ОБЗОРЫ

УДК 618.4-036

О ДЕМОГРАФИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ШИРОКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ЯТРОГЕННО ЗАВИСИМЫХ СПОСОБОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Савицкий А.Г., Савицкий Г.А.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, e-mail: agsavitsky@gmail.com

Идеологической, методологической и научной основой выбора способа родоразрешения при реализации практических проблем «акушерского сегмента» демографической программы до настоящего времени продолжала оставаться выработанная ещё в конце 1980-х гг. тактика «активного ведения родов». Цель обзора состоит в привлечении внимания членов акушерского сообщества и руководителей системы родовспоможения страны к необходимости понимания того, что проблемно широкое, официально поощряемое использование в современной акушерской практике ятрогенно индуцируемых и тотально контролируемых медикализированных родов при возрастающей частоте абдоминального родоразрешения сопровождается развитием ряда демографически значимых негативных последствий, реальное значение которых для решения акушерского сегмента государственной программы повышения рождаемости ещё должным образом не оценено и полностью не осознано. Сегодня становится очевидным, что поощряемое официальными акушерскими структурами прогрессивное развитие идеологических и технологических аспектов проблем перинатального и эксквизитного акушерства подводит акушерское сообщество страны к необходимости коренного пересмотра места и значения эволюционно выработанного естественного способа родоразрешения в репродуктивных циклах женщин современных популяций. Тот факт, что подавляющее большинство новорождённых, родившихся от матерей с медикализацией родов или через кесарево сечение, требует реанимационной и реабилитационной поддержки, ставит перед акушерским сообществом страны вопрос, касающийся как минимум неотложного углубления наших знаний в области функциональной морфологии, физиологии и биомеханики рожающей матки человека как непременного условия повышения профессиональной компетенции врача, вмешивающегося в течение родового процесса.

Ключевые слова: индуцируемые роды, ятрогенная патология, медикализация родов, демографически значимые негативные явления

ON DEMOGRAPHICALLY SIGNIFICANT NEGATIVE CONSEQUENCES OF WIDESPREAD USE OF IATROGENICALLY DEPENDENT METHODS OF DELIVERY IN OBSTETRIC PRACTICE

Savitskiy A.G., Savitskiy G.A.

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, e-mail: agsavitsky@gmail.com

The ideological, methodological and scientific basis for choosing the method of delivery in the implementation of the practical problems of the «obstetric segment» of the demographic program to date has continued to grow, developed in the late 80s of the last century, the tactic of «active childbirth.» The aim of the review is to draw the attention of members of the obstetric community and leaders of the country's delivery system to the need to understand that the problematic widespread, officially encouraged use in co-temporal obstetric practice of iatrogenically induced and totally controlled medicated childbirth at an increasing incidence of abdominal delivery is accompanied by the development of a number of demographically significant negative consequences, The real importance of which has not yet been properly assessed and fully understood in the midwifery segment of the State fertility program. It is now clear that the progressive development of the ideological and technological aspects of the problems of perinatal and excisitive obstetrics, encouraged by official obstetric structures, leads the country's obstetric community to the need to radically review the place and significance of the evolutionarily developed natural method of delivery in the reproductive cycles of women of modern populations. The fact that the vast majority of newborns born to mothers with the medicalization of childbirth or cesarean section require resuscitation and rehabilitation support raises the question of the obstetrician-Russian community of the country, at a minimum, regarding the urgent deepening of our knowledge in the field of functional morphology, physiology and biomechanics of human uterus giving birth as a prerequisite for increasing the professional competence of a doctor intervening during the birth process.

Keywords: induced childbirth, iatrogenic pathology, medicalization of childbirth, demographically significant negative phenomena

За всё время своего существования как суверенного государства Россия вынуждена преодолевать негативные последствия демографических кризисов, основными проявлениями которых является естественная убыль населения страны при сохранении низкого уровня рождаемости. Мировой

опыт противодействия негативным последствиям подобного рода демографических кризисов показывает, что сакральным, абсолютно надёжным и максимально эффективным способом преодоления этих последствий является стимуляция рождаемости, при которой большинство женщин детород-

