

ОБЗОР

УДК 618.4-036

**О ВЛИЯНИИ МЕДИЦИНСКИХ И ПАРАМЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ
НА ВЫБОР СПОСОБА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ
ОТЕЧЕСТВЕННОГО РОДОВСПОМОЖЕНИЯ****Савицкий А.Г., Савицкий Г.А.***ФБГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Министерства здравоохранения РФ», Санкт-Петербург, e-mail: savitsky.60@mail.ru*

В обзоре в дискуссионном порядке рассмотрена проблема возможного влияния различных медицинских и парамедицинских факторов на стратегию и тактику выбора способа родоразрешения в практике современного отечественного родовспоможения. Накопленный опыт участия акушерского сообщества страны в решении актуальных демографических проблем Российской Федерации, по мнению авторов обзора, свидетельствует о том, что реальная эффективность этого участия в настоящее время во многом определена стратегическими и тактическими доминантами выбора способа родоразрешения в тех популяционных группах женского контингента страны, которые оказываются вовлечёнными в процесс деторождения. На него оказывается многостороннее воздействие целым комплексом факторов как со стороны участников родовспоможения, так и юридических институтов, и средств массовой информации. В целом стоит вопрос о юридической и психологической защищённости акушеров, ежедневная работа которых относится к наиболее стрессовым и психологически затратным видам медицинской деятельности. Есть все основания полагать, что в инстанциях, ответственных за выбор направлений развития проблем современного отечественного родовспоможения, демографические последствия таких явлений, как прогрессивное возрастание в популяциях семей детородного возраста женщин, имеющих рубец на матке после кесарева сечения, и проблемное нарастание числа новорождённых, нуждающихся после родов в реанимационно-реабилитационной поддержке, ещё окончательно не оценены и, соответственно, прогностически не осознаны. И оба этих демографически значимых негативных аспекта имеют прямую генетическую связь с идеологией и методологией медиализации родов и выбора способа родоразрешения.

Ключевые слова: кесарево сечение, медиализация родов, проблемы родовспоможения**ON THE INFLUENCE OF MEDICAL AND PARAMEDICAL FACTORS
ON THE CHOICE OF THE METHOD OF DELIVERY IN DOMESTIC PRACTICE****Savitsky A.G., Savitsky 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: savitsky.60@mail.ru*

The review discussed the issue of the possible impact of various medical and paramedicine factors on the strategy and tactics of choosing the method of delivery in the practice of modern edema. The experience gained from the participation of the country's obstetric community in addressing the current demographic problems of the Russian Federation, according to the authors of the review, showed that the real effectiveness of such participation was now largely determined by the strategic and tactical dominants of the choice of the method of delivery in those population groups of the female contingent of countries that were involved in the process of childbearing. It was being multilaterally influenced by a range of factors, both from birth attendants and from legal institutions and the media. In general, there is a question of the legal and psychological protection of obstetricians, whose daily work relates to the most stressful and psychologically costly types of medical activities. There is every reason to believe that in the instances responsible for choosing the directions for the development of the problems of modern domestic childbirth, the demographic consequences of such events as the progressive increase in the population of families of childbearing age of women who have a scar on the mat after caesarean section and the problematic increase in the number of newborns in need after childbirth in resuscitation and rehabilitation support have not yet been finally evaluated. And both of these demographically significant negative aspects have a direct genetic relationship with the ideology and methodology of the medicalization of childbirth and the choice of the method of delivery.

Keywords: caesarean section, medicalization of delivery, problems of childbirth

Основной способ решения демографических проблем в РФ сегодня связан с проблемой повышения рождаемости, которая органично связана с проблемой повышения безопасности родового процесса как для матери, так и для плода. Накопленный в XX веке опыт решения демографических проблем в недонаселённых странах с низким уровнем рождаемости и высокой естественной убылью населения показал,

что повышение рождаемости, как основной способ решения подобного рода демографических проблем, оказывается наиболее эффективным при соблюдении ряда важных условий. Первое условие состоит не столько в вовлечении в процесс деторождения максимально возможного количества женщин репродуктивного возраста, сколько в том, чтобы увеличивать долю семей, способных на повторные, многократные роды. Второе

важное условие, определяющее конечную эффективность мер по повышению рождаемости, *состоит в необходимости обеспечения хотя бы минимальной безопасности родового процесса для матери и плода, при которой сохраняется репродуктивный потенциал женщины, а у новорождённого сохраняются максимально высокие шансы на нормальное физическое и психическое развитие*. Одновременно важно, чтобы и физические, и морально-этические, и психологические негативные компоненты, которые часто сопровождают «стационарные» роды, не становились бы преобладающей эмоциональной доминантой родивших женщин, что зачастую является хоть и субъективным, но определяющим фактором их отказа от повторных родов.

