



В.Е. Радзинский

Акушерская агрессия

Избранные страницы

Обсудить книгу «ВКонтакте»:
<http://vkontakte.ru/praesens> — кстати,
самая большая группа для акушеров-гинекологов

Status Praesens
Profimedia

Москва, 2011

Содержание

- Предисловие от автора
- Введение. Акушерская агрессия и безопасное акушерство**
- Глава I. Демографические аспекты деторождения**
- Глава II. Материнская и перинатальная смертность. Опасности для врача и пациентки**
- Глава III. Врачебные ошибки**
- Глава IV. Профессиональная защищённость врача**
- Глава V. Женская консультация (коммерческая и немотивированная агрессия)**
Предгравидарный этап
Аntenатальное наблюдение
Анализ. На пути к септическим осложнениям. Биоценозы. Инфекты
Агрессивная санация вне и во время беременности
Полипрагматизация. Фармакотерапия беременных
Полипрагматизация при невынашивании
Внематочная беременность. Реабилитация после хирургического лечения
Репродуктивные потери
Экстрагенитальные заболевания
Гипоксия плода у анемизированных женщин
Функциональные методы оценки состояния плода
- Глава VI. Отделение патологии беременных**
Индукцированная агрессия
Необоснованная госпитализация и полипрагматизация. Когда рано, а когда поздно?
Запоздалая терапия плацентарной недостаточности. ЗРП
Гестоз. Гипергидратация при гестозе
Длительная необоснованная госпитализация беременной («до победного конца»)
Неадекватный выбор сроков и метода родоразрешения
Преждевременные роды
Программированные роды: за и против. Индуцированная агрессия
Программированные роды при «незрелой» шейке
Ускорение созревания шейки матки перед индукцией родов — эстрогены
Методы подготовки шейки матки и индукция родов. «Опасный» сайтотек
Симптом «крокодила». Необоснованные амниотомии
- Глава VII. Акушерская агрессия в родблоке**
Необоснованные родовозбуждения. Ятрогенные родостимуляции
«Пособие» по Кристеллеру
Дистоция плечиков
Необоснованные эпизиотомии
Неквалифицированная защита промежности
Акушерские щипцы и вакуум-экстракция
Активное ведение III периода родов
Кесарево сечение
Неадекватное обезболивание родов — интубационный наркоз при кесаревом сечении
Оперированная матка («рубец на матке») Кровотечения
- Глава VIII. Домашние роды**
- Глава XI. Роды в воду**
- Глава X. Вынужденная агрессия**
Аборт
Неразвивающаяся беременность
Современные перинатальные технологии
Поздняя выписка из-за БЦЖ, тестов на ФКУ *etc.*, проверки слуха
Организационная агрессия (санэпидрежим)
Перинатальные центры — структуры крупных многопрофильных больниц
- Глава XI. Стратегия перинатального риска**
Исторические аспекты
Новые границы перинатального риска
Интранатальный прирост
Выбор метода родоразрешения в зависимости от степени перинатального риска
- Приложения**
Факторы перинатального риска
Методические рекомендации по медикаментозному аборту
Методическое письмо по кровотечениям
Методическое письмо «Кесарево сечение в современном акушерстве»
Бумм в XXI веке
10 шагов успешного вскармливания
Методическое письмо о применении препарата «Мифегин» в акушерской практике с целью подготовки к родам и родовозбуждения
Влияние на плод отдельных групп препаратов
Партограммы
Резолюция по преждевременным родам
Клинические рекомендации врачу в XXI веке
Защищённые диссертации, выполненные под руководством В.Е. Радзинского (утверждённые ВАК СССР и ВАК РФ)

Предисловие от автора

Эта книга была задумана несколько лет назад, и работа над ней была нелёгкой. Дело и в чрезвычайно большом объёме информации, и в изобилии версий и контраверсий, популярных на протяжении минувшего десятилетия. Не только меня, акушера с 40-летним стажем, но и более молодых коллег в России и в мире озадачивают многие новые и «хорошо забытые старые» технологии, призванные обеспечивать безопасное материнство. Например, осмоонкотерапия гестоза — настоящий «ренессанс» метода Бровкина в новых технологиях, предусматривающей титрование сульфата магния через инфузомат. Методика позволяет избежать гипергидратации и не требует жёсткого точного дозирования.