ного возраста рожают трёх и более детей. При этом мировой опыт участия систем родовспоможения стран, успешно преодолевающих негативные последствия демографических кризисов, наглядно продемонстрировал, что конечная значимая эффективность программ повышения рождаемости прямо связана с особенностями течения и исхода родов в популяционных группах, непосредственно участвующих в реализации программы повышения рождаемости. Прогрессивный демографический результат реализации программ повышения рождаемости с особой полнотой проявляется тогда, когда у подавляющего большинства женщин беременность заканчивается нормально, физиологически текущими родами, а их исход завершается рождением абсолютно здорового новорождённого, имеющего все шансы на нормальное полноценное физическое и психическое развитие. Это означает, что для решения родить следующего ребёнка необходимо, чтобы во время предыдущих родов репродуктивная система женщины и её соматическое здоровье не понесли какого-либо ущерба, так или иначе связанного с особенностями течения родового процесса. Другими словами, благоприятное течение и окончание родов для матери и плода во многом предопределяет вероятность такого же благоприятного исхода для матери и плода последующих родовых процессов, что в большой степени и определяет конечную эффективность реализации любых программ повышения рождаемости [1]. Полтора десятка лет назад в РФ была принята Национальная программа демографического развития России [2], а в 2019 г. был дан старт Национальному проекту «Демография» с бюджетом 3 105 200 000 000 руб. В программах много уделено внимания здоровью и здоровому образу жизни, как детей, так и взрослых членов общества, при этом акцентируется внимание и на акушерском сегменте решения этого вопроса. Идеологические, методологические и концептуальные основы «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости были одобрены и получили необходимую для успешной реализации материальную поддержку. При этом уже к началу реализации конкретных акушерских задач, определяющих содержательную часть «сегмента» программы повышения рождаемости было осознано, что в сложившихся к тому времесоциально-экономических условиях и морально-этических стереотипов стимуляция женского населения страны к повторному процессу деторождения лежит вне сферы профессиональной компетенции

членов акушерского сообщества. Именно это обстоятельство и определило идеологию и методологию процесса практической реализации «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости в стране. Научной и административно-управленческой элитой страны было солидарно принято решение, согласно которому единственно правильным и возможным способом практической реализации «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости в стране является максимально возможное активное вовлечение в процесс деторождения женского населения страны при одновременно возможной минимизации перинатальных потерь. Следовательно, увеличение количества живорождённых, как основного условия программы повышения рождаемости предлагалось осуществить не столько за счёт вовлечения в продеторождения повторнородящих женщин, сколько за счёт активного вовлечения в этот процесс довольно значительного количества женщин, которые «ещё вчера не могли реализовать свою детородную функцию по тем или иным медико-биологическим причинам». При этом в качестве абсолютно необходимого условия успешной реализации подобного проекта должна осознаваться необходимость максимального повышения уровня безопасности родового процесса как для матери, так и для плода. Также предполагается максимально возможное повышение и укрепление реальных компетенций реанимационно-реабилитационной части неонатологической службы родовспомогательных учреждений. Хотели бы мы того или нет, но оказалось, что медико-биологическая сущность «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости в РФ изначально была сориентирована на оказание высокоспециализированной медицинской помощи контингенту беременных и рожениц, которые нуждались в оказании подобного рода помощи, что и было материализовано в создании особого рода учреждений с высоким уровнем аппаратного оснащения и развитой системой неонатологических реанимационных отделений – так называемых перинатальных центров [3, 4]. Параллельно предполагалось внедрить программы «оптимизации» деятельности существующих родовспомогательных учреждений, суть которых состояла в ликвидации «маломощных» и «нерентабельных» акушерских подразделений в составе участковых и районных больниц и создании вместо них оснащённых крупных роддомов, способных участвовать в реализации программы повышения рождаемости. Итак, в короткий срок в РФ была