Итак, если даже отдалённая демографическая эффективность родов прямо связана с их исходом для матери и плода, а сам исход родового процесса, в свою очередь, прямо связан с особенностями физиологии его течения, то выбор способа родоразрешения становится основным компонентом программы акушерского участия в решении демографической ситуации, наблюдаемой сегодня в Российской Федерации. В этой связи проблема идентификации и понимания природы факторов, влияющих на выбор способа родоразрешения, становится высоко актуальной проблемой современного отечественного родовспоможения.

Так какие же факторы сегодня реально влияют на выбор способа родоразрешения в родильных залах наших родовспомогательных стационаров I, II и III уровней и высокорейтинговых клинических специализированных учреждениях?

Один из факторов, несомненно влияющих на этот выбор, связан с эволюцией всем известного рутинного понятия «тактики ведения родов». Из истории современного отечественного акушерства известно, что на рубеже 50–60-х годов прошлого века существовавшая тогда «выжидательная тактика» ведения родов, которую некоторые специалисты до сих пор ностальгически называют «эпохой классического акушерства», была заменена на «активно выжидательную» тактику. Последняя отличалась от первой тем, что врач, ведущий роды, уже имел идеологические и методологические основания значительно активнее, чем ранее, вмешиваться в течение родового процесса при появлении первых самых ранних признаков его отклонения от принятых в то время представлений о его физиологическом течении. В первой половине 80-х годов прошлого века в отечественном акушерстве произошло два события, которые

на последующие полвека определили существо научной платформы теории и практики родового процесса человека. Первое событие состояло в том, что солидарными усилиями научного акушерского сообщества страны была сформирована отечественная оригинальная базовая концепция понимания основ функциональной морфологии, физиологии и биомеханики родовой схватки. Интеллектуальной вершиной этой концепции стала гибридная пейсмейкерно-нейрогенная модель родовой схватки, в которой были «удачно» совмещены классическая пейсмейкерная теория R. Caldeyro-Barcia [1], популярная модель биомеханики раскрытия шейки матки начала прошлого века на основе концепции «контракции – ретракции – дистракции», предложенная Эрнстом Буммом, и созданная фантазией отечественных учёных модель реципрокных отношений различно ориентированных гладкомышечных пучков миометрия, которые обеспечены прямой нервной регулирующей работой миоцитов. Как сама базовая концепция родовой схватки, так и её производное в виде гибридной пейсмейкерно-нейрогенной модели с начала своего создания были солидарно и без углубления в основы её аргументированности признаны достоверным и, безусловно, доказательным источником сакральных аксиоматических знаний, что, с формальной точки зрения, придавало вмешательству врача в родовой процесс целенаправленный и патогенетически обоснованный характер. Так, в основном усилиями Московской школы акушерства, была создана идеологическая база перехода практического акушерства страны от тактики активно выжидательной к тактике активного ведения родов. В Ленинграде апологетом этой тактики ведения родов был проф. В.В. Абрамченко – автор популярной до сих пор монографии «Активное ведение родов» [2]. На базе идеологии тактики активного ведения родов и *уверенности в обладании глубинными знаниями о биомеханике родовой схватки* разрабатывались и внедрялись в широкую акушерскую практику новые технологии индуцируемых, программируемых и управляемых родов. Создавались новые учения, например учение о дискоординации родовой деятельности. В большом количестве специальных публикаций того времени [3–5], в итогах успешно защищённых диссертационных исследований представлялись сведения о том, что в современном акушерстве уже используются эффективные способы инициации, модуляции и координирования родовой деятельности, которые позволяют успешно и безопасно для плода и матери

завершать искусственно воспроизводимый и контролируемый родовой процесс [6; 7]. При этом декларируется, что такой процесс может не только не отличаться от естественно текущего родового процесса, но во многих случаях оказываться более бережным по отношению к организмам матери и плода и, соответственно, более предпочтительным, чем естественные «бесконтрольные» роды. По мере внедрения в широкую акушерскую и неонатологическую практику достижений анестезиологии, реаниматологии, неврологии, хирургии, способов реабилитационной поддержки новорождённых у сторонников тактики активного ведения родов появилась, с одной стороны, возможность, а с другой – потребность пересмотра отношения к вопросам оперативного родоразрешения. Сегодня даже в самых высококвалифицированных родовспомогательных учреждениях абдоминальный способ родоразрешения объективно становится не только более безопасной альтернативой для матери, и особенно для плода, при попытке родоразрешения через естественные родовые пути беременных с повышенным риском развития осложнений в родах, но и превращается в способ решения различного рода современных проблем акушерства юридического, страхового, административного и даже парамедицинского характера.

