достижениями в области реанимации и интенсивной терапии. Мы с успехом в своем учреждении восстановили применение краниocereбральной гипотермии, которая разработана нами еще в 60-е годы прошлого столетия для лечения детей с гипоксическим церебральным повреждением. В настоящее время шире используется с той же целью общее охлаждение ребенка.

В Москве частота КС несколько ниже, чем в РФ, но ПС на протяжении последних лет не снижается.

Увеличение частоты КС приводит к неблагоприятным последствиям для матери. Кроме всех общеизвестных ос-



Рис. 2. Показатель материнской смертности за последние 5 лет в Москве и Российской Федерации (по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации).

Fig. 2. Maternal mortality rates in Moscow and the Russian Federation in the last 5 years (according to the data of the Ministry of Health of the Russian Federation).

ложнений, появилось еще одно — истинное вращение предлежащей плаценты в рубец после КС.

Практически снизить частоту КС в современных условиях нелегко. С одной стороны, при утреннем отчете дежурного врача нередко делаются замечания по не совсем оправданному расширению показаний к КС, с другой — если доношенный ребенок поступает в отделение реанимации из-за рождения в асфиксии, как правило, обнаруживаются пропущенные показания к КС.

Считаю, что врачи совершенно незаслуженно забывают о необходимости использовать вакуумэкстракцию плода при слабости родовой деятельности или симптомах асфиксии и головке, расположенной в узкой части полости малого таза.

Не мешало бы накладывать и акушерские щипцы, но во многих учреждениях техника наложения их утрачена; кроме того, в нашей стране сохраняются металлические травматические инструменты. Поэтому настаивать на их широком внедрении в практику сложно.

Внедрение новых технологий в практику акушерства, которые в основном приходят из-за рубежа, чревато некоторыми негативными влияниями:

- потеря в определенной мере клинического мышления;
- недооценка отечественных разработок и замедленное внедрение их в практику;
- не всегда обоснованное без должной проверки использование зарубежного опыта.

Кратко остановлюсь на осложнениях, которые нередко могут быть причиной как МС, так и ПС: тяжелая преэклампсия и преждевременные роды.

По проблеме **тяжелой преэклампсии** (ПЭ) хотелось бы подчеркнуть два основных момента [1, 2]: 1) атипичное течение тяжелых форм преэклампсии у многих пациенток (не соответствующее американской классификации); 2) необходимость введения термина, определяющего угрозу наступления приступа эклампсии. Первое обстоятельство объясняет несвоевременную диагностику тяжелой, опасной для жизни ситуации, когда отсутствуют такие симптомы, как повышение АД до 140/90 мм рт.ст., выраженная протеинурия. Очевидно, что при гипотонии до беременности и цифры АД 130/80 мм рт.ст. будут слишком высокими для данной пациентки, т.е. повышение АД по отношению к исходному до беременности может не достигать 140/90 мм рт.ст. По нашему мнению, необходимо принимать во внимание прирост ДАД на 15 мм рт.ст. и более. В Москве за 7 лет нами было проанализировано течение беременности и родов у 152 пациенток с тяжелой преэклампсией, из них 10 погибли. У 76 ПЭ протекала атипично, у 70 отмечено чрезвычайно быстрое ухудшение состояния.

Среди 10 погибших пациенток с ПЭ у 2 при поступлении АД было равным 130/80 мм рт.ст., у 1 — 120/80 мм рт.ст., у 1 — 110/80 мм рт.ст. У 6 беременных отсутствовала протеинурия, у 3 она была умеренной. Единственным симптомом, который должен был насторожить врачей, были отеки. Беда заключалась в том, что пациентки не подвергались мониторингованию АД, и не проводилось активное выявление других симптомов ПЭ. А следовало бы вовремя выявить и учесть такие важные проявления ПЭ, как тромбоцитопения, синдром гиперкоагуляции, повышение уровня трансаминаз, задержка роста плода II—III степени. При малейшем подозрении на ПЭ следует более тщательно обследовать пациентку и мониторировать ее состояние при нахождении в стационаре.