создана широкая сеть родовспомогательных учреждений нового типа – перинатальных центров, которые обладали мощными неонатологическими службами, способными оказывать новорождённым адекватную длительную (на II этапе выхаживания) реанимационно-реабилитационную поддержку по качеству и объёму сравнимую с помощью, оказываемой в детских клинических больницах. В эту сеть организационно влились профильные клиники НИИ, профильные кафедры многих университетов и практически вся сеть родовспомогательных учреждений II уровня, то есть родильных домов без второго уровня выхаживания. Идеологической, методологической и научной основой выбора способа родоразрешения при реализации практических проблем «акушерского сегмента» демографической программы всё это время продолжала оставаться выработанная ещё в конце 1980-х гг. тактика «активного ведения родов» [5]. Эта тактика безальтернативно доминировала в официальном отечественном акушерстве последние три десятка лет, что подтверждают содержания практически всех новейших учебников и руководств XXI в. [6-8], рекомендуемых в качестве «настольных книг акушера». Представители научной акушерской элиты нашей страны, которые создавали теоретическую основу тактики активного ведения родов [9–11], исходили из того, что глубина познания фундаментальных основ функциональной морфологии, физиологии и биомеханики рожающей матки человека, достигнутая к настоящему времени, такова, что даёт все теоретические основания и практические адекватные способы и средства для целенаправленного индивидуального контроля и управления любым осложнением родового процесса. Нельзя утверждать – невольное это было заблуждение или сознательная бездискуссионная кампания по «подгонке» и утверждению достоверными бездоказательных умозрительных фактов, но к тому моменту была создана информационная атмосфера, в которой на уровне прямой связи утверждалось, что акушеры обладают достаточными знаниями о том, как рожает женщина и как в родах «работает» её матка. Согласно этой концепции, современный акушер располагает теоретическими знаниями и практическими способностями для инициации, моделирования, координирования и управления родовым процессом на всех уровнях его «регуляции» с помощью адекватной медикализации последнего [12-14]. В сегодняшнем реальном практическом родовспоможении через массу различного рода информационно-методических материалов доводятся сведения о том, что индуцированные и управляемые роды по своему воздействию на мать и плод в большинстве своём аналогичны естественно возникающему и протекающему родовому процессу, а во многих случаях предотвращается его патологическое воздействие на плод. На основе этих теоретических представлений сформирована практическая база способов управления и контроля индуцированными медикализированными родами [15, 16], которые широко используются в практике современного родовспоможения. Вторым чрезвычайно важным для современного отечественного акушерства положением, органично вытекающим из методологии и идеологии тактики активного ведения родов, является утверждение о том, что абдоминальный способ родоразрешения становится более безопасным для матери и плода при решении возникающих акушерских проблем, чем попытка их коррекции при естественном течении родов [17, 18]. Именно эти принявшие доктринальный характер утверждения о физиологичности медикализированных родов и доминантной безопасности кесарева сечения стали матричными определяющими современные варианты тактики активного ведения родов, которая, как прежде, оказывает решающее влияние на проблемы выбора способа родоразрешения на современном этапе развития отечественного акушерства [16, 19].

Однако случилось так, что во время решения проблемы «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости в РФ на тактику выбора способа родоразрешения начали воздействовать факторы парамедицинского, социального и даже мировоззренческого характера. С самого начала реализации программы внутриутробный плод, достигший гестационного срока 22 недели беременности и массы 500 г по рекомендации ВОЗ признавался отдельным равноправным с матерью пациентом, что, не без стараний либерального крыла отечественного акушерского сообщества, придало природой выработанным биологическим взаимоотношениям организмов матери и плода характер неких биосоциальных отношений двух равноправных субъектов, у каждого из которых имеются «свои интересы» [20-22]. Если на первых этапах реализации конкретных задач «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости в акушерском сообществе преобладало стремление к «сохранению баланса интересов» плода и матери как во время беременности, так и в родах, то по мере строительства перинатальных центров увеличилась и их роль в решении акушерских и неонатологических проблем. А главное, смешение акушерских и педиатрических задач в учреждениях, где изначально считалось, что вся их работа должна находиться под патронатом специалистов-педиатров, привело к возникновению и быстрой популяризации нового направления родовспоможения - перинатального акушерства [23, 24]. В настоящее время оно держится на нескольких идеологемах, имеющих большое практическое значение, которые определяют уже мало анализируемый и контролируемый дрейф интересов обоих пациентов от первичного соблюдения баланса интересов в сторону примата интересов плода. Адепты перинатального акушерства полагают, что как во время беременности, так и, что еще важнее, во время родов в организме матери по тем или иным причинам могут возникать условия, нарушающие параметры среды обитания плода, которые могут угрожать его здоровью и даже жизни. В современном перинатальном акушерстве распространено убеждение, что даже физиологически протекающие роды могут оказывать негативное влияние на организм плода, если по каким-то причинам его способность противостоять обычному родовому стрессу снижены. Любые же варианты осложнённых родов априори признаются фактором негативного влияния на плод. На основании этих идеологем сегодня сформирована доминантная концепция перинатального акушерства, суть которой можно выразить следующим образом: «...При возникновении условий, нарушающих параметры среды обитания плода во время беременности или в родах, которые угрожают здоровью или жизни плода и не могут быть устранены консервативными мерами воздействия, методом выбора является абдоминальное родоразрешение по мотивам соблюдения интересов плода». В унисон с адептами перинатального акушерства действуют сторонники ещё одного нового направления современного родовспоможения - эксквизитного акушерства [25-27]. Благодаря действительно выдающимся достижениям современной медицины, в том числе хирургических способов и методов лечения, у довольно большого контингента женщин детородного возраста, которые раньше и не мечтали о беременности, появилась возможность, используя новые уровни терапевтической и хирургической поддержки, беременеть и рожать без непрогнозируемого риска для своего здоровья. Главный лозунг практики эксквизитного акушерства - «то, что вчера было невозможно и запрещено, сегодня разрешено и возможно». Естественно наступившая или индуцированная бере-

