

УДК 618. 1/.2/.7-036.8

ЧАЙКА В.К.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

(Доклад на Первом пленарном заседании Научно-практической конференции с международным участием и Пленуме акушеров-гинекологов Украины «Репродуктивне здоров'я: актуальні питання сьогодення», 26.09.2013, г. Киев)

25–27 сентября под эгидой Министерства здравоохранения, Национальной академии медицинских наук Украины, Национального проекта «Нове життя: нова якість охорони материнства та дитинства», Ассоциации акушеров-гинекологов Украины состоялись Научно-практическая конференция с международным участием и Пленум акушеров-гинекологов Украины «Репродуктивне здоров'я: актуальні питання сьогодення». На Первом пленарном заседании с докладом о спорных вопросах в современной акушерской и гинекологической практике выступил член-корреспондент НАМН Украины, директор Донецкого регионального центра охраны материнства и детства д.м.н., профессор Владимир Кириллович Чайка. Ввиду очевидной важности поднятых в докладе вопросов публикуем его полный текст и приглашаем всех читателей и авторов нашего журнала к обсуждению данной темы.

Первый дискуссионный вопрос: акушерские кровотечения

В настоящее время в большинстве стран мира послеродовые кровотечения являются ведущей причиной материнской смертности. Каждая 4-я женщина среди всех материнских смертей умирает от кровотечения.



Кровотечения будут носить управляемый характер при условии своевременности и адекватности профилактики, прогнозирования и лечения. Сегодня органосохраняющая терапевтическая тактика должна стать приоритетной.

Кровотечения при прервавшейся внематочной беременности, во время прерывания беременности в I и II триместрах, предлежание плаценты можно отнести к управляемым причинам материнской смертности. Они могут стать резервом в снижении ее частоты, если паци-

ентка вовремя обращается за медицинской помощью и данная патология диагностируется своевременно.

О преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты хочется сказать особо. Если несколько десятилетий назад это был чрезвычайно редкий диагноз (1,2–2,5 %), была хорошо изучена клиника (асимметрия матки, боль, кровотечение, сопровождающиеся ДВС-синдромом), то сейчас эта патология протекает атипично, а частота ее возросла многократно.

Диагностика затруднена при краевой отслойке, когда даже при ультразвуковом исследовании не всегда визуализируется участок отслойки, плод не страдает, классического болевого синдрома нет, и только при вагинальном исследовании можно обнаружить незначительные кровянистые выделения. В таком случае правильный диагноз можно поставить на основании анамнеза (хронические воспалительные процессы, бесплодие, угроза прерывания во время данной беременности, дискоординация сокращений матки и др.).

Срочная операция — единственный выход из создавшейся ситуации, который спасет ребенка и сможет предупредить массивную кровопотерю и сохранить орган.

Отдельно хочется сказать о кровотечениях в III и раннем послеродовом периоде. Этот период всегда был ответственным моментом родов, большое внимание которому уделяли отечественные и зарубежные акушеры. Принцип нашего отечественного акушерства, сформулированный корифеем первой трети XX века

© Чайка В.К., 2013

© «Медико-социальные проблемы семьи», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Шредером, — «руки прочь от матки», который мы знали со студенческих лет, означает: наблюдай, не трогай, но тотчас выдели послед, как только появились признаки его отделения или как только кровопотеря превысила допустимую физиологическую норму.