Ни в коем случае нельзя игнорировать признаки страдания головного мозга, печени и почек, жалобы на головную боль, тяжесть в затылке, нарушение зрения, тошноту и боль в эпигастриальной области, повышение уровня креатинина, гипопропротеинемия и снижение сатурации оксигемоглобина. Наличие вышеописанных симптомов свидетельствует о полиорганной недостаточности, проявляющейся особенно в ЦНС, печени, почках, и требует специального обозначения в диагнозе. Проявление симптомов со стороны ЦНС означает возможную опасность наступления приступа эклампсии [3].

При постановке диагноза мы в своей практике успешно используем термин «Тяжелая преэклампсия. Критическое состояние», что обязывает к проведению дополнительных исследований и лечебных мероприятий в соответствии с приказом №572н от 01.11.12 Минздрава России; и, если интенсивное лечение в течение ближайших часов не приводит к улучшению состояния пациентки, показано экстренное кесарево сечение. Обществом акушеров-гинекологов Канады (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada — SOGC) был предложен термин «угрожающее состояние», когда имели место следующие проявления ПЭ:

- головная боль и зрительные нарушения;
- боль в грудной клетке, диспноэ, сатурация оксигемоглобина менее 97%;
- лейкоцитоз, тромбоцитопения, повышение международного нормализованного отношения или активированного частично тромбопластинового времени;
- повышение уровня креатинина и мочевой кислоты;
- тошнота и рвота, боли в эпигастрии или правом наружном квадранте живота, повышение концентрации аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, билирубина, гипоальбуминемия;
- тахи- или брадикардия плода, задержка роста плода, маловодие, нулевой или реверсный конечный диастолический компонент кровотока в венозном протоке при доплерометрии.

На основании перечисленного следует подготовить адаптированные для нашей страны методические рекомендации по ведению беременных с преэклампсией тяжелой формы.

Проблема **преждевременных родов** (ПР) является важнейшей и в социальном и в научном аспектах. Несмотря на улучшение диагностики угрозы ПР и широкое использование прогестерона для лечения таких беременных, существенного снижения частоты этого осложнения беременности не происходит [4]. Особенно большого внимания заслуживают дети, рожденные в экстремально ранние сроки. Анализируя ранние преждевременные роды (249 наблюдений за 8 лет), мы могли отметить, что выживаемость новорожденных зависит в большей мере от срока беременности, чем от их массы тела [5]. Эту правку следовало бы внести в отчетную форму Минздрава России. По нашим данным, больше 1 мес прожили только 6,3% детей, рожденных в 22—23 нед гестации, 13,1% — в 24—25 нед, 53,4% — в 26—27 нед вне зависимости от массы тела. В связи с этим стоит напомнить, что во многих странах перинатальную смерть учитывают только с 24—25 нед беременности и реанимацию новорожденных до 25 нед в полном объеме (включая искусственную вентиляцию легких) проводят только по настоятельным просьбам родителей. В нашей стране реанимация в полном объеме детей, родившихся с массой 500 г и более, осуществляется даже при сроке гестации 22—23 нед. Этот вопрос требует очень тщательного из-

учения. Ни в коем случае не следует искусственно уменьшать массу тела новорожденного, переводя ранние преждевременные роды в аборт, поскольку ложное снижение числа преждевременных родов не устраняет проблему, а, следовательно, будет требовать более тщательного изучения.

Для родившихся в сроки гестации до 25 нед нужно постараться создать благоприятные условия выживания, однако проводить реанимацию «во что бы то ни стало», чтобы получить пожизненного инвалида, вряд ли стоит. У рожденных в сроки 22–25 нед очень часто наблюдаются поражение ЦНС (гидроцефалия, судороги, синдром вегетативных дисфункций и др.), дыхательной системы и органов зрения (ретинопатии), а также инфекционные осложнения (пневмония, трахеобронхит, сепсис, инфекция мочевыводящих путей). Процесс лечения чрезвычайно длительный и дорогой, и, несмотря на все усилия, многие из глубоко недоношенных, к сожалению, умирают.