менность у подобного рода женщин под тщательным контролем за состоянием беременной часто ведётся на допустимой грани риска, пролонгируется до возможно максимального разумного срока, гарантирующего жизнеспособность плода и в большинстве случаев прерывается абдоминальным путём, так как априори естественные роды у этих женщин считаются нежелательными и опасными для их здоровья [17, 18]. Именно поэтому это направление в современном отечественном акушерстве основано на использовании сверхактивной тактики ведения беременности при практически обязательном исключении родового акта из репродуктивного цикла данной категории беременных. Сегодня становится очевидным, что поощряемое официальными акушерскими структурами прогрессивное развитие идеологических и технологических аспектов проблем перинатального и эксквизитного акушерства подводит акушерское сообщество страны к необходимости коренного пересмотра места и значения эволюционно выработанного естественного способа родоразрешения в репродуктивных циклах современных популяций женщин. Это обстоятельство позволяет начать процесс идеологической трансформации биомедицинской проблемы выбора способа родоразрешения в проблему мировоззренческую со всеми вытекающими отсюда последствиями, в том числе чисто практического характера. Научно-практические доминанты, используемые в отечественном родовспоможении для решения проблем «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости уже на протяжении последних полутора десятков лет, материализуются в лечебных учреждениях разного типа – от престижных рейтинговых специализированных отделений профильных НИИ и прекрасно оборудованных перинатальных центров, до родильных отделений районных больниц и частных родильных домов. Все продолжающие считаться государственными, родовспомогательные учреждения в РФ функционируют на основе хозрасчётно-страховой медицины [28]. Если несколько примитивизировать проблему, то можно считать, что во время родов в родильном зале родовспомогательного учреждения любого ранга одновременно взаимодействуют сразу четыре субъекта права, у каждого из которых есть свои специфические интересы, не во всём совпадающие, но официально документально закреплённые. Двое из этих субъектов - администрация родовспомогательного учреждения и страховая компания, взаимодействуя между собой на консенснусно-договорной

основе, заранее определяют организационно-методические и материально-технологические предстоящих родовых процессов, их стоимостное выражение и объём реального вмешательства врача в родовой процесс, который не должен, по мнению экспертов страховых кампаний, выходить за пределы планируемых страховых вознаграждений по принятым сеткам шифрования медицинских услуг. Итоги этого взаимодействия указанных сторон закреплены документально в большом количестве методических материалов рекомендательного, а в последнее время всё чаще – обязательного и даже законодательного характера. Причём все документы этого рода, независимо от рангового положения их создателей и степени их научной и практической обоснованности, носят убедительный, дидактически позитивный характер, формально гарантируя достижение благоприятного клинического эффекта при их использовании. Точно так же роженица и её окружение заранее ориентированы только на благополучный исход родов для обоих пациентов, что в сегодняшней реальной действительности становится фактором угрозы судебного преследования врача в случае патологических отклонений в течении родов или их неблагоприятном исходе. При этом мысли и надежды беременной, которые ранее были наполнены возвышенными чувствами, любовью и верой в благополучный исход родов и веру в доктора и акушерку, у современных женщин всё чаще и чаще принимают угрожающий договорный вид юридического требования к акушерам с довольно негативным эмоциональным наполнением. Такая трансформация общественного популяционного сознания беременных возникает на основе широкой пропаганды передовых успехов при создании конечной методической базы документов для работы родовспомогательных учреждений, охватывающих, в том числе и «рукомесло» акушеров, которые постепенно теряют личностные характеристики и превращаются в «обслуживающий персонал».

Итак, в современном отечественном родовспоможении доминирующие позиции обрела система «тройного контроля» профессионального поведения врача-акушера в родильном зале, которая объективно понуждает его, во-первых, действовать, практически без права обсуждения, в рамках представленных ему методических документов, а во-вторых, используя их содержательную суть, выбрать наиболее безопасный способ родоразрешения каждой пациентки. При этом «безопасность» в современном понимании — это не только со-

хранение привычных нам с учебной скамьи «идеалов» сохранения здоровья своих пациентов, а превратившиеся в жёсткую юридическую ответственность врача взаимоотношения с администрацией лечебного учреждения, страховой медицинской компанией и, наконец, пациенткой.