Кровотечения в III и раннем послеродовом периоде

- Доктор Роберт Шредер (1884–1959): «**Руки прочь от матки!**»
- Профессор Эрнст Бумм (1858–1925): «Чем активнее акушерская помощь, тем опаснее для роженицы, многодетность и отсутствие терпения приносят лишь вред»
- Профессор Н.С. Иванов (1926): «Следует ли давить на матку и растирать дно вскоре после рождения ребенка? Нет. Можно ли выдавливать послед тотчас после рождения ребенка? Нет. **это преступление против физиологии.**»
- Доктор Вальтер Штекель (1871–1961): «Никакого ненужного вмешательства перед последовым периодом, никакого ненужного вмешательства во время этого периода»
- Профессор Отто Шпигельберг (1830–1881): «...**тяжелые послеродовые кровотечения, почти без исключения, – вина акушера; частота их при веденных им родах служит мерилем его достоинства.**»

Наши учителя С.М. Беккер, В.И. Бодяжина, В.С. Соловьев, Я.П. Сольский, Е.Т. Михайленко, Н.К. Жмакин и другие были сторонниками активной профилактики кровотечений у женщин высокого риска. Существовало строгое правило, которого придерживались неукоснительно: вводили утеротоники в момент прорезывания головы, в Англии — в момент рождения переднего плечика. Если инъекция запаздывала, то утеротоники после родов не вводились, поскольку это нарушило бы физиологическое течение последового периода, что привело бы к ущемлению плаценты.

Последовый период физиологически длится до 30 минут, если плацента не отделилась от стенки матки, отделяли ее рукой, т.е. проводили под наркозом ручное отделение плаценты и выделение последа. Такие рекомендации и правила были обусловлены физиологическими процессами родового акта. При плотном прикреплении плаценты введение окситоцина и потягивание за пуповину приводят к нарушению механизма отделения плаценты и задержке ее частей, сопровождающейся кровотечением.

В современных условиях информационного бума практическим врачам трудно, а порой и невозможно разобраться в целесообразности одних положений или, напротив, риске для матери и плода — в других. Ошибочные теории и представления чрезвычайно жизнеспособны. Появляются протоколы ведения, в частности, ведения III периода родов, которые насаждаются приказами Министерства здравоохранения.

В вышеозначенном протоколе рекомендуется после родов на 1-й минуте ввести 10 ед. окситоцина и в течение следующих 5 минут проводится пробная и контролируемая тракция за пуповину, плацента насильственно отделяется и выводится из матки.

Сторонники активного ведения послеродового периода обосновывают свою тактику уменьшением физиологической кровопотери на 100 мл. Но ведь это предусмотрено физиологическим течением родов, т.к. во время беременности объем циркулирующей крови увеличился на 1 литр и

потеря 250–300 мл крови никак не сказывается на здоровье женщины.

Протокол активного ведения III периода родов проводится с согласия родильницы, на что требуется ее расписка. Ответственность за осложнения, которые потом возникают, перекладываются на родильницу, а именно: гипотоническое кровотечение в связи с быстрым извлечением плаценты, остатки плаценты, выворот матки.

По данным российских исследователей, после внедрения протокола по активному ведению III периода родов зарегистрировано увеличение на 1/3 ранних послеродовых кровотечений, возросло такое тяжелое и ранее нами практически не встречаемое осложнение, как выворот матки. В России 3–5 выворотов матки на 3200 родов, в Европе — 1 случай на 20 000. В Украине подобная статистика официально не ведется, но неофициально она такая же, как и в России.

Первая заповедь медицины «не навреди» как-то совсем не согласуется с указанным протоколом. Я думаю, пора кардинально пересмотреть его в соответствии с физиологическим течением родов и **профилактировать** осложнения, а не вызывать новые своими непрофессиональными действиями.

Еще одна очень важная проблема — гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Своевременная диагностика и адекватное консервативное лечение могут быть довольно эффективными. Они у нас отработаны и дают свои результаты. Это и новые утеротоники, и препараты для лечения нарушения свертываемости крови; определены позиции, при которых стоит переходить к оперативной остановке кровотечения.

Гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде

- Своевременная диагностика и адекватное консервативное лечение могут быть довольно эффективными:
 - утеротоники (Ремистид, Пабал, простагландины)
 - для лечения нарушения свертываемости крови (Новосевен)
 - определены позиции, при которых стоит переходить к оперативной остановке кровотечений – кровопотеря 1 л и продолжающееся кровотечение.
- Последовательность действий после лапаротомии:
 - введение окситоцина или простенона в матку
 - наложение зажимов и лигатур на сосудистые пучки с целью ишемизации матки
 - наложение на матку гемостатических компрессионных швов
 - ангиографическая эмболизация
 - при продолжающемся кровотечении – экстирпация матки

Всем известна последовательность действий после лапаротомии. Однако в условиях перинатального центра III уровня выполнение перевязки подвздошных сосудов и ангиографическая эмболизация весьма проблематичны. Во-первых, требуется дополнительное время, а при нарушении свертываемости крови это практически невозможно. Затягивается время радикальной операции — удаления источника кровотечения. Во-вторых, помимо этого нужна профессиональная соответствующая подготовка или привлечение ангиохирургов, если речь идет об эмболизации. На это тоже нужно время, которого нет при массивном кровотечении.

С сожалением вынужден признать, что сегодня наша акушерская служба не готова во всеместно использовать и прогностические методы остановки кровотечения с сохранением органа.

Второй дискуссионный вопрос: презламсия

Всем знаком перечень наиболее опасных осложнений преэклампсии, которые сопровождаются высокой летальностью.

Наиболее опасные осложнения преэклампсии

- эклампсия,
- гипертоническая энцефалопатия,
- кровоизлияния в мозг,
- синдром легочного повреждения,
- HELLP-синдром,
- ОПН,
- ОППА,
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,
- коагулопатия,
- геморрагический шок,
- септические осложнения,
- внутриутробная гипоксия,
- ЗВУР плода,
- внутриутробная гибель плода.

Нет нужды останавливаться на основных и дополнительных критериях тяжести презламсии, они также хорошо всем известны.

Критерии тяжести презламсии

Основные:	Дополнительные:
<ul style="list-style-type: none"> • срок гестации • артериальная гипертензия • протеинурия • отеки 	<ul style="list-style-type: none"> • тромбоцитопения • нарушение зрения • неврологическая симптоматика • ОПН и ОППА (рост трансаминаз, щелочной фосфатазы, мочевой кислоты, олигоанурия) • ЗВУР плода и нарушение его функций

Решение этой проблемы заключается в своевременной диагностике и адекватном лечении

Неправильная тактика:

- Попытка продлить срок гестации, чтобы получить жизнеспособного ребенка при тяжелой презламсии.
- Профилактика СДР стероидами у плода женщинам с тяжелой презламсией может усугубить течение гестоза

Главная задача состоит в том, чтобы не допустить возникновения эклампсии

Решение данной проблемы — презламсии — заключается в своевременной диагностике и адекватном лечении. Конечно, о лечении мы говорим условно — единственным успешным методом терапии этого осложнения является своевременное прерывание беременности. Попытка продлить срок гестации, чтобы получить жизнеспособного ребенка при тяжелой презламсии, — неправильная тактика, т.к. она приводит к тяжелым осложнениям у матери и плода. Профилактика СДР стероидами у плода женщинам с тяжелой презламсией может усугубить течение гестоза, поэтому неонатологи считают, что при наличии сурфактантов, которые вводятся после рождения недоношенным детям, можно отказаться от применения дексаметазона.

Главная задача состоит в том, чтобы не допустить возникновения эклампсии, от которой, собственно, умирают беременные. Казалось бы, что все учтено и изучено, но все-таки остаются нерешенными некоторые вопросы.

Ошибки при проведении интенсивной терапии преэклампсии:

- чрезмерное рвение в снижении АД (ятрогенная эклампсия);
- акцент на антигипертензивной и седативной терапии при недостаточном введении магния сульфата;
- неправильный выбор насыщающей дозы магния сульфата;
- инфузия альбумина и низкомолекулярных декстранов до родоразрешения (провоцирует развитие отека легких);
- избыточное введение инфузионных сред в послеоперационном периоде;
- включение в состав инфузионной терапии растворов глюкозы;
- преждевременный перевод на спонтанную вентиляцию;
- ятрогенные причины, связанные с проведением анестезии и действиями анестезиолога.