В разных странах мира рекомендации по тактике выхаживания глубоко недоношенных детей неодинаковы, но в большинстве случаев в сроке 22–24 нед вопрос решается индивидуально, после разъяснения родителям всех рисков и последствий.

В связи с трудностью обеспечения здоровья новорожденным [6], родившимся преждевременно, следует сделать все возможное, чтобы такое предотвратить. Одной из причин преждевременного рождения является многоплодие, которое, в свою очередь, может определяться экстракорпоральным оплодотворением. В 2017 г. в Центре планирования семьи и репродукции более половины беременностей при многоплодии завершились досрочно [7–9], а многоплодие чаще было результатом использования вспомогательных репродуктивных технологий. Приказ Минздрава России №67 от 26.02.03 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия предписывает: «При переносе эмбрионов в полость матки следует переносить не более 2 эмбрионов, решение о переносе 3 эмбрионов принимается пациенткой посредством дачи информированного добровольного согласия после предоставления полной информации лечащим врачом о высоком риске».

А в настоящее время нужно идти дальше — пересаживать один эмбрион и лучше после криовоздействия. Кстати, наши данные подтверждают научные сведения последних лет, что вероятность наступления беременности при переносе и одного, и двух эмбрионов одинакова и составляет >50%.

В снижении частоты тяжелых форм преэклампсии и преждевременных родов имеет значение прегравидарная подготовка у женщин из группы высокого риска развития этих осложнений [10]. К группе риска относятся пациентки, либо имевшие при предшествующих беременностях осложнения (преэклампсия, выраженная задержка роста плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, невынашивание и преждевременные роды), либо страдающие бесплодием, эндокринными нарушениями, врожденной/наследственной тромбофилией, вульвовагинитом, хроническим эндометритом.

При планировании беременности у пациенток из группы высокого риска развития тяжелых осложнений необходимо обследование, включающее следующие параметры:

- гормональный статус;
- гемостаз (звенья плазменного и тромбоцитарного гемостаза);

- титр антител к фосфолипидам и их кофакторам, ХГЧ, тиреоглобулину, тиреопероксидазе, волчаночному антикоагулянту;

- наследственные дефекты гемостаза;

- показатели доплерометрии кровотока в сосудах матки (маточных, радиальных, базальных, спиральных артериях) в середине секреторной фазы менструального цикла;

- показатели внутриматочной перфузии (интенсивность кровообращения в миометрии и эндометрии);

- показатели бактериоскопического и бактериологического исследования при подозрении на хронический эндометрит и урогенитальную инфекцию.

Прегравидарная подготовка заключается в санации очагов хронического воспаления и восстановлении физиологического биоценоза влагалища; коррекции регуляции менструального цикла (добиться полноценности 2-й фазы цикла); назначении малых доз глюкокортикоидов при вторичном антифосфолипидном синдроме; выявлении иммунной тромбоцитопении; нормализации нарушений свертывающей системы крови.

По существу прегравидарная подготовка направлена на нормализацию функции эндометрия, его готовности к восприятию оплодотворенной яйцеклетки.

Состояние эндометрия в основном определяется по данным его толщины при УЗИ и доплерометрии маточного кровообращения (рис. 3 а, б, на цв. вклейке).

В снижении материнской смертности большое значение имеет модернизация ведения больных с неотложными состояниями, такими как гипотонические кровотечения [11], вращение плаценты [12–15], разрывы матки [16, 17].

В последние годы разработаны органосохраняющие операции при указанных осложнениях, которые приводят к выживанию пациенток и сохранению репродуктивной функции. Чаще всего речь идет о гипотонических кровотечениях, при которых сохранение матки привело к снижению материнской смертности. Так, с 2015 по 2017 г. в Москве не было ни одной смерти, связанной с акушерским кровотечением. Основной вопрос — какую тактику выбрать: органосохраняющую или провести гистерэктомию?