Деликатность парадоксальности ситуации, сложившейся в настоящее время в информационном поле отечественного акушерства в разделе теории родов, состоит в том, что:

- все фундаментальные догматы понимания основ функциональной морфологии, физиологии и биомеханики рожающей матки человека, равно как и представления о генезе родовых сил, механизмах управления и координации родовой деятельности матки, механизмах конвертации энергии родовой схватки во внешнюю работу по «дистракции» шейки матки сложились в середине прошлого века, на фоне «теоретического вакуума» были аксиоматично приняты советскими акушерами и упорно отстаиваются отечественной акушерской элитой до сих пор [29, 30];
- восторженное - понятное ние советских учёных к западной научной культуре в прошлом веке, которое привело к принятию, без проверки её достоверности, доктрины биомеханики родовой схватки Caldeyro-Barcia R., Reynolds S. et Alvarez Н., которая так никогда и никем не была доказательно подтверждена. Однако совершенно непонятны мотивы, по которым все авторские коллективы, издающие учебники и клинические руководства по акушерству, представляемые, как «настольные книги акушера» [14, 19, 30], упорно, на протяжении уже более полувека, продолжают всё так же безуспешно отстаивать теоретические конструкции, которые не имели и не имеют реальных перспектив использования в акушерской практике и абсолютно не востребованы всеми практическими акушерами в методическом плане. Более чем недоумение вызывает и то, что эти «аксиоматические постулаты» не используют при создании методических рекомендаций сами их яростные сторонники. Данный факт, точнее отсутствие его широкого обсуждения и диалектичности в его развитии, остаётся основной «загадкой» современного отечественного акушерства;
- огромное количество поточно создаваемых методических документов и руководств, на основе которых производится нынешнее управление профессиональным поведением врача-акушера в родильном зале, не имеют ментальной связи с доминирующими представлениями о функцио-

нальной морфологии и физиологии родовой схватки, которые постоянно тиражируют современные учебники и руководства по акушерству.

- также можно назвать парадоксальной ситуацию, в которой обе инстанции, понуждающие врача строго следовать при ведении родов методическим инструкциям, а именно администрация ЛПУ и страховая кампания, точно так же, как прокурор или судмедэксперт в случае неблагоприятного исхода родов для плода или матери, которые проводились врачом строго по «духу и букве закона», тем не менее не отказываются от административного или судебного преследования врача вследствие допущенных им «врачебных ошибок», которые всё-таки чаще верифицируются с учётом заключений грамотных опытных экспертов, нежели только при использовании регламентирующих методических документов.

Противоречивость ситуации усугубляется ещё и тем, что профессиональная компетентность, например, современного поколения практикующих врачей (стаж 5–20 лет), к сожалению, в меньшей степени определяется способностью использовать индивидуально осмысленный опыт на основе логичного и грамотного сопоставления своих разносторонних познаний с часто возникающими нестандартными клиническими ситуациями - то, что во врачебном сообществе называется «рукомеслом» или мастерством! В большей своей части формирующееся поколение акушеров отличает «стандартная» профессиональная компетенция, основанная на познании существа наиболее значимых (высокоранговых) рекомендательных документов и, соответственно, способностью своевременно подбирать наиболее безопасный алгоритм услуги с учётом интересов всех участников стоящего перед ним юридического триумвирата. Можно говорить о том, что на фоне внедрения неолиберальной западной идеологии в отечественное акушерство формирующееся поколение акушеров начинает отличать стереотипное «фабричное производство», которое даёт «достаточный» объём знаний для использования в практике типовых методических рекомендаций, которые по замыслу должны позволить выбрать наиболее безопасный путь и способ рождения живого ребёнка.

Итак, на формирование стратегии и тактики решения узкоспециальных проблем «акушерского сегмента» повышения рождаемости в стране, в частности на решение проблемы выбора способа родоразрешения, оказывают серьёзное влияние «чисто медицинские» факторы, такие как идеология

и методология тактики активного ведения родов, уже популярные положения перинатального и эксквизитного акушерства и, безусловно, современный уровень понимания основ функциональной морфологии, физиологии и биомеханики рожающей матки человека, интеллектуальная и прагматическая мощь которых сконцентрирована в огромном количестве документов, определяющих сегодня особенности профессионального поведения врача в родильном зале.

Следующая группа факторов «парамедицинской» природы явилась производной изменений условий взаимоотношения врача с роженицей и другими фигурантами, участвующими в организации и осуществлении родового процесса уже на основе хозрасчётно-страховой медицины. Мы все являемся свидетелями того, как изменение социально-экономического уклада функционирования родовспомогательных учреждений привело к ощутимым изменениям стратегии и тактики ведения родов. И, наконец, нельзя сбрасывать со счёта такой фактор мировоззренческого характера, как манипуляции с различного рода экстраполяциями «прав человека» на внутриутробный плод [20-22]. Как минимум в течение последнего десятилетия, получив одобрение и огромный объём материальной поддержки от государственных структур, на этой идеологической и методологической основе решались стратегические и тактические проблемы участия акушерского сообщества страны в решении проблем повышения рождаемости. Напомним, что стратегически важные проблемы, которые должно при этом решать акушерское сообщество состоят, во-первых, в максимально возможном вовлечении в процесс деторождения контингента женщин детородного возраста, у которых были проблемы с реализацией их репродуктивной функции и, во-вторых, максимально возможное снижение перинатальной смертности.

