

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD643209>

От классического акушерства до современных отраслевых технологий

Э.К. Айламазян

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

В статье представлен детальный анализ исторического развития классического акушерства в XIX в. в Европе и России. Само понятие «классический» возникло в начале XIX в. в Европе и стало основой для становления классического акушерства. В этот период в Западной Европе основоположником классического акушерства стал Эрнест Бумм. В России в это же время признанным лидером и основателем научного классического акушерства стал Эдуард-Антон Яковлевич Крассовский. Он основал первое в России Общество акушеров-гинекологов в Санкт-Петербурге в 1886 г. и первый в России журнал для таких специалистов — «Журнал акушерства и женских болезней» в 1887 г. В статье рассмотрены ключевые проблемы современного акушерства, особенно в контексте высокой частоты оперативного родоразрешения. Автор подчеркивает, что беременность и роды представляют собой физиологические процессы, прошедшие эволюцию и адаптированные к потребностям человеческой популяции. В связи с этим автор призывает к естественному и качественному родоразрешению. Кроме того, он предлагает перенять практику, принятую в большинстве стран мира, и установить сроки обязательной реанимации новорожденных на 24–25-й неделе беременности. Это позволит решить ряд морально-этических, экономических, социальных и юридических вопросов. В статье также подчеркнута необходимость корректности научных исследований, исключающей риски для пациентов. Дана критическая оценка некоторых методов лечения акушерских кровотечений.

Ключевые слова: история акушерства; маточные кровотечения; кесарево сечение; репродуктивные технологии.

Как цитировать

Айламазян Э.К. От классического акушерства до современных отраслевых технологий // Журнал акушерства и женских болезней. 2025. Т. 74. № 1. С. 7–13. DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD643209>

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD643209>

From classical obstetrics to modern industrial technologies

Eduard K. Ailamazyan

The Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology named after D.O. Ott, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT

This article provides a comprehensive historical overview of the development of classical obstetrics in Europe and Russia during the 19th century. The concept of *classical* originated in Europe in the early 19th century and became fundamental to the development of classical obstetrics. At that time, Ernst Bumm was the father of classical obstetrics in Western Europe, while in Russia, Eduard-Anton Y. Krassovsky became the leader and founder of scientific classical obstetrics. Krassovsky founded the first Russian Society of Obstetricians and Gynecologists in St. Petersburg (1886) and the *Journal of Obstetrics and Women's Diseases* (1887). The article explores key problems currently faced by obstetrics, highlighting the high prevalence of surgical deliveries. The author emphasizes that pregnancy and childbirth are natural physiological processes that have evolved over centuries to meet the needs of human survival. Therefore, he advocates for promoting natural and high-quality childbirth. He also calls for aligning with global practices by implementing mandatory newborn resuscitation at weeks 24–25 of gestation, which would address various moral, ethical, economic, social, and legal concerns. Furthermore, the article underscores the importance of conducting scientific research with precision to eliminate risks for patients and provides a critical evaluation of certain treatment approaches for postpartum hemorrhage.

Keywords: history of obstetrics; uterine bleeding; cesarean section; reproductive technology.

To cite this article

Ailamazyan EK. From classical obstetrics to modern industrial technologies. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2025;74(1):7–13.

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD643209>

Received: 19.12.2024

Accepted: 19.12.2024

Published online: 20.02.2025

В мире, ревушем:
— Слава грядущим!
Что во мне шепчет:
— Слава прошедшим!
М. Цветаева

На публикацию данной статьи я решился после живого, резонансного отклика коллег на мои последние выступления по теме «Здоровье женщин, детей и народонаселения России». Высказанные в этих выступлениях мысли, очевидно, уже давно беспокоили наше акушерско-гинекологическое сообщество и, по-видимому, недостаточно только вербального их изложения. Подвигло меня к написанию статьи также и мнение ряда коллег, представивших иной взгляд на обсуждаемые проблемы, но считающих важным сохранить их на повестке современных дискуссий.

Недавно, будучи в Алтайском государственном медицинском университете участником конференции «От классического акушерства и гинекологии до современных перинатальных и репродуктивных технологий», я был приятно удивлен тем, как в далеком от Москвы и Санкт-Петербурга Алтайском крае твердо звучало признание классических достижений в медицине как основы развития современного акушерства. Почему я решил высказаться об этом? Упоминания о классическом акушерстве я не слышал ни на одной конференции нашей страны на протяжении более 30 лет. Безусловно, это было связано с влиянием западных миссионеров, во многом разрушивших в 1990-е годы нашу науку и образование, приведшем в итоге к ликвидации Российской академии медицинских наук, внедрению Болонской системы и единого государственного экзамена, замене отечественных классификаций и т. д. Западничество глубоко пустило свои корни, и настроило нашу ментальность на приоритетность Запада. В тот же период ряд отечественных акушерских персоналий заявил о том, что в связи с утвердившимся перинатальным акушерством эпоха классического акушерства закончилась в силу своей агрессивности, наследуемой со времен позднего средневековья. Ошибочность данного утверждения состоит в том, что именно классическое акушерство всегда отвергало агрессию при родоразрешении. Кроме того, исторический период развития акушерства до XIX в. никогда не определяли как классический [1].