Нужно понимать, что в условиях массивного кровотечения экстирпация связана со значительной кровопотерей — 1000 мл и более. Для пациентки такая «добавка» может стать фатальной. Кроме того, понятны последствия этого вмешательства — потеря репродуктивной функции. В Москве количество гистерэктомий в последние годы, в связи с гипотоническим кровотечением, значительно сократилось: если в 2008 г. их было выполнено 20, то в 2013 г. — всего 3, а в 2016 г. — ни одной.

Какие есть альтернативы остановке кровотечения? Эмболизация маточных артерий эффективна у 98,7% пациенток, причем вне зависимости от объема кровопотери. А вот результативность перевязки внутренних подвздошных артерий зависит от того, когда ее начинают: при кровопотере до 2000 мл кровотечение удается остановить у 92,3% пациенток, при кровопотере более 2000 мл операция бывает эффективной только у 18,2% родильниц.

Стоит приветствовать то, что врачи стараются делать органосохраняющие операции во всех ситуациях, сопровождающихся кровотечением, в том числе при разрывах матки [18]. Так, в период с 2013 по 2017 г. в родильных домах Москвы не было выполнено ни одной гистерэктомии по этому поводу. Удастся сохранить матку и у 97% пациенток с вращением предлежащей плаценты в рубец после ке-

сарева сечения. В большей мере проведению органосохраняющих операций при акушерских кровотечениях помогает использование аутотрансфузии эритроцитов. Создание и внедрение в практику аппаратов, обеспечивающих эту методику, следует считать огромным достижением медицины.

Подводя итог сказанному, хотелось бы подчеркнуть, что в данном разделе «мазками» представлены отдельные аспекты возможного снижения материнской и детской как смертности, так и заболеваемости.

В повышении качества оказания акушерской помощи огромное значение имеет подготовка кадров. К сожалению, работа на кафедре в качестве акушера не является столь престижной, как это было в недалеком прошлом. Многих пугает работа акушера по причине ее ответственности. Возможно, акушерскому сообществу целесообразно обратиться в Министерство образования с просьбой пересмотреть критерии отбора студентов для клинической ординатуры с учетом итогов работы их в студенческих кружках.

В заключение можно сказать, что проблемы современного акушерства и перинатологии требуют вдумчивого поиска правильных решений. Какие аспекты сегодня особенно важны? Снижение частоты преждевременных родов, ятрогенного многоплодия и плацентозависимых состояний во время беременности, улучшение перинатальных исходов при своевременных и запоздалых родах, ранняя ди-

агностика наследственных заболеваний, профилактика реуз-изоиммунизации, развитие фетальной и неонатальной хирургии. Большое значение имеет проведение фундаментальных исследований, которые начаты и требуют дальнейшего продолжения в области процессов созревания половых клеток, развития эмбриона, плода и новорожденного как в норме, так и при осложненном течении беременности и родов.

Задачи современности:

1. Повышение престижа и квалификации врачей-акушеров.
2. Динамичность в создании стандартов оказания акушерско-гинекологической помощи.
3. Соответствие статистических данных истине.

Мои напутствия:

- Всегда критично оценивайте свои действия — особенно ошибочные!
- Никогда не принимайте желаемое за действительное!
- Не будьте самоуверенны. Акушерство этого не прощает!!!
- Не улучшайте искусственно статистику!