Если судить по содержанию новейших учебников и руководств по акушерству, вышедших в свет уже в XXI веке [8–10], то можно безапелляционно сделать вывод о том, что идеология активного ведения родов со всеми её материализованными атрибутами в виде концепций, моделей, клинических алгоритмов сохраняет свои доминирующие позиции и в сегодняшнем официальном отечественном акушерстве [11; 12]. Итак, одним из факторов, влияющих на выбор способа родоразрешения в современном практическом акушерстве [13–15], *остаётся идеология и практика активного ведения родов*. При этом основными догматами, представляющими эту доктрину, остаются следующие:

- *необходимость тотального врачебного контроля* за особенностями течения родового процесса с ранним, а лучше превентивным вмешательством в его течение для прогностической ранней коррекции течения родов с целью предотвращения развития возможных осложнений, угрожающих здоровью и жизни матери и плода;

- *широкое использование медикализации* (увеличение сфер медикаментозного и методического влияния на физиологические процессы человека, в том числе и на процессы сознания и познания, включая

процессы управления) родового процесса как при спонтанном начале родов для предупреждения возможных осложнений для матери и плода или их коррекции, так и при проведении индуцируемых родов;

- *расширение показаний для использования абдоминального способа родоразрешения* как средства предотвращения неблагоприятного воздействия на плод и мать осложнённого течения родов или для исключения родового процесса из репродуктивного цикла женщины в плановом порядке.

На некоторые аспекты идеологии активного ведения родов также оказывает серьёзное воздействие ряд парамедицинских факторов, что в значительной степени также влияет на проблемы выбора способа родоразрешения. По рекомендациям ВОЗ руководство отечественным родовспоможением обязало акушеров страны считать внутриутробного плода, достигшего возраста 22 недель беременности и массы 500 г., полноценным пациентом, и, *главное – перспективным во всех планах для решения демографических проблем государства*, со всеми отсюда вытекающими биологическими, медицинскими и правовыми последствиями. При этом догматы неоллиберальных представлений о «правах человека» в этих случаях ещё и трансформировались во внешне убедительный и правдоподобный суррогат, который по замыслу должен убеждать нас в его эволюционной целесообразности и соответствии законам продолжения вида. Биологические взаимоотношения организмов матери и плода превратились во взаимоотношения двух равноправных субъектов, у каждого из которых, как оказывается, есть «представления» о собственных интересах в системе их взаимоотношений. Перекосы и морально-этические манипуляции, связанные с переформатированием биологического существа взаимоотношений плодово-материнского организмов в плоскость идеологии соблюдения «прав человека», способствовали формированию нового направления в практическом акушерстве – «перинатального акушерства». Стратегическая идеология перинатального акушерства, первично формировавшаяся как доктрина сопровождения и бережной защиты плода в родах, в настоящее время состоит в использовании всех доступных способов и средств для сохранения жизни плода во время беременности, и особенно в родах, с надеждой на снижение постнатальной гибели новорождённых благодаря своевременной и адекватной помощи современных неонатологических служб. Соответственно доминантными показателями службы родовспоможения в настоящее время явля-

ются перинатальная и младенческая смертность, которые при своих великолепных для России значениях увели из зоны дискуссионных обсуждений такое понятие, как качество жизни рождённых перинатальными акушерами детей и в дальнейшем взрослых членов общества. Эта идеология сегодня успешно материализована в функционировании многочисленных перинатальных центров, практическая деятельность которых во многом определяет облик современного отечественного родовспоможения.