Медленней приживаются современные перинатальные технологии (СПТ) — возврат к «натуральным», веками бытовавшим в народной и научной медицине методам профилактики послеродовых и неонатальных инфекций. Все они основаны на эксклюзивном грудном вскармливании с первых минут жизни младенца, его совместном пребывании с матерью для кормления «по первому требованию» и максимально ранней выписке. Более эффективного способа профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний в мире не придумали!

Пришло понимание (далеко не всеми, к сожалению) пагубности «санации» влагилица на основании малоинформативных, не количественных бактериологических исследований и методики полимеразной цепной реакции (ПЦР). Положительный результат этих анализов не всегда соответствует дисбиозу (вагинит, бактериальный вагиноз) или наличию истинно патогенных возбудителей (гонококки, хламидии, трихомонады, стрептококк группы В). «Лечить не анализы, а болезнь» (проф. И.Б. Манухин) стали с 2007 г. в США, где даже бактериоскопическое исследование влагилицных выделений беременным не назначают, если нет жалоб на патологические бели или обоснованного подозрения на осложнения инфекционного генеза в анамнезе.

...Особенно часто ятрогении сопровождают преждевременные роды, в настоящее время определяющие не только перинатальную, но и всю детскую смертность в России. Как действие (неоправданный отказ от анте- и интранатального токолиза, выполнения кесарева сечения при наличии показаний), так и бездействие приводят к высокой перинатальной смертности, заболеваемости, росту числа «аппаратных» детей с не всегда благо-

приятным исходом. И вспомним, статистика (не очень достоверно притом) учитывает детей с массой тела от 1000 г. А что будет, если РФ перейдёт на регистрацию 500-граммовых детей?

...Возможно, противостоять придётся не только неверным тенденциям, но и собственному опыту, каким бы большим он ни был (см. главу «Врачебные ошибки»).

Именно противодействию посвящена книга, которую вы держите в руках. Противодействие состоит в критическом осмыслении действий врача родовспомогательного учреждения с позиций профилактики акушерской агрессии*. Её элементы можно усмотреть в большинстве случаев с неблагоприятным исходом беременности и родов.

...Я убеждён, что только преемственность поколений специалистов в роддоме («старики» примерно 60 лет, 40–60-летние «средняки» и «молодёжь» 22–40 лет) может способствовать решению этой проблемы. И пусть доктор в 75 лет не так трудоспособен, как юные коллеги, но в критической ситуации его огромный опыт и клиническое мышление помогут избежать «студенческих» и менее очевидных ошибок.

Для этой же цели создана книга «Акушерская агрессия». Предостеречь врача, поделиться многолетним опытом борьбы с ятрогенными, доложить о скромных, но несомненных успехах на этом трудном пути, достигнутых на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН. По большому счёту, это попытка перехода от проблем «безопасного материнства» к безопасному (в том числе и для врача!) акушерству...

В.Е. Радзинский

* Акушерская агрессия — ятрогенные, научно не обоснованные действия, направленные якобы на пользу пациентки, а в итоге приносящие матери и плоду вред.

ГЛАВА VI Отделение патологии беременных

Индукцированная агрессия

Неизменная агрессивность акушерской тактики, берущая начало в женской консультации и перетекающая в отделения патологии беременных, заставляет нас максимально критично подходить к оценке этого явления.

Основными элементами акушерской агрессии перед родами могут быть:

- необоснованная госпитализация (недоиспользование стационарзамещающих технологий или слишком ранняя родовая госпитализация);
- полипрагмазия;
- «программированные роды» при «незрелой» шейке матки;
- использование эстрогенов для подготовки родовых путей;
- длительное, не основанное на клинических и функциональных признаках неблагополучия, пребывание в стационаре «до победного конца», т.е. до родоразрешения («симптом крокодила»);
- необоснованная амниотомия.

Необоснованная госпитализация в конце беременности — первый шаг в череде врачебных заблуждений и ошибок, фатальное сочетание которых и приводит к неблагоприятным перинатальным исходам.

Необоснованная госпитализация и полипрагмазия

*«Сегодня начинать рано, послезавтра — поздно. Значит, завтра!»
В. Маяковский, «В.И. Ленин»*

Итак, проблема необоснованной госпитализации в отделение патологии беременных. Совершенно справедлив вывод, закономерно вытекавший в своё время из Приказа МЗ СССР №430 (1981 г.): «Своевременно госпитализировав беременную высокого риска в стационар, врач женской консультации может считать свою задачу выполненной*».