Интенсивная терапия при преэклампсии играет важную роль, поэтому ошибки при ее проведении имеют решающее значение.

Лечение артериальной гипертензии, обусловленной беременностью

- обеспечить надежный контроль АД с предотвращением развития преэклампсии или уменьшением тяжести ее клинических проявлений;
- поддерживать АД в пределах, сохраняющих на нормальном уровне маточно-плацентарный кровоток (желательно на уровне 160/100 мм рт.ст.);
- предупредить резкое колебание АД, которое может привести к цереброваскулярным катастрофам.

Магния сульфат – базовый препарат для лечения тяжелой преэклампсии

Артериальная гипертензия, обусловленная беременностью, — это заболевание, находящееся на стыке двух дисциплин. Когда же это осложнение вступает в критическую фазу, женщина становится пациенткой реаниматолога. Сегодня чаще всего мы сталкиваемся с ситуацией, когда артериальную гипертензию у беременной женщины лечат акушеры, и эта терапия не всегда эффективна.

Тактика ведения

1. Все пациентки с тяжелой преэклампсией и обусловленными ею осложнениями во время беременности, родов и послеродового периода должны быть госпитализированы в перинатальный центр с широкими диагностическими возможностями.
2. Успех интенсивной терапии зависит от мультидисциплинарного рационального подхода, основанного на понимании основных механизмов патогенеза данного состояния.
3. Рациональная гипотензивная и инфузионная терапия у пациенток с преэклампсией.
4. После родоразрешения пациентки с тяжелой и осложненной преэклампсией должны получать адекватную антибактериальную терапию β-лактамными антибиотиками для профилактики гнойно-септических осложнений.

Наш клинический опыт позволил выработать основные тактические принципы ведения беременных с преэклампсией, и мы убедились в высокой эффективности такого подхода.

Третий дискуссионный вопрос: септические состояния и эффективные методы

Одним из резервов снижения частоты тяжелых и летальных исходов при сепсисе и его осложнениях является внедрение методов экстракорпоральной гемокоррекции. Это функция перинатальных центров III уровня. В клинике, которую я имею честь возглавлять, накоплен большой опыт в данном вопросе. Такие методы, как плазмаферез (дискретный и мембранный), плазмообмен, экстракорпоральная фармакотерапия, ультрафиолетовое и рентгенооблучение аутокрови, широко применяются на базе отделения экстракорпоральной гемокоррекции.

И очевидной эффективности использование вышеперечисленных методов до сих пор вызывает озабоченность среди наших коллег. Что мешает широкому внедрению этих методов в акушерскую практику?



Что мешает широкому внедрению эффективных методов в акушерстве?

- Игнорирование самих методов и результатов, полученных на практике
- Недостаток знаний врачей в этой области
- Недостаток фундаментальных исследований в этом направлении
- Недостаток официальных руководств и протоколов о внедрении этих методов

* Alfonso Ramunni (Bari, Italy)
«Current situation on therapeutic apheresis in Italy: clinical, financial and management view»
International Conference THERAPEUTIC APHERESIS – FROM HISTORY VIA SUCCESSFUL APPLICATION TO THE NEW DEVELOPMENTS «100 Years of the First Plasmapheresis 1913–2013» April 26th–28th, Saint-Petersburg, Russia

Безусловно, экстракорпоральные методы детоксикации при сепсисе не заменяют хирургической санации очага инфекции, однако они могут применяться для скорейшего удаления и уменьшения концентрации медиаторов воспаления за несколько часов до операции и после удаления очага инфекции.



Экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез, плазмосорбция, квантовая аутогемотерапия)

Применение методов экстракорпоральной детоксикации возможно после стабилизации состояния пациентки. Имеются данные, что применение этих методов при развернутой картине полиорганной недостаточности повышает летальность больных.