Именно широкое распространение и развитие перинатальных центров с внедрением в родовспоможение перинатальной идеологии формирует один из сакральных декларируемых постулатов перинатального акушерства. Он гласит, что в условиях современной демографической ситуации в РФ не только допустим, но и желателен дрейф от соблюдения баланса интереса обоих пациентов в сторону примата интересов внутриутробного плода. Особенно чётко этот дрейф проявляется при пересмотре значения родового процесса в репродуктивном цикле женщины. Современные сторонники перинатального акушерства признают, и то только с рядом оговорок, эволюционную целесообразность физиологического родового процесса только в том случае, если он заканчивается рождением абсолютно здорового новорождённого. Во всех остальных случаях если родовой процесс даже теоретически может оказать неблагоприятное воздействие на плод или даже нанести ущерб его здоровью, он признаётся патологическим, требующим коррекции или использования способов, исключающих его фетопатический характер. Идеология тактики активного ведения родов с союзно набирающими популярность положениями перинатального акушерства привели к тому, что, например, в перинатальных центрах превентивное или экстренное кесарево сечение используется с частотой от 30 до 50%. И что особенно важно – абдоминальное родоразрешение, особенно экстренное, в значительном числе случаев производится в интересах плода [11; 14]. В унисон с адептами перинатального акушерства сегодня действуют представители ещё одного нового направления деятельности акушеров – *экскуизитного акушерства*. Идеологической основой этого, несомненно, информационно привлекательного, вдохновляющего раздела медицины, свидетельствующего о её выдающихся достижениях, включая в том числе и акушерство, является утверждение о том, «...что вчера было запрещено или невозможно, то сегодня и возможно, и допустимо». Речь идёт

о немало и нозологически обширном контингенте женщин репродуктивного возраста нашей страны, которые по тем или иным причинам не могли или были лишены возможности деторождения. Среди пациенток экскуизитного акушерства много женщин, страдающих от ещё недавно не корригируемых вариантов бесплодия, страдающих различными тяжёлыми соматическими заболеваниями, имеющими системную патологию, онкологические заболевания, обширные хирургические операции в прошлом, в том числе пластические и операции по трансплантации органов и т.д. У большинства подобных пациенток естественно наступившая или искусственно индуцированная беременность протекает на верхней грани допустимого риска. У подавляющего большинства из них естественные роды решениями консилиумов признаются нежелательными, и пациентки родоразрешаются абдоминальным путём в плановом порядке. При этом довольно часто решение об операции принимается специалистами конкретных профессий, по профилю которых беременная получала или продолжает получать необходимую терапию, а акушеры только следуют данным рекомендациям [12; 14; 16].

Неожиданным, но очень серьёзно влияющим на выбор способа родоразрешения фактором оказались внедрённые в практику родовспоможения новые условия взаимоотношений между врачом и беременной женщиной. За последние два десятилетия в отечественном родовспоможении уже прочно сложилась система, при которой в одно и то же время, в одном и том же учреждении оказывается квалифицированная помощь роженицам, часть из которых «обслуживается» по полису ОМС, а другая – на различных вариантах платной основы. Сегодня в коллективном сознании беременных женщин, ожидающих роды, сложился жёсткий стереотип, согласно которому роженице в родовспомогательном учреждении оказывается не медицинская помощь, а реализуется либо оплачиваемая страховой компанией, либо по хозрасчётному соглашению «медицинская услуга». Врач, принимающий роды, рассматривается сегодня и страховыми компаниями, и самой роженицей, и её родственниками и представителями как персонал, удовлетворяющий потребности женщины при вынашивании беременности и родоразрешении. При этом способы, порядок и формы оказания медицинской услуги в каждом конкретном случае заранее оговорены и документированы путём соглашения между взаимодействующими сторонами – страховой компанией, адми-

нистрацией лечебного учреждения и декларирующими нормативы врачебной деятельности государственными структурами. Поскольку стоимость оказания конкретной медицинской услуги, в которой нуждается каждая конкретная роженица, заранее определена, то это означает, что заранее определены способы её возмездной реализации, что и определено, и материализовано в виде огромного потока документов, определяющих поведение врача в родильном зале при оказании этой услуги. Эти документы к настоящему моменту в большей своей части начинают приобретать законодательную силу не только в плане шифрования «услуг», но и в профессионально-идеологическом плане (Федеральный закон от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций»). Документы приняты Госдумой РФ 19 декабря и одобрены Советом Федерации 21 декабря 2018 г.). Эта юридическая составляющая уже обязывает врача неукоснительно исполнять изданные по данным законам методические рекомендации, развитие которых в эволюционном плане по объективным законам права будет требовать их усреднения и симплификации.