Бдительность — совсем неплохо, однако возникает вопрос: а когда это — своевременно? В 36–37 нед? В 38–39? Чтобы определить «своевременность», нужно вначале сформулировать, зачем эту женщину госпитализи-

* Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. — Киев: «Здоровье», 1983. — 204 с.

зировать именно сейчас. Появилась необходимость лечить осложнения гестации? Или немедленно родоразрешать? А, может быть, врач просто захотел перестраховаться?

[Отметим, что **в странах с лучшими показателями родовспоможения вообще нет отделений патологии беременных**. В акушерский стационар госпитализируют только беременных с артериальной гипертензией. Как правило, речь идёт о гестозе, или преэклампсии (терминология не имеет значения!), и это абсолютное показание для досрочного родоразрешения.]

У современных акушеров-гинекологов весьма расплывчатые представления о том, как следует вести тот или иной контингент беременных с высоким перинатальным риском. Столь же неопределённым выглядит статус плода накануне родов. А ведь неверная тактика не только может увеличить перинатальную заболеваемость, но и потенциально опасна для жизни плода.

Хроническая плацентарная недостаточность. Основной контингент отделения патологии беременных в России — пациентки с плацентарной недостаточностью, часто уже на декомпенсированной стадии, с задержкой роста плода. Однако мировые исследования совершенно убедительно доказали, что лечение, начатое слишком поздно (а в III триместре — безусловно, поздно), оказывается неэффективным и лишь усугубляет тяжесть хронической плацентарной недостаточности. Вывод мировой науки однозначен: к сожалению, радикальных способов медикаментозного лечения плацентарной недостаточности вообще не существует (по крайней мере, одобренных доказательной медициной).

С чем же тогда связан положительный эффект от «лечения», который наблюдают многие врачи в своей практической работе? Скорее всего, с банальной гипердиагностикой этого состояния. Чувство умиления вызывают случаи, когда после «коррекции» ФПН, ХПН, ХФПН рождаются дети с массой тела 3,5–4,5 кг — им и так было «сверхдостаточно»!

Но совсем не до умиления, когда, несмотря на терапию, «корректирующую ФПН», эти «достаточные» дети гибнут в перинатальном периоде. В этих случаях причина вовсе не в плаценте; лечи её, не лечи — эффекта не будет. Причина здесь тоже в неверном диагнозе: не были своевременно диагностированы пороки, инфекции, а главное — родоразрешение произошло нерационально. Именно таким ситуациям и посвящена эта книга.

Донашивание беременности при задержке роста плода — ещё одна «проблема внутри проблемы». Тактика максимального пролонгирования беременности под прикрытием комплексной терапии задержки роста пло-

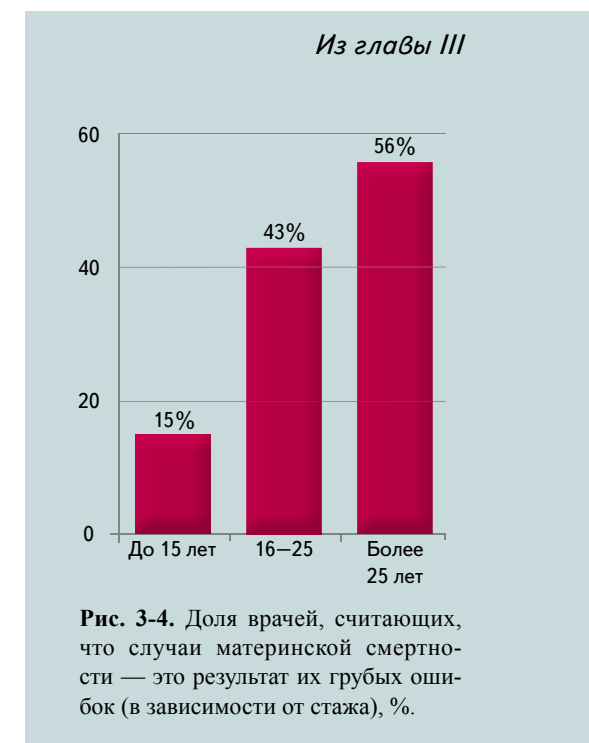
да не оправдала ожиданий: согласно результатам мировых доказательных исследований, улучшения перинатальных показателей она не даёт. В наших исследованиях (Старцева Н.М., 2006) пролонгирование и донашивание беременности даже увеличивало частоту тяжёлых задержек роста плода в 3 раза. В случае же преждевременных родов статистически значимые отклонения фетометрических показателей (бипариетальный размер, поперечный диаметр груди плода) соответствовали в основном I и II степени задержки роста. Подобные изменения удалось зарегистрировать в среднем с 24–25-й недели гестации.