Приказ № 676 МЗ Украины от 31.12.2004 г.


Данные российских коллег свидетельствуют о том, что при акушерском сепсисе одновременное воздействие на очаг инфекции и уменьшение концентрации медиаторов воспаления с помощью дискретного плазмафереза позволили снизить материнскую смертность в 4 раза.

Серов В.Н. Профилактика материнской смертности. – 2006
www.rmj.ru/articles_5764.htm
Чайка В.К. в соавт., 2011

Поэтому лечение данного контингента больных необходимо проводить в центрах, где имеются соответствующие отделения по применению экстракорпоральных методов лечения. В перинатальных центрах III уровня необходимо организовывать отделения, где можно и должно проводить современные экстракорпоральные методы гемокоррекции, спектр применения которых широко охватывает не только септические осложнения, но и ряд патологических состояний в акушерско-гинекологической практике.

Четвертый дискуссионный вопрос: невынашивание беременности

Главной проблемой акушеров-гинекологов всего мира являются преждевременные роды и невынашивание беременности. Основные причины прерывания ранних сроков беременности хорошо вам известны.



Основные причины прерывания ранних сроков беременности:

- Хронический эндометрит – 80–85 %
- Тромбофилии – 30–35 %
- Синдром недостаточности лютеиновой фазы
- Инфекции различного генеза
- Нарушение функции щитовидной железы по типу гипотироксинемии и гипотиреоза

Хотелось бы акцентировать ваше внимание на том, что если беременность наступает на фоне сниженных показателей гормонов щитовидной железы, то с течением беременности без их коррекции уже к I триместру регистрируется гипотиреоз. Эндокринологи не знают физиологических изменений и показателей нормы для щитовидной железы при беременности, поэтому эта причина остается и в дальнейшем приводит к вышеперечисленным осложнениям беременности. На сегодняшний день в Украине патология щитовидной железы зарегистрирована в 40–50 % случаев и продолжает расти. **Необходимо на этапе планирования беременности выявить ведущую причину прерывания беременности и подготовить женщину к планируемому рождению ребенка.**

В настоящее время протокол № 624 от 2008 года по невынашиванию беременности и прегравидарной подготовке устарел, в нем нет конкретных указаний по лечению и профилактике беременных с данной патологией.

Хронический эндометрит является причиной нарушения процессов имплантации и ранней плацентации, а в сочетании с недостаточностью эндогенного прогестерона приводит к неразвивающейся беременности.

На базе Донецкого регионального центра охраны материнства и детства в данном направлении были проведены исследования, результаты которых позволят представить вашему вниманию.

Разница кровотока в сроке 7–8 недель у женщин с нормопрогестеронемией и со снижением эндогенного прогестерона очевидна, снижение прогестерона ведет к снижению кровотока в спиральных артериях. Что касается объема хориона в аналогичном сроке — он не изменен.



Если не проводить коррекцию недостаточности лютеиновой фазы, то к 11–12-й неделе беременности кровотоки в группе с низким эндогенным прогестероном в спиральных артериях резко снижается. Объем хориона в этой группе к сроку 11–12 недель снижается почти вдвое. Здесь же представлены уникальные фотографии в реальном времени, где показан эмбрион и хорион в сроке 11–12 недель у женщин с нормальным и сниженным уровнем эндогенного прогестерона.



Поэтому выявление особенностей формирования плацентарной дисфункции, возможностей ее предупреждения и лечения у женщин с гипопрогестеронемией на ранних сроках гестации является одним из главных резервов улучшения состояния здоровья их новорожденных.

Проблемой на сегодняшний день остается вопрос: лечить или не лечить угрожающий самопроизвольный аборт в ранние сроки беременности? Какие осложнения развиваются у плода при назначении прогестинов?

Вашему вниманию представлены данные американского журнала «Акушерство и гинекология» по применению гестагенов с целью лечения угрозы прерывания беременности.