Педагогический опыт работы авторов этого обзора показал, что в первые два десятка лет XXI века в стране сформировалось как минимум два поколения квалифицированных акушеров (стаж работы 10–20 лет), основы профессиональной компетентности которых определены глубиной знакомства и умением реализовать в своей практической деятельности именно содержание и суть этих документов. Такие категории, как умение использовать в практической деятельности собственный опыт, уровень нестандартной профессиональной компетентности, наконец, врачебная интуиция в практической деятельности акушера сегодня фактически не востребованы. Сегодня уже формируется модус, когда некоторые акушеры, не имеющие более-менее достаточного опыта для самостоятельного принятия решений, агрессивно пытаются противостоять мастерам профессии, обладающим колоссальным опытом принятия нестандартных оптимальных решений в неоднозначных клинических ситуациях, только на том основании, что эти решения «не соответствуют протоколам». То есть достаточно быстро у части формирующихся в современных условиях акушеров закре-

пляется доминанта абсолютности истин, изложенных в этих «протоколах», и, что самое неблагоприятное, их абсолютной достаточности для практической работы. Те же тенденции прослеживаются и в сформированной уже структуре административного акушерского корпуса, где профессиональная компетенция, медицинская грамотность уже имеют меньшее значение, нежели знание юриспруденции, обладание навыками менеджмента и финансовая грамотность. В реальном отечественном родовспоможении сегодня сложилась довольно оригинальная морально-этическая и в то же время правовая ситуация, при которой сразу три взаимосвязанных и взаимодействующих стороны заранее определили комплекс мер и порядок их использования для успешного родоразрешения женщин в каждом конкретном случае. Одна сторона этой «триады» представлена страховой компанией, вторая – администрацией лечебных учреждений, третья – самой роженицей и её представителями. При этом каждая из трёх сторон абсолютно уверена в том, что использование акушерами именно регламентированных методическими документами способов, мер и средств ведения родов гарантирует их успешное завершение. При этом всё реже термин «успешное» используется в физиологическом плане и все чаще успех связывается с соблюдением юридических, а, значит, финансово-методических договорных границ. При этом если роды, которые врач проводил, следуя букве и духу регламентирующих документов, закончились с выявлением ущерба здоровью плода или матери, то факт ведения родов «по протоколу» фактически должен снимать юридическую ответственность с врача в данной ситуации вне зависимости от тяжести нанесённого ущерба, так это и декларируется официальными представителями ориентированных на решение этих задач министерств и ведомств. Но, несмотря на это, пока в подобных случаях врач ещё до начала уголовного преследования принуждается к «добровольному» освобождению своего рабочего места. Парадоксальность подобного рода ситуаций состоит в том, что в ряде ситуаций, несмотря на соблюдение акушером всех норм ведения родов «по протоколу», экспертная оценка обстоятельств дела достаточно очевидно выявляет негативные последствия вроде бы «правильных» методических действий участников событий, при этом ответственность, обычно накладываемая на врача, практически никогда не сочетается с заключением о возможной профессиональной непригодности самого «протокола».

Действительно, акушерскую услугу роженице в родильном зале в наше время оказывает врач, который работает в условиях крайней забюрокраченности хозрасчётно-страховой медицины, к тому же «замешанной» на идеологических догмах перинатального акушерства и тактики активного ведения родов. На него оказывается много-стороннее воздействие целым комплексом факторов как со стороны участников родовспоможения, так и юридических институтов, и средств массовой информации. В целом стоит и активно решается вопрос о юридической и психологической защищённости акушеров, ежедневная работа которых относится к наиболее стрессовым и психологически затратным видам медицинской деятельности. Таким образом, в условиях методической «зашорённости» выход из этой ситуации акушеры начинают искать в наиболее безопасных, а, главное, *понятных и более-менее прогнозируемых* вариантах решения любых акушерских проблем, основным из которых является на данном этапе развития акушерства абдоминальное родоразрешение [17]. Несложная манипуляция с цифрами поможет понять, что, действительно, «истина где-то рядом». В начале акушерской карьеры одного из авторов этого обзора, в учреждениях родовспоможения в 50–60-х годах прошлого века частота использования кесарева сечения, по данным официальных статистических отчётов, колебалась в пределах 1,5–2%, более 75–80% рожениц вступали в роды и заканчивали их естественным путём без врачебного вмешательства в течение родового процесса. В период 2017–2019 гг. частота использования кесарева сечения составила, по данным тех же отчётов, 27–30%, около 40% рожениц переносили так называемые медикализированные роды, которые характеризуются тотальным или субтотальным контролем и постоянной «коррекцией» врачом всех фаз родового процесса. И только у 30% рожениц естественно текущий родовой процесс заканчивался самостоятельно, без вмешательства акушера в его течение. Правда, и в этой группе часть женщин проходила по программе «роды без боли» и другим программам, в которых широко используется региональная анестезия.