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Author declares lack of the conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Конопляников А.Г., Симухина М.А. Преэклампсия и эклампсия: новые подходы к диагностике и оценке степени тяжести. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2018;4:25-30. Savel'eva GM, Shalina RI, Konoplyannikov AG, Simukhina MA. Preeclampsia and eclampsia: new approaches in diagnosis and evaluation of severity. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2018;4:25-30. (In Russ.). <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2018-14002>
2. Шалина Р.И., Михалева Л.М., Симухина М.А., Конопляников А.Г., Штабницкий А.М. Особенности клинического течения тяжелых форм преэклампсии в современных условиях. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2017; 16:6:16-23. Shalina RI, Mikhaleva LM, Simukhina MA, Konoplyannikov AG, Shtabnitskii AM. Modern features of the clinical course of severe forms of preeclampsia. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2017;16:6:16-23. (In Russ.). <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2017-6-16-23>
3. Шалина Р.И., Курцер М.А., Штабницкий А.М., Курганская М.А., Платицын И.В. Синдром задней обратимой энцефалопатии в течении атипичной преэклампсии и эклампсии. *Акушерство и гинекология*. 2017;1:89-93. Shalina RI, Kurtser MA, Shtabnitskii AM, Kurganskaya MA, Platitsyn IV. Posterior reversible encephalopathy syndrome during atypical preeclampsia and eclampsia. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2017;1:89-93. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2017.1.89-93>
4. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Панина О.Б., Астраханцева М.М., Спиридонов Д.С. Проблема преждевременных родов в современном акушерстве. *Российский медицинский журнал*. 2014;20:5:4-8. Savel'eva GM, Shalina RI, Panina OB, Astrakhtantseva MM, Spiridonov DS. The problem of premature delivery in modern obstetrics. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. 2014;20:5:4-8. (In Russ.).
5. Шалина Р.И., Спиридонов Д.С., Латышкевич О.А., Выхристюк Ю.В., Кунях Ж.Ю., Андреев А.И. Спонтанные и индуцированные экстремально ранние преждевременные роды: исходы для детей. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2018;17:2:54-62. Shalina RI, Spiridonov DS, Latyshkevich OA, Vykhristyuk YuV, Kunyakh ZhYu, Andreev AI. Spontaneous and induced extremely preterm birth: outcomes for children. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2018;17:2:54-62. (In Russ.). <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2018-2-54-61>
6. Шалина Р.И., Выхристюк Ю.В., Караганова Е.Я., Плеханова Е.Р., Лебедев Е.В., Спиридонов Д.С. Здоровье детей, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела. *Лечебное дело*. 2016;2:14-21. Shalina RI, Vykhristyuk YuV, Karaganova EYa, Plekhanova ER, Lebedev EV, Spiridonov DS. The health of babies with extremely low and very low birth weight. *Lechebnoe delo*. 2016;2:14-21. (In Russ.).
7. Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Гамсахурдиа К.Г. Дискордантный рост плодов у беременных двойней. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2015;14:1:20-23. Sichinava LG, Panina OB, Gamsakhurdia KG. Discordant foetal growth in women with twin pregnancy. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2015;14:1:20-23. (In Russ.).
8. Сичинава Л.Г., Савельева Г.М., Панина О.Б. Глава «Многоплодная беременность». *Акушерство: Национальное руководство*. 2-е изд, перераб. и доп. Под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е. М: ГЭОТАР-Медиа. 2015;1088.