Таким образом, следует принять за аксиому, что донашивание беременности при задержке роста плода не гарантирует благоприятного течения неонатального и младенческого периода. К сожалению, непосредственно по тактике родоразрешения при преждевременных родах на фоне задержки роста плода консенсуса исследователей нет.

Водянка беременных. Наиболее распространённая ситуация — направление в стационар (подчас чрезвычайно перегруженный) женщины с диагнозом «водянка беременных», подразумевающим увеличение веса беременной, который, с точки зрения врача, превышает норму. Однако, по современным представлениям, нормальная прибавка массы тела при беременности колеблется в довольно широком диапазоне (от 5 до 18 кг), причём, чем меньше была масса тела до беременности, тем больше будет её прибавка.

В мире такую нестандартную прибавку массы тела при беременности не лечат вовсе.

Сомнительна также практика заблаговременной госпитализации пациенток с **тазовым предлежанием при нормальных соотношениях размеров таза и головки плода, полноценным**



рубцом на матке при неподготовленных родовых путях. При «рубце на матке», «предлежании плаценты» госпитализация показана только в том случае, если есть клинические нюансы или территориально-транспортные проблемы, из-за которых женщина не может быть экстренно доставлена в стационар.

Необоснованное пребывание беременной в стационаре порождает массу стандартных (не стандартизированных, а привычно употребляемых десятилетиями), ненужных, необдуманных исследований и назначений, не основанных на принципах доказательности (витаминные комплексы, экстракт валерианы и т.д.; см. раздел «Полипрагмазия»).

Среди причин подобного несомненно агрессивного врачебного подхода чаще других фигурирует уже упоминавшийся диагноз «плацентарная» или «фетоплацентарная недостаточность» — ни при каком другом состоянии не назначается такая «куча» лекарственных средств. Теоретическим и клиническим аспектам этого синдрома автор посвятил полжизни, защитив докторскую диссертацию «Особенности развития плацентарной недостаточности при акушерской и экстрагенитальной патологии» и подготовив со своими учениками более 30 диссертаций на эту же тему*. Мой вывод в отношении врачебной тактики таков: только динамическая оценка состояния плода и своевременное родоразрешение (программированные роды или плановое кесарево сечение) в соответствии со степенью перинатального риска.

Напоследок — ещё раз о полипрагмазии на этапе акушерского стационара. Здесь очень любят назначать 4–5 препаратов «для улучшения маточно-плацентарного кровотока». Некорректность этого представления объяснить просто — в природе не существует, а в мире не создано средств, **избирательно** улучшающих маточно-плацентарное кровообращение.

Пути преодоления

Чтобы избавить женщин от полипрагмазии и необоснованных госпитализаций в отделения патологии беременных, следует шире применять стационарзамещающие технологии. 80% беременных, нуждающихся в лечении, могут успешно посещать дневной стационар, экономя материальные и финансовые средства родильного дома, лишь ненадолго покидая семью.

* См. «Приложения»: «Защищённые диссертации, выполненные под руководством В.Е. Радзинского (утверждённые ВАК СССР и ВАК РФ)».

В дневной стационар беременную лучше всего направлять при высоком перинатальном риске до срока 38 нед. Это обеспечит полноценное обследование и комплексное воздействие, в том числе на психику женщины. Такое амбулаторное или полуамбулаторное оздоровление применимо ко всем осложнениям беременности, кроме гестоза, кровотечения и угрожающих преждевременных родов.