К концу первого десятилетия XXI в. отечественное акушерское сообщество уже сформулировало основные положения идеологической и методологической платформы своего участия в программе повышения рождаемости в стране. К этому времени в практическом родовспоможении уже доминировали положения тактики активного ведения родов и значительно усилили свои позиции положения перинатального акушерства. Это означало то, что в конце первого десятилетия XXI в. из каждых 100 рожениц, поступающих на роды в отроддома, приблизительно ечественные у 40 имелись шансы на естественное течение и завершение родов без вмешательства акушера в родовой процесс и, соответственно, высокие шансы на дальнейшее нормальное физическое и психическое развитие новорождённых. У каждой 5 из 100 рожениц роды закончатся путём операции кесарева сечения. У остальных 40 рожениц роды будут завершены естественным путём, но сам родовой процесс будет протекать под тотальным ятрогенным контролем с полной или частичной медикализацией родового процесса. Одна из этих женщин выпишется из стационара без ребёнка (перинатальная смертность в 2000 г. была близка к 8 промилле). В последующее десятилетие на базе той же идеологической и методологической платформы на фоне оптимизации деятельности родовспомогательных учреждений отмечается главный позитивный эффект – значительное возрастание мощностей реанимационно-реабилитационных возможностей неонатологической службы. На этом фоне были достигнуты демографически значимые результаты исходов родов. Уже в 2012 г. перинатальные потери составили всего 4 промилле, то есть за прошедшее десятилетие произошло снижение этих показателей в два раза. Перинатальная смертность - это интегральный показатель, состоящий из двух компонентов – показателя мертворождения, то есть количества плодов, родившихся мёртвыми, и показатель гибели живорождённых плодов уже после их рождения. Накопленные к настоящему времени в мире данные свидетельствуют о том, что профилактика мертворождения связана как со своевременным родоразрешением, так и с минимизацией патогенного воздействия на плод осложнений беременности и самого родового процесса. Но на современном этапе развития хозрасчётно- страхового родовспоможения факт антенатальной гибели плода в лечебном учреждении или, тем более интранатальной гибели (в родах), практически всегда на экспертном уровне связывается с некомпетентностью, проявленной при ведении беременности или родов.

Постнатальная гибель живорождённых детей при современном уровне реанимационных и реабилитационных возможностей неонатологических служб связана либо с наличием у плода несовместимых с жизнью аномалий развития, либо с получением в родах повреждений, последствия которых не удалось корригировать. Следовательно, в определённой части случаев и постнатальная смертность также связана с некомпетентным ведением беременности и родов. Тем не менее можно ли считать двукратное снижение показателей перинатальной смертности прямо связанным с позитивным влиянием на отечественное

родовспоможение научных доминант тактики активного ведения родов и положений перинатального акушерства?

В отличие от 2009 г. в 2019 г. из 100 рожениц, поступающих для родоразрешения в родовспомогательные учреждения страны, уже только у 30 есть шансы на естественное интактное протекание родов с благополучным завершением для матери и плода. При этом также 30 рожениц завершат беременность оперативным путём - кесаревым сечением. Остальные 40 беременных будут рожать в условиях полного контроля и управления родовым процессом при частичной или полной его медикализации. При этом, по нашим данным [31], от половины до двух третей всех кесаревых сечений сегодня производится при неудачном использовании медикализации родового процесса, которая приводит либо к развитию некурабельных вариантов гипотонической дисфункции матки, либо к ятрогенно индуцируемым вариантам гипертонической дисфункции матки, которые плохо поддаются коррекции и приводят к дистрессу плода [32–34]. В сегодняшнем практическом родовспоможении одна треть медикализированных родов заканчивается абдоминальным родоразрешением по показаниям со стороны плода. Наш собственный практический опыт и опыт экспертного участия в судебно-медицинских экспертизах позволил нам предполагать, что сегодня интранатальная смерть плода в подавляющем большинстве случаев прямо связана с некомпетентным ведением родов, которое приводит к возникновению у плода несовместимых с жизнью повреждений гипоксического или травматического характера [35]. И здесь есть все основания считать, что некоторое снижение интранатальных потерь детей связано именно со своевременным абдоминальным родоразрешением, в том числе и набирающем популярность превентивным кесаревым сечением, которое в целом исключает естественные роды из репродуктивного цикла женщины. Снижение же постнатальных детских потерь отнюдь не связано с более высоким уровнем ведения осложнённых родов и, следовательно, с уменьшением количества новорождённых, которые перенесли неблагоприятное воздействие на свой организм негативных для них влияний родового акта. Это снижение является абсолютной заслугой неонатологической службы родовспомогательных учреждений, резко увеличившей свои возможности по оказанию адекватной помощи реанимационной помощи, нуждающимся в ней новорождённым. Напомним, что если в 2009 г. только около 300 из 1000 новорождённых нуждались в реанимационной и реабилитационной поддержке, то в 2019 г. их число уже превысило 600 на 1000 новорождённых. При этом абсолютное большинство новорождённых, нуждающихся в помощи, родились от матерей, роды у которых проводились в условиях медикализации или были закончены кесаревым сечением. И по официальным данным [2] рост заболеваемости происходит за счёт доношенных детей, среди которых заболеваемость за последний десяток лет выросла в 2,5 раза, тогда как среди недоношенных – только в 1,6 раза. И учитывая всё вышеизложенное, уже можно говорить о том, что этот факт не является парадоксальным, а отражает глубокие эволюционные негативные процессы в развитии отечественного акушерства, требующие немедленного разрешения.