Само понятие «классический» появилось в начале XIX в. в Европе. Именно XIX в. — это время становления классического акушерства. И не может быть тождественности между средневековым и классическим акушерством.

Основоположником классического акушерства в Западной Европе признан Эрнст Бумм. В России в тот же период лидером и основоположником научного классического акушерства стал Эдуард-Антон Яковлевич Красовский, основавший в Санкт-Петербурге первые в России Общество акушеров-гинекологов (1886) и периодическое издание «Журнал акушерства и женских болезней» (1887). Именно тогда, в конце XIX в., Россия наряду с Францией

(колыбелью акушерства) и Германией составила тройку акушерских держав, ни в чем не уступая ни одной из них. Следует отметить, что понятия «классицизм» и «классический» обозначали приверженность к эпохе Возрождения, и это касалось не только наук, но и искусств.

Анатомия человека А. Везалия (1514–1569), открытие У. Гарвеем (1578–1657) двух кругов кровообращения, появление стетоскопа, микроскопа А. Левенгука, учение о тазах Х. Девентера, теория биомеханизма родов, антисептика И. Земельвейса и Д. Листера, обезболивание Д. Симсона и Н. Пирогова, открытие групп крови К. Ландштайнером, появление антибиотиков и сульфаниламидов и многое другое стали основой развития фундаментального, научного, в целом классического акушерства. Это в равной степени относится и к операции кесарского сечения (КС), также прошедшей путь от так называемого классического КС до КС в нижнем сегменте матки. Все это укрепляет утверждение о том, что акушерство — это искусство на базе научных достижений [1].

Уместно вспомнить об открытии в нейрофизиологии академика А.А. Ухтомского такого явления, как доминанта центральной нервной системы [2]. Профессор И.И. Яковлев экстраполировал это понятие в акушерство, что привело нас к пониманию таких состояний, как доминанта беременности и доминанта родов, связанных с биологической готовностью организма женщины и ее мягких родовых путей к родам. Разве это не классическое акушерство, во многом определяющее тактику врача при родоразрешении? В связи с этим уместно напомнить, что фундаментальные догматы и установки классического акушерства основаны на представлении о том, что беременность и роды являются физиологическим процессом, прошедшим многовековую эволюцию и адаптированным к основным жизненным потребностям популяции.

Именно с целью бережного сохранения физиологического процесса выдающиеся представители повивального искусства опирались на положение классического акушерства «помоги, но при этом не навреди». Мнение некоторых акушеров о том, что с приходом перинатального акушерства и увеличением частоты КС классическое акушерство исчезло, не состоятельно, вредно и связано с неспособностью остановить эпидемический рост КС в России (25 %), где родоразрешение каждой четвертой (а в мегаполисе — каждой третьей) беременной посредством операции КС, воспринимают в порядке вещей. Причины данного явления нам всем хорошо известны, и одна из них связана со снижением уровня профессионализма. Если тенденция к росту КС сохранится, то мы станем свидетелями эволюции способа появления на свет — от родоразрешения к детоизвлечению. Попытка

оправдать учащение КС снижением перинатальной смертности малоубедительна и, может быть, была актуальна, но только в прошлом. В настоящее время главную роль в снижении перинатальной смертности сыграли новые высокоэффективные организационные и лечебно-диагностические технологии, введенные в строй перинатальные центры, оснащение родильных домов современным оборудованием, расширение возможностей пренатальной диагностики, лечение экстрагенитальной патологии и др.

Трудно согласиться с мнением адептов КС о том, что классическое акушерство базировано на признании безусловного приоритета интересов матери перед интересами плода. Эта романтическая, писательская версия известна давно и не имеет ничего общего с действительностью. Даже в 1920-е годы, после Великой Октябрьской революции, первые акушерско-гинекологические конференции, проведенные по инициативе первого наркома здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко, проходили под девизом «Матери — здорового ребенка, а ребенку — здоровую мать». Интересы плода никогда не игнорировали, таких установок не было, а высокий уровень перинатальной и младенческой смертности был обусловлен ограниченными возможностями акушерства, педиатрии и медицины в целом.