Из главы V

Женская консультация. Биоценозы, инфекции Агрессивная санация вне и во время беременности

...Устойчивы представления о взаимосвязи разрывов промежности и шейки матки с крупной головкой плода и высокой промежностью матери. Однако на самом деле исход зависит именно от состояния тканей. Выраженность и частота возникновения травм тазового дна коррелируют с нарушениями состава вагинальной микрофлоры (Марилова Н., 2007). У всех наиболее тяжело травмированных в родах женщин были диагностированы аномальные влагалищные биоценозы.

Вывод прост: нарушение биоценоза влагалища перед родами, реализовавшееся в бактериальный вагиноз и вагинит, повышает риск травмы промежности: разрывы происходят при 3–4-й степенях чистоты влагалища, а при 1-й или 2-й степени травмы, как правило, не происходят.

Рассечение промежности во второй период родов во избежание образования разрыва не нарушает этой зависимости: после акушерского разреза на фоне извращённого биоценоза влагалища рана рвётся дальше, плохо заживает. К сожалению, количество женщин с пролапсами половых органов, возникшими после акушерских вмешательств, только увеличивается. Этот итог акушерской агрессии и без того можно обнаружить у 63% «разрезанных», а в условиях дисбиоза продление резаной раны в рваную происходит уже у 80% женщин.

Рост числа пациенток с несостоятельностью тазового дна, приобретённой после акушерских вмешательств, в свою очередь, расширяет группу риска по формированию дисбиоза половых органов. И здесь опять акушерская агрессия: не выполняется хирургическая коррекция пролапсов, а без неё невозможно восстановить нормобиоценоз. В большинстве случаев всё так и происходит.

Так чем же оборачивается стремление излечить «больную» от инфекции и добиться стерильности влагалища любой ценой?

«Порочный круг» при неправильном лечении антибиотиками носительства и бактериального вагиноза связан не только с повышением травматизма в родах, но и с высокой вероятностью послеродовых инфекционных заболеваний...

Из главы V

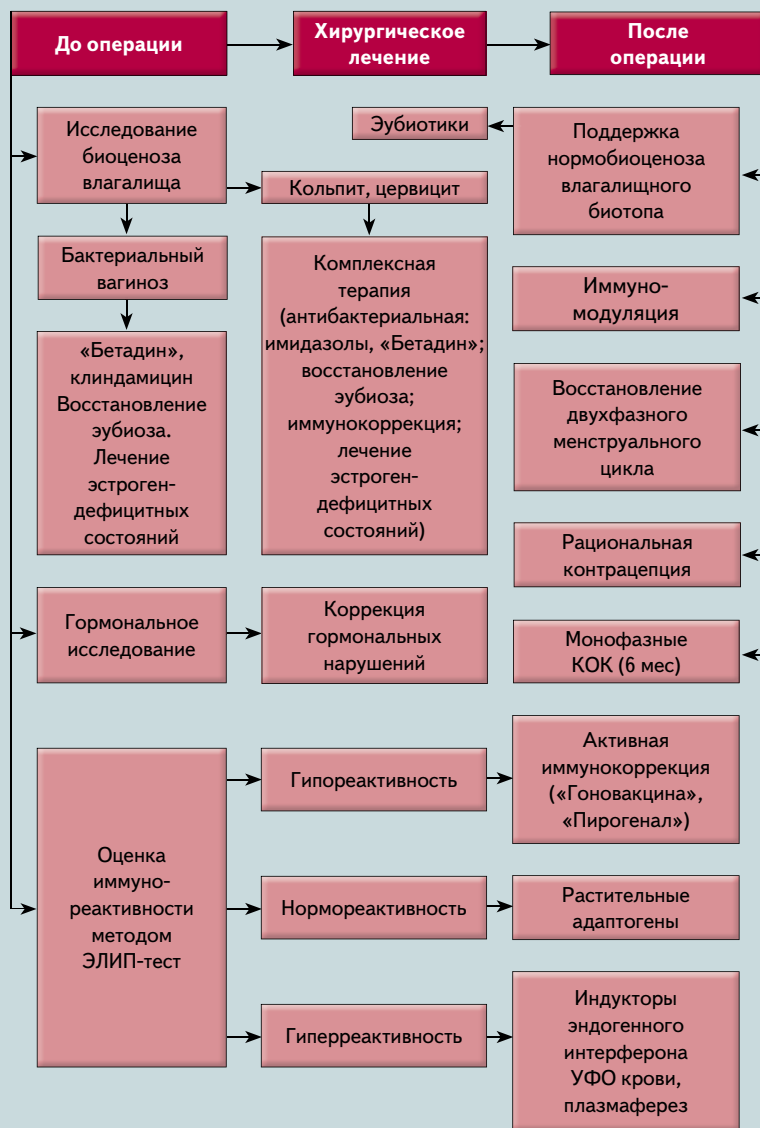


Рис. 5-33. Алгоритм ведения пациенток до и после хирургического лечения в гинекологии.