- Sichinava LG, Savelyeva GM, Panina OB. *Glava «Multiple pregnancy»*. *Obstetrics: National guidance*. 2-ed. Ed. Savel'eva GM, Sukhikh GT, Serov VN, Radzinskiy VE. Moscow: GEOTAR-Media Publ. 2015;1088. (In Russ.).
9. Сичинава Л.Г., Панина О.Б. *Глава «Многоплодная беременность»*. *Беременность высокого риска*. Под ред. Макария А.Д., Червенак Ф.А., Бицадзе В.О.. М: МИА. 2015;920. Sichinava LG, Panina OB. *Glava «Multiple pregnancy»*. *Berechnost' vysokogo riska*. Pod red. Makatsariya AD, Chervenak FA, Bitsadze VO. Moscow: MIA Publ. 2015;920. (In Russ.).
 10. Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Ларина Е.Б. Преграavidная подготовка в профилактике плацент-ассоциированных осложнений. *Opinion Leader*. 2018;3:29-34. Panina OB, Sichinava LG, Larina EB. Pregravid preparation in the prevention of placenta-associated complications. *Opinion Leader*. 2018;3:29-34. (In Russ.).
 11. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Кутакова Ю.Ю., Лукашина М.В., Панин А.В., Бобров Б.Ю. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде. *Акушерство и гинекология*. 2012;7:36-41. Kurtser MA, Breslav IYu, Kutakova YuYu, Lukashina MV, Panin AV, Bobrov BYu. Postpartum hypotonic bleeding. Use of internal iliac artery ligation and uterine artery embolization in the early postpartum period. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2012;7:36-41. (In Russ.).
 12. Латышкевич О.А., Курцер М.А., Савельева Г.М., Бреслав И.Ю., Евтеев В.Б., Платицын И.В., Шербакoва Л.Н., Анисимова Н.Б., Аболиц М.А., Панина О.Б. Антенатальная диагностика вращаения плаценты у женщин с кесаревым сечением в анамнезе. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2013;12:6:36-41. Latyshkevich OA, Kurtser MA, Savelyeva GM, Breslav IYu, Evteev VB, Platitsyn IV, Shcherbakova LN, Anisimova NB, Abolits MA, Panina OB. Antenatal diagnosis of placenta accreta in women with a history of caesarean section. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2013;12:6:36-41. (In Russ.).
 13. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Панина О.Б., Андреев А.И., Барыкина О.П., Латышкевич О.А. Вращение предлежащей плаценты (placenta accreta) у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Клинико-морфологическое сопоставление. *Акушерство и гинекология*. 2015;11:41-45. Savelyeva GM, Kurtser MA, Breslav IYu, Panina OB, Andreev AI, Barykina OP, Latyshkevich OA. Invasion of placenta previa in patients with a uterine scar after cesarean section: clinical and morphological sections. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2015;11:41-45. (In Russ.).
 14. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М., Латышкевич О.А. Опыт использования временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий при органосохраняющих операциях у пациенток с вращением плаценты. *Акушерство и гинекология*. 2013;7:80-84. Kurtser MA, Breslav IYu, Grigor'yan AM, Latyshkevich OA. Experience with temporary balloon occlusion of the common iliac arteries in patients with placenta in creta during organ-sparing operations. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2013;7:80-84. (In Russ.).
 15. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Евтеев В.Б., Нормантович Т.О., Спиридонова Е.И., Платицын И.В., Григорьян А.М., Латышкевич О.А., Коноплянников А.Г. Сравнительная характеристика эндоваскулярных методов остановки кровотечения при placenta accreta. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2017;16:5:17-24. Kurtser MA, Breslav IYu, Evteev VB, Normantovich TO, Spiridonova EI, Platitsyn IV, Grigor'yan AM, Latyshkevich OA, Konoplyannikov AG. A comparative characteristic of endovascular methods of bleeding control in placenta accreta. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2017;16:5:17-24. (In Russ.). <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2017-5-17-24>
 16. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв оперированной матки во время беременности и родов. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2015;14:3:22-27. Savelyeva GM, Breslav IYu. Rupture of the operated uterus during pregnancy and labour. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2015;14:3:22-27. (In Russ.).
 17. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв неоперированной матки во время родов. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2016;16:2:4-10. Savelyeva GM, Breslav IYu. Rupture of the inoperable uterus during labor. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2016;16:2:4-10. (In Russ.).
 18. Бреслав И.Ю. Кровотечения при поздних сроках беременности и во время родов. Возможности органосохраняющих операций. *Акушерство и гинекология*. 2016;10:52-58. Breslav IYu. Bleeding during late pregnancy and labor. Possibilities of organ-sparing surgery. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2016;10:52-58. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2016.10.52-8>
 19. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Бреусенко Л.Е., Латышкевич О.А., Штабницкий А.М. Опыт использования аппарата haemonetics cell saver 5 + в акушерской практике. *Акушерство и гинекология*. 2013;9:64-71. Savelyeva GM, Kurtser MA, Breslav IYu, Breusenko LE, Latyshkevich OA, Shtabnitskii AM. Experience with haemonetics cell saver 5+ in obstetric practice. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2013;9:64-71. (In Russ.).