В процессе практической и научной деятельности за последние 20 лет нами было проведено наблюдение более 1700 случаев беременности в разных родовспомогательных учреждениях Санкт-Петербурга (НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта, перинатальный центр НМИЦ им. В.А. Алмазова, акушерская клиника ВМА им. С.М. Кирова, 10 родильный дом, акушер-

ское отделение больницы № 38 им. Н.А. Семашко). По усреднённым данным последних лет, у 30 из 100 поступивших на роды женщин происходят самопроизвольные роды, которые можно отнести к физиологическим. У 40 пациенток с помощью частичной или тотальной медикализации родового процесса удаётся завершить его рождением ребёнка естественным путём. У 10 беременных из общей усреднённой группы, родоразрешаемых оперативным путём (30 рожениц), в показаниях к операции доминируют мотивы, связанные с «интересами плода». У остальных 20 операция проводилась по экстренным показаниям, возникшим в родах. Только у 3 из этих 20 рожениц оперативное вмешательство предпринимается в связи со спонтанно возникшими осложнениями в течение родового процесса, когда с высокой степенью вероятности можно исключить как причину любое ятрогенное воздействие на процесс родов. У остальных 17 они возникают на фоне медикализации родов. При этом у 3 из 17 женщин кесарево сечение производится в связи с отсутствием эффекта от этой медикализации (гипотоническая дисфункция матки), а у 14 на фоне энергичной родовой деятельности, которая сопровождается замедлением или отсутствием раскрытия шейки матки и, что важно, признаками дистресса плода, которые не указываются в показаниях к кесареву сечению как ведущие (гипертоническая дисфункция матки). Последняя является ятрогенно индуцированной патологией сократительной деятельности матки [18–20]. Итак, из 57 рожениц у 17 используемые модели медикализации родов приводят к необходимости заканчивать роды абдоминальным путём. Если ещё учесть, что из 57 пациенток почти у половины (25) у новорождённых в постнатальном периоде при экспертной оценке истории обычно наблюдаются той или иной степени выраженности неврологические нарушения гипоксической природы, то вряд ли можно считать, что используемые ныне официально утверждённые в отечественном акушерстве способы медикализации родов являются оптимальными и безопасными – особенно для плода. К сожалению, это обстоятельство обсуждается мало, но сегодня у каждой третьей роженицы с медикализированными родами есть шансы закончить их путём кесарева сечения, а у каждой второй роженицы этой группы есть шансы, что её новорождённый сразу или позднее будет нуждаться в специализированной помощи в связи с последствиями перенесённой в родах гипоксии [21]. При этом речь идёт не только о ранних неотложных

мерах, но и длительной, возможно пожизненной поддержке функций организма, которые определяют общее *понятие качества жизни*. Парадоксальная противоречивость развития отечественного родовспоможения, особенно отчётливо проявляющаяся в последние 10 лет, заключается в том, что наряду с действительно выдающимися результатами снижения перинатальной смертности наблюдается тревожный рост частоты использования в родах абдоминального способа родоразрешения при неуклонно возрастающем количестве новорождённых, нуждающихся в реабилитационной поддержке, часто довольно длительной и серьёзной. Отмечая несомненные успехи реанимационного выхаживания новорождённых, значительное снижение перинатальной смертности, серьёзное увеличение финансирования некоторых направлений, в основном – перинатального акушерства, следует заметить снижение интереса к такому понятию, как дальнейшее качество жизни рождённых детей, а в дальнейшем и взрослых, их катамнезу.

Есть все основания полагать, что в институтах, ответственных за выбор направлений развития проблем современного отечественного родовспоможения, *демографические последствия* таких явлений, как прогрессивное возрастание в популяциях семей детородного возраста женщин, имеющих рубец на матке после кесарева сечения, и проблемное нарастание числа новорождённых, нуждающихся после родов в реанимационно-реабилитационной поддержке, ещё окончательно не оценены и, соответственно, прогностически не осознаны. Действительно, вся интеллектуальная и материальная мощь страны в последние полтора десятка лет была в основном использована на повышение реальной роли перинатальных центров в решении акушерских и неонатологических проблем, которые, как предполагалось, за счёт повышения *живорождаемости* позволят начать решать демографические проблемы страны. Позитивное решение проблемы повышения живорождаемости, материализованное в низком показателе перинатальной смертности, создаёт развитие двух негативных проблем, о которых мы говорили выше. И оба этих демографически значимых негативных аспекта имеют прямую генетическую связь с идеологией и методологией медикализации родов и выбора способа родоразрешения. Честный и непредвзятый анализ природы медицинских, парамедицинских, социальных и в определённой мере даже мировоззренческих факторов, оказывающих влияние на выбор способа родоразрешения в современном отечественном