Рассуждая о необходимости упорядочивания показаний для госпитализации беременных в акушерский стационар, следует подчеркнуть, что угрожающие преждевременные роды — абсолютное показание для пребывания в родильном отделении, хотя бы для профилактики синдрома дыхательных расстройств у плода и круглосуточного острого токолиза. В отношении гестоза есть давно известный стандарт: госпитализация в любом сроке, 2–3 дня осмотерапии магнием (см. раздел «Гестоз»), подготовка родовых путей и, в зависимости от состояния последних, роды либо кесарево сечение. Всё!

Для госпитализации беременных, чьё состояние не требует круглосуточного наблюдения и лечения, рекомендуется развернуть стационары дневного пребывания в родильных домах (отделениях) или в женских консультациях.

Наиболее удачное определение дневного стационара сформулировано в приказе МЗ РФ от 09.12.1999 г. №438: «Дневной стационар — структурное подразделение амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, предназначенное для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов».

Что касается медицинских технологий в дневных стационарах, то в этой роли выступают алгоритмы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации. Они представляют собой последовательность мероприятий по улучшению здоровья пациенток, усилению лечебного воздействия и ускорению диагностики.

Дневные стационары создают на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, располагающих необходимой материально-технической базой (как правило, это женская консультация). Возможно формирование стационара дневного пребывания в родильном доме или родильной отделении. Основное преимущество такого территориального расположения заключается в том, что под рукой будут все вспомогательные отделения, а также диагностические, лабораторные, лечебные и реабилитационные резервы. Так гораздо проще обеспечить преемственность в обследовании, лечении и реабилитации: при ухудшении состояния пациенток немедленно переводят в соответствующие отделения больницы.

Цели работы дневного стационара — снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности путём улучшения здоровья беременных, а также динамический контроль за состоянием плода.

Функции дневного стационара:

- профилактика осложнений и оздоровление женщин из групп перинатального риска;
- выполнение сложных диагностических исследований и лечебных процедур, требующих специальной подготовки больных и недолгого медицинского наблюдения;
- подбор адекватного лечения, инфузионная терапия, не доступная амбулаторно;
- курсовое лечение с применением современных медицинских технологий, если женщине не требуется круглосуточное медицинское наблюдение;
- догоспитальная помощь женщинам, если в стенах женской консультации развились неотложные состояния;
- реабилитация и оздоровительное лечение беременных.

Пребывание в дневном стационаре в среднем продолжается 10–12 дней, но при ухудшении состояния и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременную незамедлительно госпитализируют.

Несомненные преимущества дневного стационара — возможность оказания помощи, не доступной в амбулаторных условиях. Ежедневно пациентка находится под наблюдением медицинского персонала в течение 5–6 ч. После лечения она уходит домой, что благоприятно для психоэмоционального состояния и повышает эффективность терапии. Пациентка может выбирать удобное для себя время лечения, поскольку дневной стационар работает в две смены (и эффективность работы койки выше по этой же причине).

В наших исследованиях (Златовратская Т.В., 2008) показано, что организация стационара дневного пребывания способствует уменьшению числа госпитализируемых в отделение патологии беременных на 46,2%, в том числе в 2,1 раза по поводу угрозы преждевременных родов. Чёткое разграничение показаний позволило обойтись без госпитализации пациенток с компенсированной формой хронической плацентарной недостаточности.

Резюмируем преимущества адекватного использования стационарзамещающих технологий:

- снижение количества и продолжительности госпитализаций в акушерский стационар;
- высококвалифицированная помощь в щадящем режиме для 80% беременных, ранее направившихся в круглосуточный стационар;

- экономия материальных и финансовых средств роддомов (соответствует тенденциям малозатратности, современной концепции развития здравоохранения и медицины в РФ);
- возможность для пациентки жизни с семьёй (в отличие от стационарного лечения).