Итак, анализируя демографически значимые последствия активного участия акушерского сообщества в решении проблем «акушерского сегмента» программы повышения рождаемости в стране, можно сделать, по крайней мере, три обоснованных вывода:

- 1. Вероятно, позитивной можно признать программу максимального вовлечения в процесс деторождения женщин репродуктивного возраста, которые ранее не имели возможности реализовать свою детородную функцию по объективно существующим причинам.
- 2. Скорее негативным, чем позитивным фактором следует считать прогрессивно расширяющиеся условия использования абдоминального способа родоразрешения, частота использования которого во многих высокорейтинговых столичных клиниках достигает 50% и более. Рубец на матке после кесарева сечения становится фактором, очевидно ограничивающим рождаемость в непомерно разрастающейся популяции первородящих, перенесших эту операцию.
- 3. Неприемлемым, имеющим крайне негативные демографические последствия является факт серьёзного увеличения числа новорождённых, нуждающихся в серьёзной реанимационно-реабилитационной поддержке. Нельзя забывать о том, что последствия перенесённого плодом во время родов родового стресса, тяжёлой гипоксии и акушерской или родовой травмы часто снижают шансы ребёнка на его дальнейшее полноценное физическое и психическое развитие.
- 4. Следует окончательно и официально признать, что эмпирический путь развития акушерства на фоне существующей невостребованной практикой гибридной теории родовой схватки Caldeyro-Barcia R., Reynolds S. et Alvarez H., которая аксиоматич-

но и бездоказательно тиражируется всеми учебниками и клиническими руководствами по специальности, можно охарактеризовать в плане учения о родовой деятельности как весьма затруднительный в отношении своего прогресса и малоперспективный как научно-теоретический сегмент медицины.

В условиях идеологии и методологии современного родовспоможения способ родоразрешения при осложнённом течении беременности и родов выбирает врач. Уже нельзя игнорировать тот факт, что широкое использование медикализации осложнённых родов и использование абдоминального родоразрешения, сопровождающиеся развитием ряда негативных демографически значимых последствий, оказывают на программу повышения рождаемости в стране деформирующее влияние. При снижении перинатальной смертности наблюдается прогрессивное увеличение перинатальной заболеваемости, причём в большей степени за счёт доношенных новорождённых. Этот факт позволяет прогнозировать при увеличении общей человеческой популяции страны снижение уровня здоровья и качества жизни отдельных граждан в таком проценте случаев, что это может привести к усугублению общей демографической проблемы РФ в дальнейшем. И ещё, тот факт, что большинство новорождённых, родившихся от матерей с медикализацией родов или через кесарево сечение, требуют в дальнейшем реанимационно-реабилитационной поддержки, часто длительной, ставит перед акушерским сообществом страны вопрос, как минимум касающийся необходимости неотложного углубления наших знаний в области функциональной морфологии, физиологии и биомеханики рожающей матки человека как непременного условия повышения профессиональной компетенции врача, вмешивающегося в течение родового процесса.

Список литературы

- 1. Киселёва Н.И. Демография: в схемах и таблицах: М.: Финансовый университет, 2017. 141 с.
- 2. Якунин В.И., Сулакшин С.С., Багдасарян В.Э. Государственная политика вывода России из демографического кризиса. 2-е изд.: М.: ЗАО «Издательство «Экономика»», Научный эксперт, 2007. 888 с.
- 3. Володин Н.Н., Антонов А.Г., Кулаков В.И., Хальфин Р.А. Руководство по организации и деятельности перинатального центра. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 471 с.
- 4. Савицкий А.Г., Иванов Д.О. Место перинатологии в современном перинатальном центре: теоретические и практические аспекты проблемы // Детская медицина Северо-Запада. 2012. Т. 3. № 4. С. 4–11.
- 5. Абрамченко В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей. СПб: Специальная литература, 1999. 608 с.
- 6. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов. СПб.: СпецЛит, 2003. 707 с.