Поступила 10.12.18

Received 10.12.18

Принята к печати 20.12.18

Accepted 20.12.18

К статье Г.М. Савельевой «Мой взгляд на современное состояние акушерства и перинатологии»

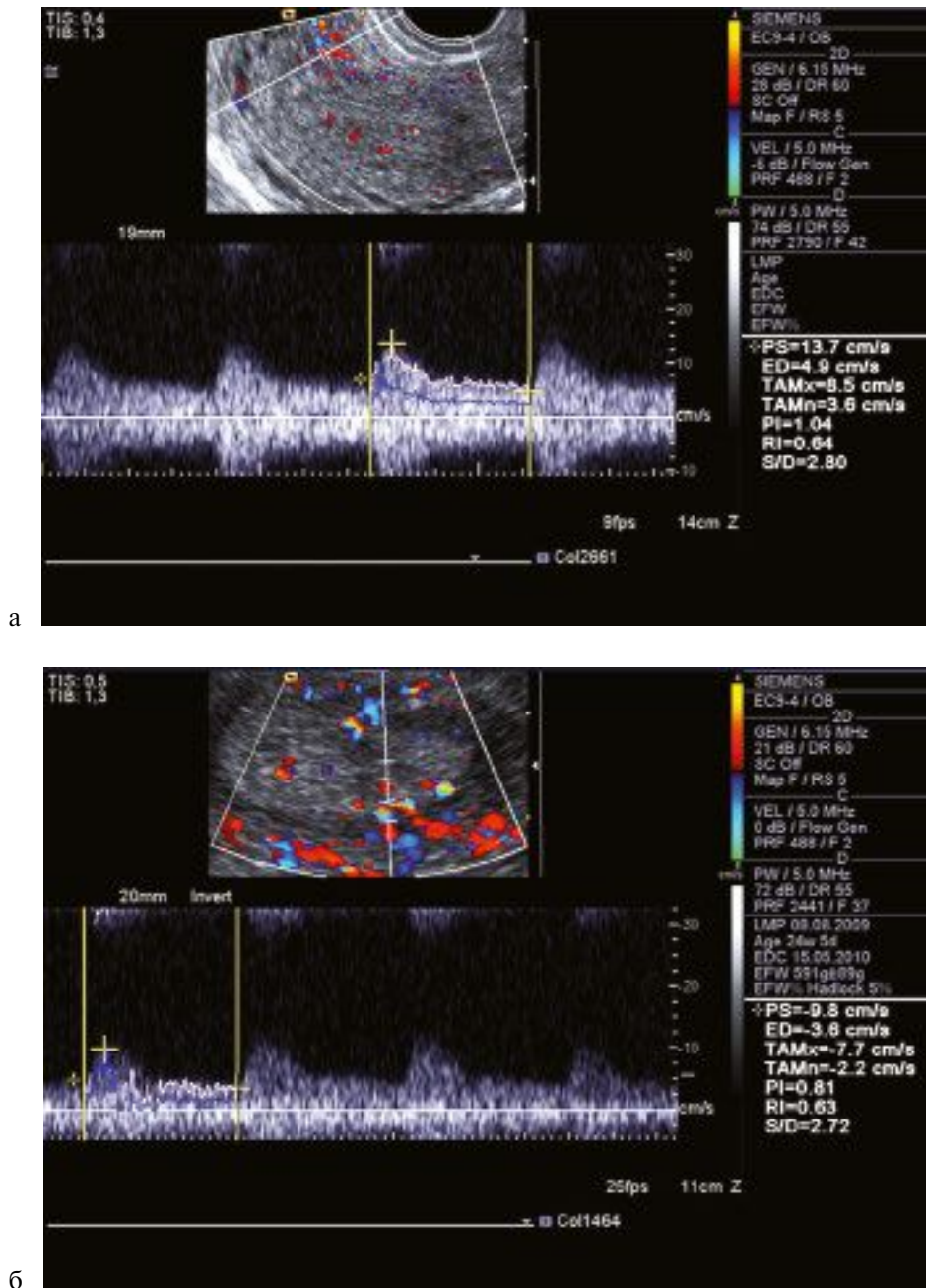


Рис. 3. Внутриматочная перфузия у пациентки С., 30 лет, с диагнозом бесплодие. а — до прегравидарной подготовки; б — после прегравидарной подготовки.

Fig. 3. Intrauterine perfusion in female patient S., aged 30 years, diagnosed with infertility. а — before pregravid preparation; б — after pregravid preparation.