Из главы VI

...Весьма распространённый вид акушерской агрессии — катастрофическое запаздывание лечения при задержке роста плода. Нередко за эту работу хватаются лишь в III триместре беременности, и запоздалая терапия никак не может изменить ход внутриутробных событий.

Дело в том, что средств, избирательно улучшающих маточно-плацентарный или плацентарно-плодовый кровоток, в современной медицине не существует. Поэтому любые препараты, применяемые после завершения второй волны инвазии цитотрофобласта, действуют на весь организм, включая фетоплацентарную систему, улучшая метаболизм, стимулируя антиоксидантные реакции. Однако о том, чтобы излечить задержку роста плода II–III степени или хотя бы уменьшить тяжесть нарушения после 28 нед беременности, можно только мечтать.

Конгресс EAGO в 1999 г. начался с дискуссии на тему «Почему проводимые антенатальные мероприятия не так эффективны, как мы рассчитываем?». Резюме дискуссии было таково: поздно начинаем лечить. И словно в продолжение был озвучен потрясающий доклад Н. Littel из благополучной Швейцарии: жизнь людей, рождённых с синдромом задержки роста плода, независимо от срока гестации, достоверно короче, чем у нормовесных, и болеют первые чаще. Чтобы сформулировать это важнейшее социально-биологическое заключение, швейцарские учёные исследовали жизнь и здоровье всех людей 1917–1918 гг. рождения до 1998 г. (за 80 лет). Оказалось, что задержка роста во внутриутробный период существования — более значимый фактор риска сокращения продолжительности и низкого качества предстоящей жизни, чем широко известные гипертоническая болезнь, сахарный диабет, курение, бедность и др.

...Первым среди дефектов врачебного наблюдения, касающихся беременных с гестозом, оказывается отсутствие предгравидарной подготовки в группах риска.

Нет положенной настороженности и у акушеров женской консультации. В большинстве случаев вместо необходимого дополнительного обследования появляются диагнозы «отёки беременных», «гестационный пиелонефрит», «патологическая прибавка веса», а необходимого лечения артериальной гипертензии не назначают. Таким образом, чаще всего мы имеем дело с ятрогенными ситуациями — запоздалой диагностикой гестоза и его осложнений.

Из главы VII

...Так как мы не способны выключить все неблагоприятные для сохранения промежности моменты, то мы, даже при хорошей её защите, во всех случаях сохранить её не можем. Частота разрывов промежности, по данным статистики большого числа родов, доходит до 25%. Мы можем защитой промежности только регулировать способ и темп прохождения головки. Чем постепеннее отдельные отрезки последней проходят половую щель друг за другом, тем меньшей нагрузке подвергается промежность, тем меньше она растягивается и тем лучше сохраняется.

Отношения здесь таковы же, как при продевании пуговицы через слишком узкую для неё петлицу: если пуговицу прижимают к петлице плоской поверхностью или продевают слишком быстро, то петлица рвётся; если же, напротив, пуговицу ставят ребром и сперва продвигают малый её сегмент, а затем постепенно всю пуговицу, то петлица расширяется, не разрываясь. Так и головка должна пройти половую щель — «как пуговица».

Рассечение промежности в родах производят слишком часто. Документирование перинеотомии как альтернативы разрыву I–II степени представляет собой «умывание рук» средним медицинским персоналом, снятие с себя ответственности за произошедшую травму.

Наиболее грубая тактическая ошибка, сводящая на нет все усилия по защите промежности, — искусственная стимуляция потуг в начале II периода при полном открытии маточного зева и высоко стоящей головке. Следует помнить, что этот момент не всегда совпадает с началом активных потуг. Точкой отсчёта потужного периода должна быть жалоба пациентки на чувство сильного давления на задний проход.

Хотя рождение ребёнка может происходить в любом положении, традиционно это происходит в наиболее неудобной и неблагоприятной для плода позиции: роженица лежит на спине, головной конец кровати приподнят, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и упираются в кровать. Для выполнения пособия акушерка должна находиться у ножного конца кровати справа от роженицы...



Уважаемый доктор! Понимая потребность в этой книге каждого современного российского акушера и предвосхищая успех «Акушерской агрессии», предлагаем читателям оформить предзаказ по специальной цене — **550 руб.**

Чтобы заказать книгу, необходимо:

1. Заполнить и оплатить бланк в любом коммерческом банке (например, «Сбербанке»).
2. Сообщить нам о факте оплаты (тел./факс +7 499 558-0253, info@praesens.ru).
3. Сообщить почтовой адрес, по которому Вам удобно и надёжно получить бандероль.

