

К решению XII Пленума Правления Российского общества акушеров-гинекологов

Современное акушерство можно считать **перинатальным**.

Его характеризует: снижение числа родов, снижение материнской и младенческой смертности.

Преобладает активная акушерская тактика, больше используется кесарево сечение и меньше акушерские операции – щипцы, вакуум экстракция.

Значительно продвинулась пренатальная диагностика, развивается хирургия плода, широко представлена хирургия новорожденного.

Получили широкое распространение вспомогательные репродуктивные технологии, оформилось новое направление – **репродуктология**.

В современной гинекологии все более пристально рассматриваются проблемы онкогинекологии, онкологии при беременности, сохранения репродуктивного потенциала у онкологических больных.

ПЛЕНУМ РЕКОМЕНДУЕТ

1. В условиях перинатального акушерства роль кесарева сечения значительна. Умелое применение кесарева сечения позволило снизить материнскую и младенческую смертность и заболеваемость.
2. Снижение перинатальной смертности от кесарева сечения в основном возможно при совершенной неонатологической помощи.
3. Кесарево сечение необходимо совершенствовать. Нужно ограничивать использование эндотрахеального наркоза, отдавая предпочтение спинальной анестезии, применять реинфузию крови, аутодонорство, искусственную гемодилюцию, профилактику тромбозов.
4. Оптимальным, по данным ВОЗ, следует считать процент кесаревых сечений около 15-17 %. В настоящее время кесаревых сечений в стране 20-25 %. Пленум считает необходимым уменьшение числа оперативных родоразрешений путем кесарева сечения.
5. Необходимо совершенствовать перинатальную и неонатальную помощь. В разделе пренатальной диагностики перспективно определение пороков развития плода по крови матери. В дальнейшем развитии нуждается хирургия плода и новорожденного. Наряду с интенсивной терапией недоношенных новорожденных необходима система их реабилитации.
6. Получила широкое развитие органосохраняющая тактика при акушерских кровотечениях, отслойке и вращении плаценты, перитоните после

кесарева сечения, неполноценных рубцах после кесарева сечения, миомэктомии. На таком фоне нет никакого основания говорить об **«акушерской агрессии»**.

7. На фоне снижения материнской смертности возросло число трудноуправляемых причин – экстрагенитальных заболеваний, эмболических осложнений, осложнений наркоза.
8. Невынашивание, синдром потери плода, тяжелая преэклампсия, HELP-синдром, акушерские кровотечения в большом числе случаев связаны с генетическими или приобретенными формами тромбофилии. Последняя не лабораторный субстрат, а клиничко-лабораторный феномен. Лабораторная диагностика тромбофилии часто недостаточная, что затрудняет её диагностику и профилактику.
9. Необходимо учитывать дифференцировку акушерских кровотечений. Наиболее опасными следует считать коагулопатические – при отслойке плаценты, вращении плаценты, после эмболии околоплодными водами, при мертвом плоде, после шока.
10. При акушерском сепсисе следует обращать внимание на раннюю диагностику. Лечение сепсиса должно быть комплексным, наряду с антибактериальной терапией необходимо санировать очаг инфекции и воздействовать на синдром системного воспаления (иммуноглобулины, инфузионная терапия, плазмаферез).
11. Перинатальные центры существенно улучшают качество перинатального акушерства. Совместная работа акушеров и неонатологов позволяет на новом уровне оказывать помощь плоду и новорожденному. Однако, изолированные от общей медицинской сети, перинатальные центры не могут оказывать всестороннюю лечебную помощь беременным.
12. Проблема преждевременных родов остается в центре внимания акушеров. Рождение недоношенного ребенка – не случайный факт, одно из двух – либо больна мать, либо болен ребенок. Дело не только в выхаживании новорожденного, но, нередко, в его интенсивной терапии. При заболевании матери недоношенный меньше страдает, при заболевании плода и новорожденного прогноз гораздо хуже.
13. Проблемы онкологии в акушерстве и гинекологии выходят на передний план. Особенно важно выявить приоритетные направления в научно-практической работе, которые могут дать наиболее быстрый эффект в улучшении диагностики и лечении онкологических заболеваний.
14. Клинические рекомендации не догма, они должны учитывать родовспомогательные учреждения разного уровня с различными лечебно-диагностическими возможностями.