акушерстве, с достаточной очевидностью показал, что именно этот раздел акушерства обрёл статус остроактуальной проблемы, демографические последствия которой должны быть неотложно осознаны, изучены и по возможности скорректированы. Осознание этих перспектив наиболее прогрессивными акушерами в настоящее время в условиях страховой медицины, к сожалению, приводит к другим негативным последствиям для матери и плода в родах [16; 17]. Непонимание действия на миометрий и маточно-плацентарный кровоток многих широко используемых до последнего времени препаратов, в том числе стимулирующего и токолитического действия, и, соответственно, низкий прогностический уровень их эффективного безопасного применения приводит к вымыванию подобных препаратов из акушерской повседневной практики. Своеобразное использование при этом достижений доказательной медицины приводит к тому, что практически полностью прекращается проведение профилактических и лечебных мероприятий при дистрессе плода в родах, появляются мнения о «вреде» токолитической терапии, в особенности β -адреномиметиков, что сопровождается потерей культуры интранатального токолиза и серьёзной потерей врачебных компетенций. Всё это приводит только к усугублению обозначенных нами выше проблем и уже очевидно говорит о *«растерянности современного акушера, ведущего роды, перед законами природы, ключей к которым он так до сих пор и не получил, но пытается ими управлять»*. Соответственно, практическими врачами, как уже говорилось выше, выбирается более простой, более безопасный и более прогнозируемый путь – абдоминальное родоразрешение. Оно, действительно, становится более безопасным для матери и плода, несмотря на большую опасность массивных интраоперационных кровопотерь, развитие чисто хирургических осложнений, перспективу дальнейшего существования с рубцом на матке и т.д. Это естественный интуитивный путь выбора акушеров в современной ситуации юридического прессинга, у которых на другой чаше весов стоит пусть и природный, но в основном эмпирически изученный процесс естественного родоразрешения с низким процентом прогнозирования исходов при понуждении к использованию современных методических положений активного и перинатального акушерства.

Заключение

Авторы этого обзора на протяжении четырёх десятков лет, к сожалению, пока безуспешно призывали периодически ме-

няющиеся административные составы отечественного акушерского сообщества к «смене курса», хотя бы на уровне дискуссионного обсуждения реальной теоретической и практической значимости бастионно отстаиваемых им «акушерских ценностей», созданных в середине XX века, но до сих пор оказывающих не всегда позитивное влияние на идеологию и методологию родоразрешения [8; 9; 11]. Мы не призывали и не призываем к «революционным» изменениям курса по примеру, например, наших прагматичных западных коллег. Последние ещё в 80-е годы прошлого века, осознав теоретическую и практическую никчёмность всех этих популярных, только дидактически совершенных теоретических конструкций, объясняющих, как матка человека работает в родах, без особого шума, без обсуждений, полностью сохранив в истории акушерства авторитет их создателей, как-то разом утилизировали их в своеобразной акушерской ретире под названием «дистоция» и плотно занялись прагматикой акушерства [22; 23]. Отвергнув не работающие в практическом акушерстве теоретические конструкции, наши западные коллеги тем не менее продолжают научный поиск новых концепций, видимо, осознавая то, что дальнейшее поступательное развитие родовспоможения без адекватной теоретической базы невозможно [24–26]. Эти исследования проводятся при постоянной материальной поддержке государства на базе крупных университетских клиник и клинических госпиталей.