Проконсультироваться Вы можете с Юлией Бережновой:
тел. +7 926 533-0814, yb@praesens.ru

Обращаем Ваше внимание, что оплата по цене предзаказа принимается до 30 июля 2011 года: позже книга будет несколько дороже.

Извещение	000 «Статус презенто» (наименование получателя платежа)	000 «Статус презенто» (наименование получателя платежа)
	ИНН/КПП: 770175622/1770101001	ИНН/КПП: 770175622/1770101001
	Номер р/с получателя: 407028108000000003020	Номер р/с получателя: 407028108000000003020
	Наименование банка получателя: АКБ «КОДЕКС» (ОАО), г. Москва	Наименование банка получателя: АКБ «КОДЕКС» (ОАО), г. Москва
	БИК 044585171, К/С 30101810600000000171	БИК 044585171, К/С 30101810600000000171
	Платежный (Ф.И.О.):	Платежный (Ф.И.О.):
Кассир	Адрес плательщика:	Адрес плательщика:
	Назначение платежа:	Назначение платежа: Книга «Акушерская агрессия», 2011 г.
	Сумма платежа: 550 руб.	Сумма платежа: 550 руб. (НДС не облагается. Уведомление о возможности применения упрощённой системы налогообложения от 17 декабря 2008 г., №9094)
	Платежный (подпись):	Платежный (подпись):
	Дата: «	Дата: «
	2011 г.	2011 г.
Квитанция	000 «Статус презенто» (наименование получателя платежа)	000 «Статус презенто» (наименование получателя платежа)
	ИНН/КПП: 770175622/1770101001	ИНН/КПП: 770175622/1770101001
	Номер р/с получателя: 407028108000000003020	Номер р/с получателя: 407028108000000003020
	Наименование банка получателя: АКБ «КОДЕКС» (ОАО), г. Москва	Наименование банка получателя: АКБ «КОДЕКС» (ОАО), г. Москва
	БИК 044585171, К/С 30101810600000000171	БИК 044585171, К/С 30101810600000000171
	Платежный (Ф.И.О.):	Платежный (Ф.И.О.):
Кассир	Адрес плательщика:	Адрес плательщика:
	Назначение платежа:	Назначение платежа: Книга «Акушерская агрессия», 2011 г.
	Сумма платежа: 550 руб.	Сумма платежа: 550 руб. (НДС не облагается. Уведомление о возможности применения упрощённой системы налогообложения от 17 декабря 2008 г., №9094)
	Платежный (подпись):	Платежный (подпись):
	Дата: «	Дата: «
	2011 г.	2011 г.

громкое мероприятие 2011 года



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»

Масштаб: общероссийская выставка и семинар.

Ожидаемое число участников: 700–800.

Российский вариант самого популярного в мире формата — контраверсий, т.е. противоречий между старым и новым, принятой российской практикой и доказательными данными. Мероприятие 2010 г. собрало более 800 делегатов из 49 регионов России (рост по сравнению с 2009 г. — 14%; число статусных делегатов — 62%: главные акушеры-гинекологи, главврачи перинатальных центров, роддомов, женских консультаций и т.д.).

Обсуждаемые проблемы: широкий спектр вопросов, представленных с точки зрения дискуссионности; большое число мастер-классов, круглых столов.

II ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА НАУЧНО-ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА

Главврач XXI века

Масштаб: всероссийская выставка и семинар для организаторов здравоохранения.

Ожидаемое число участников: 500.

Активное участие сотрудников Росздравнадзора в рамках семинара «Росздравнадзор — главврачу XXI века» в 2010 г. позволило привлечь на него около 180 слушателей; число организаторов здравоохранения и главных врачей среди посетителей выставки составило 458 человек, что немедленно отметили экспоненты.

Обсуждаемые проблемы: вопросы лицензирования ЛПУ, как муниципальных, так и коммерческих, проблемы медицинской статистики, вопросы контроля и надзора в здравоохранении.



Сочи,
8-10 сентября 2011 г.

+7 (499) 558-0253, www.statuspraesens.ru