Прогестерон для предотвращения преждевременных родов – практические аспекты

Примеры назначения прогестинов для предотвращения ПР в 2003–2006 гг. (США)

- 2003 г. – 38 % применяли прогестерон для предотвращения ПР
- 2005 г. – 67 % применяли прогестерон для предотвращения ПР
- 38 % применяли прогестерон при недоказанных показаниях!

Ness A. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2006; 195: 1174-9.

Когортное исследование (проводилось 22 года) 2500 женщин, которые с целью лечения угрозы прерывания беременности принимали гестагены с малых сроков гестации, также не выявило никаких вредных воздействий на соматическое здоровье, начало пубертатного периода и сексуальное поведение.

Прогестерон во время беременности: безопасность применения

Краткосрочные и долгосрочные побочные эффекты для матери и ребенка, 2500 женщин

- **не было разницы** в отношении аномалий ЦНС, конечностей и суставов, урогенитальной и сосудистой систем, даже если прогестерон назначался на ранних стадиях беременности
- **долговременное наблюдение: не было разницы** в отношении: роста, начала пубертата, пространственных и позвоночных проб, сексуально-диморфного поведения

*Ressegue L.J. et al. // Fertil Steril. 1985; 43: 514-519.
 • Yovich J.L. et al. // Teratology. 1988; 38: 135-144.
 • Katz Z. et al. // Obstet. Gynecol. 1985; 65: 775-780.
 • Jaffe B. et al. // Contraception. 1989; 37: 607-619.
 • Jaffe B. et al. // Contraception. 1989; 40: 351-363.
 • Christian M.S. // J. Matern. Neonatal. Med. 2007; 20: 89-112.*

В пользу применения гестагенов у женщин с угрозой прерывания беременности свидетельствуют и сравнительные данные по состоянию шейки матки в сроке до 34 недель.

Прогестерон и преждевременные роды: укорочение шейки матки

Укорочение шейки матки

ПР < 34 нед.

Прогестерон:	19,2 %
Плацебо:	34,4 %

Неонатальная заболеваемость

Прогестерон:	8,1 %
Плацебо:	13,8 %

Fonseca E.B. et al. // N. Engl. J. Med. 2007; 357: 462-9.

Экономическая эффективность использования гестагенов также впечатляет.

Прогестерон и преждевременные роды: стоимость — эффективность

Прогестины для предотвращения рецидивирующих ПР

Экономия медицинских средств:

- снижение расходов на первичную неонатальную госпитализацию на **3800 USD** на каждую пролеченную женщину
- снижение расходов на пролеченного ребенка на **15.900 USD**
- снижение общих расходов на **2,0 billion USD** в год

Balitt J.L., Vetruba M.E. // Am J Obstet Gynecol 2007; 196: 219e1-7.




Таким образом, на наш взгляд, тактика ведения женщин с угрозой преждевременных родов должна состоять в следующем.

Тактика ведения женщин с угрозой преждевременных родов

- Наблюдение за женщинами необходимо начинать с момента наступления у них беременности.
- В случае подозрения на угрозу преждевременных родов целесообразно учитывать маркеры риска их развития:
 - оценку состояния шейки матки с помощью УЗИ и экспресс-теста Actim Partus фирмы «Medix Biochemica», определяющего готовность шейки матки к родам.
- У женщин с многоплодной беременностью после постановки диагноза «угроза преждевременных родов», не теряя времени, рекомендуем применять трактоцип:
 - Использование атосибана (трактоцила) у женщин с угрозой преждевременных родов в сравнении с традиционным подходом позволяет снизить частоту преждевременных родов — с 36,4 до 23,8 % ($p < 0,05$) и перинатальных потерь — с 122,6 до 49,0 % ($p < 0,05$).
- Относительно внутривенного введения атосибана (трактоцила) экономически выгодным является использование устройства «Exadrop» фирмы «Braun» (Германия), которое обеспечивает необходимый диапазон скорости инфузии в пределах рекомендованных доз препарата.