Удивительно, но участвуя в разрешении грандиозных по масштабам государственных программ по ликвидации негативных последствий демографических кризисов в РФ, представители высшего света отечественного акушерского сообщества при этом не обращают внимание на то, что в стране практически полностью свёрнуты государственные программы исследований функциональной морфологии и физиологии рождающей матки человека. За прошедшие три десятка лет на крупных собраниях отечественного акушерского сообщества эти проблемы программно, прицельно и широко не обсуждали ни разу. И самое замечательное заключается в том, что стагнация в изучении этих проблем имеет основную причину в непоколебимой псевдонаучной позиции нашего акушерства, в котором по всем представленным материалам [8; 9; 11] эти вопросы якобы раз и навсегда (?) решены ещё в 80-х годах прошлого столетия. Если ориентироваться на итоги развития отечественного родовспоможения, которое осуществляется на базе идеологических и методологических платформ, созданных

более полувека назад, то наряду с несомненными успехами (снижение перинатальной смертности) появляются признаки тупикового развития (непомерный рост абдоминального способа родоразрешения и увеличение числа новорождённых, нуждающихся в длительной послеродовой реанимационно-реабилитационной поддержке). Ориентируясь на собственный сорокалетний опыт исследования подобного рода проблем и предлагая собственные доказательные доктрины работы матки в родах [18–20], мы полагаем, что настало время «начать всё с начала», а именно – организовать научно-исследовательские работы на уровне государственной темы специализированного научно-исследовательского учреждения по решению фундаментальных проблем функциональной морфологии, физиологии, биомеханики рождающей матки человека, в которых, по метким и самокритичным выражениям наших западных коллег, сегодня выявляются «пробелы», «провалы», «недо-разумения» и даже «откровенные манипуляции», и в исследовании которых российские учёные пока обладают несомненным мировым приоритетом [22; 23; 25]. Если сегодня в коммерческих родовспомогательных учреждениях частота использования кесарева сечения превышает 40%, а во многих столичных рейтинговых клиниках уже приближается к 50%, то что нас ждёт в не столь отдалённом будущем, если «курс» не будет изменён? Конечно, остановить и даже повернуть этот, по выражению отечественных исследователей проблемы [16], «...»атомный ледокол», который движется по своему пути и ломает все традиционные принципы акушерства», довольно проблематично. Но совершенно реально выбрать путь изучения не только проблем кесарева сечения, а ещё и естественных родов, чтобы сделать их более безопасными для женщин и плода за счёт постижения достоверных истин функциональной морфологии и биомеханики рождающей матки и повышения компетенции акушеров, которым сейчас в институтах преподносят мёртвые невостребованные практикой теоретические конструкции. Если не начать эту работу, то, может быть, как отмечают наиболее просвещённые представители нашего акушерского сообщества – недалёк тот день, когда мы будем ставить показания к естественным родам так, как мы определяем их сейчас при решении вопроса об абдоминальном родоразрешении.

Список литературы

1. Caldeyro-Barcia R. Uterine contractility in obstetrics. II World Congr. Fed. Obstet. Gynec. Montreal, 22–28 July, 1958. P. 1–44.

2. Абрамченко В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей. СПб.: Специальная литература, 1999. 608 с.
3. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. СПб.: СпецЛит, 2003.
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 656 с.
5. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1200 с.
6. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М.: Медицина, 2006. 848 с.
7. Айламазян Э.К. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1200 с.
8. 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.
9. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник. 9-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
10. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. Акушерство: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 656 с.
11. Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1088 с.
12. Муртазин А.И. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 960 с.
13. Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. 1200 с.
14. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник / Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1040 с.
15. Сидорова И.С. Акушерство: Руководство для практикующих врачей. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. 1048 с.
16. 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. 5–10. DOI: 10.17116/rosakush201919041.
17. 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.
18. Савицкий А.Г., Савицкий Г.А. Родовая схватка человека (клинико-биомеханические аспекты). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011. 238 с.
19. Савицкий А.Г., Савицкий Г.А., Милль К.В. Фундаментальные механические свойства миометрия человека. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2013. 144 с.
20. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. 287 с.
21. 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.
22. Lammers W.J. The electrical activities of the uterus during pregnancy. *Reprod. Sci.* 2013. V. 20 (2). P. 182–189.
23. Rabotti C., Mischi M. Propagation of electrical activity in uterine muscle during pregnancy: a review. *Acta Physiol (Oxf)*. 2015. V. 213 (2). P. 406–416.
24. Wray S., Burdyga T., Noble D., Noble K., Borysova L., Arrowsmith S. Progress in understanding electro-mechanical signalling in the myometrium. *Acta Physiol (Oxf)*. 2015. V. 213(2). P. 417–431. DOI: 10.1111/apha.12431.
25. Young R.C. Mechanotransduction mechanisms for coordinating uterine contractions in human labor. *Reproduction*. 2016. V. 152(2). P. R51–61.
26. Young R.C. Synchronization of regional contractions of human labor: direct effects of region size and tissue excitability. *J. Biomech.* 2015. V. 48 (9). P. 1614–1619.