- 7. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 656 с.
- 8. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1200 с.
- 9. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М.: Медицина, 2006. 848 с.
- 10. Айламазян Э.К. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1200 с.
- 11. Рябцева И.Т., Айламазян Э.К., Зайнулина М.С., Тарасова М.А., Палинка Г.К., Новиков Б.Н. Акушерство: учебник для студентов мед. вузов. 7-е изд., испр. и доп. СПб.: Специальная литература, 2010. 544 с.
- 12. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник. 9-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
- 13. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. Акушерство: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 656 с.
- 14. Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1088 с.
- 15. Сидорова И.С. Акушерство: Руководство для практикующих врачей. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. 1048 с.
- 16. Муртазин А.И. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи // Критерии оценки качества. Фармакологический справочник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 960 с.
- 17. Жаркин Н.А., Логутова Л.С., Семихова Т.Г. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы // Российский вестник акушера-гинеколога. 2019. Т. 19. № 4. С. 5–11. DOI: 10.17116/гозаkush201919041.
- 18. Радзинский В.Е., Логутова Л.С., Буянова С.Н., Аксенов А.Н., Упрямова Е.Ю., Мельников А.П., Пучкова Н.В. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства: Руководство для врачей / Под ред. академика РАН В.И. Краснопольского. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Специальное издательство медицинских книг (СИМК), 2018. 224 с.
- 19. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник. 10-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 268 с.
- 20. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Правовая перинатология, как составная часть биоюриспруденции: к постановке вопроса // Юридическая наука: история и современность. 2013. № 12. С. 196–205.
- 21. Бабаджанов И.Х. Правовое регулирование статуса эмбриона человека: светский и религиозные аспекты // Юридическая наука: история и современность. 2012. № 8. С. 14–26.

- 22. Бабаджанов И.Х. Правовой статус человеческого эмбриона: несколько подходов к анализу // Юридическая наука: история и современность. 2012. № 9. С. 10–28.
- 23. Цхай В.Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие. Ростов н/Д.: Феникс; Красноярск: Изд. проекты, 2007. 512 с
- 24. Буштырев В.А., Зубков В.В., Кузнецова Н.Б., Баринова В.В. Перинатальный аудит и модуль «Neonatal near miss» как современные формы управления качеством медицинской помощи в неонатологии // Акушерство и гинекология. 2017. № 2. С. 17–22.
- 25. Алексеева Ю.А., Гиршова Л.Л., Зарицкий А.Ю., Савицкий А.Г., Васильев В.Е., Мызникова И.В., Петренко Ю.В., Вагина Е.С., Иванов Д.О., Курзина Е.А. Острый мислобластный лейкоз во время беременности (клиническое наблюдение) // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2012. № 3. С. 83–88.
- 26. Михайлин Е.С., Иванова Л.А., Савицкий А.Г., Пономарев А.М., Гедерим М.Н., Коденцева И.Ю., Минина А.Г., Давутян С.А. Случай беременности и родов у пациентки после гастрэктомии по поводу идиопатического тотального некроза желудка // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62. № 6. С. 37–39.
- 27. Михайлин Е.С., Иванова Л.А., Савицкий А.Г., Королева Л.И., Касьянова Д.С. Случай беременности и родов у пациентки с синдромом Блоха-Сульцбергера // Российский вестник акушера-гинеколога. 2017. Т. 17. № 2. С. 47–49.
- 28. Тесля П.Н. Тренды страховой медицины // ЭКО. 2016. № 11 (509). С. 22–38.
- 29. Занько С.Н., Радецкая Л.Е., Жукова Н.П., Арестова И.М., Киселева Н.И., Семёнов Д.М., Кожар Е.Д., Мацуганова Т.Н., Дейкало Н.С., Бресский А.Г., Лысенко О.В., Занько Ю.В., Дедуль М.И., Смирнова И.В. Акушерство: учебное пособие. Витебск: ВГМУ, 2017. 383 с.
- 30. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Давыдов А.И. Акушерство: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 1002 с.
- 31. Савицкий А.Г., Савицкий Г.А. Физиология конечной функции матки и реальные проблемы родоразрешения в современном отечественном акушерстве // Научное обозрение. Медицинские науки. 2020. № 3. С. 49–58.
- 32. Савицкий А.Г., Савицкий Г.А. Родовая схватка человека (клинико-биомеханические аспекты). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011. 238 с.
- 33. Савицкий А.Г., Савицкий Г.А., Милль К.В. Фундаментальные механические свойства миометрия человека. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2013. 144 с.
- Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. 287 с.
- 35. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. 688 с.