Многолетние исследования, проводимые в нашем центре, и полученные результаты свидетельствуют об увеличении количества женщин с восстановленной фертильностью, о снижении числа перинатальных потерь в 2,5 раза и ранней неонатальной смертности с 87,5 до 35 %.

Еще много можно было бы поднять дискуссионных вопросов, одним из важнейших среди которых является вопрос подготовки кадров.

Однако, учитывая временной регламент, я могу лишь резюмировать, что учить новое поколение акушеров-гинекологов необходимо не только на базе современных достижений и научных перспектив, но и основываясь на практическом опыте тех ученых, которые строили, закладывали фундамент отечественной акушерской науки.

Забвение отцов и учителей — самый тяжкий из грехов.

Наши учителя, которым мы обязаны своими успехами и достижениями, которые учили нас действовать всегда в интересах матери и ее ребенка:

Сольский Я.П.

- 1962 г. — кандидатская диссертация «Новокаино-пенициллиновая терапия воспалительных заболеваний женских половых органов»
- 1968 г. — докторская диссертация «Материнская смертность от кровотечений и разрывов матки в условиях сельской местности и мероприятия по ее снижению»




Бакшеев Н.С.

- 1955–1970 гг. — приоритет в разработке проблем биохимии сократительной деятельности матки при физиологических родах, слабости родовой деятельности, гипотонических кровотечениях в III и раннем послеродовом периодах.
- Н.С. Бакшеев и его ученики (А.А. Бакшеева, Л.П. Даниленко, Г.Д. Гордеева и др.) усовершенствовали метод химиотерапии онкогинекологических больных.
- 1968 г. — Н.С. Бакшеев и А.А. Лакатош впервые в стране изучили патогенез и клинику эмболии околоплодными водами.




Тимошенко Л.В.

- 1956 г. — кандидатская диссертация «Гемолитические заболевания новорожденных»
- 1965 г. — докторская диссертация «Слабость родовой деятельности»




Михайленко Е.Т.

- 1974 г. — доказал, что нарушения сократительной деятельности матки связаны с изменениями биохимических процессов, в частности с макроэргическими соединениями и электrolитами.
- Усовершенствовал метод коррекции слабости родовой деятельности, что оказало положительное влияние на течение родов, состояние матери и новорожденного.




Персианинов Л.С.

- 1937 г. – «Действие стрептоцида при септических заболеваниях в клинике и эксперименте» (кандидатская диссертация)
- 1950 г. – «Роль гуморальных факторов в наступлении родов» (докторская диссертация)



Грищенко В.И.

- Основоложник репродуктивной медицины в Украине
- Применение низких температур в акушерстве и гинекологии



И ныне здравствующие:

Степанковская Г.К.

- 1964 г. – одна из первых в стране изучила особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения переносимой беременности, что способствовало снижению перинатальной смертности при этой патологии.



Савельева Г.М.

- Докторская диссертация**
«Дыхательная функция крови плода во время беременности и при родах».
- Научные интересы и достижения:**
- Проблемы плацентарной недостаточности, методов ее диагностики и терапии.
 - Широкий спектр комплексных исследований, посвященных патогенезу, диагностике, профилактике и лечению патологии эндометрия.
 - Внедрение в клиническую практику диагностической и оперативной эндоскопии.



Их имена, их школу забывать нельзя.

В заключение необходимо отметить, что в моем сообщении освещена лишь малая толика вопросов и проблем современной акушерской практики, остро нуждающихся в решении, пересмотре, критическом переосмыслении. Большинство широко используемых в акушерстве представлений, методов и тактик веде-

ния, считающихся непреложной истиной, не подтверждены многоцентровыми рандомизированными клиническими испытаниями и требуют глубоко научного, осмысленного и критического пересмотра как реального резерва снижения показателей перинатальной, младенческой, детской, материнской заболеваемости и смертности. □