Нельзя все проблемы в акушерстве разрубить, как мечом гордиеев узел, операцией КС. Миф о безопасности КС давно развеян. Достаточно отметить, что осложнений после КС в 25 раз больше, чем при естественном родоразрешении.

Невозможно пройти мимо результатов недавних исследований, показавших, что при родоразрешении женщин посредством операции КС, то есть в случае отсутствия контакта ребенка с вагинальной и кишечной флорой матери, последний получает штаммы госпитальной инфекции и испытывает дефицит бактерий вагинального и кишечного микробиома матери, что снижает уровень его иммунной защиты, повышая риски развития ряда заболеваний, в том числе и инфекционно-воспалительных.

Все, кто хочет связать свою жизнь с акушерством, должны помнить, что без научного, фундаментального, а значит, классического акушерства им не удастся достичь вершин профессионального мастерства. В любом случае нельзя забывать, что понятие «классический» в общественном сознании прочно ассоциированы с понятиями «вечное» и «незыблемое».

После того, как акушерство было объявлено перинатальным, то есть плод стал полноправным, наравне с матерью, пациентом, естественным образом увеличилась доля операций КС, превысив все разумные и установочные показатели. Одновременно с этим плод стал пациентом и трансперсональных психологов [3].

Трансперсональная психология — это относительно новый раздел науки о человеке. В нем утверждено наличие долговременной антенатальной памяти плода в период беременности и родов матери, а также рассмотрен

процесс родов как ключевой в формировании психики и сознания человека. Общие положения этого направления объединены американским ученым Т.Р. Харрисом идеей о том, что чувства, возникающие у плода в момент родовой травмы, его мозг записывает и хранит в некоторой форме. И, подобно спящему гену, эти чувства экспрессируются в один из периодов жизни, способствуя развитию различного рода неврозов или психосоматических заболеваний. Запечатлевается в памяти плода и чувство страха смерти при желании матери сделать аборт. Это событие он запоминает, как попытку убийства, и в таких случаях в последующем у матерей возникают сложности в отношении доверительного контакта со своим ребенком. Сегодня открывают и другие новые тайны внутриутробной жизни плода.

В основе формирования психики и сознания человека лежат матрицы Грофа — стойкие функциональные структуры, базовые для многих психических и физических реакций человека на протяжении всей его последующей жизни. Они формируются во время беременности и родов: 1-я — к концу беременности, 2-я — при усилении схваток в первом периоде родов, 3-я — во втором периоде, 4-я — в момент рождения. Операция КС исключает второй и третий периоды родов и вместе с ними развитие 3-й и 4-й матриц у плода, лишая ребенка переживаний собственного рождения, стимула и вызова на столкновение с препятствием и возможностью триумфального выхода из сжимающегося пространства. Это, по мнению перинатальных психологов, снижает стрессоустойчивость и адаптивные возможности новорожденного. Уже первые исследования показали, что дети, родившиеся посредством операции КС, обладают определенными психологическими особенностями и нередко психосоматическими расстройствами с необходимостью вмешательства специалистов различного профиля. Даже не полный перечень вопросов, связанных с операцией КС, свидетельствует о том, что специалисты столкнулись с серьезной медико-социальной проблемой. Очевидно, настало время вновь вернуться к вопросу о месте операции КС в современном акушерстве, а для этого пора возобновить на страницах научных журналов и на научных конференциях дискуссию, направленную на разрешение накопившихся вопросов. В любом случае пора принять парадигму возвращения к естественному, качественному родоразрешению, поскольку именно качественное родоразрешение — это пожизненный ресурс здоровья родившегося человека.

Акушерство, как и хирургия, довольно часто оказывалось на перепутье и шло различными путями, в том числе ошибочными, увлекая за собой отдельные слои акушеров, еще не утвердившихся в профессии. Подобные ошибки и упрямое следование ложным путем продолжают повторяться и в настоящее время [4]. Я имею в виду контролируемую тракцию пуповины в послеродовом периоде с целью профилактики кровотечения, что нарушает

незыблемый патогенетический принцип Альфреда «руки прочь от матки».

Не должен быть снят с повестки дня вопрос о рассмотрении рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения сроков реанимации детей с низкой и экстремально низкой массой тела в 22 нед. беременности. Практически все страны мира, за исключением трех стран, в том числе и России, изменили сроки реанимации новорожденных на 24–25 нед. беременности. В связи с этим я хочу напомнить цитату из материалов Всемирного конгресса акушеров-гинекологов 2023 г.: «Вероятность гибели во время реанимации новорожденного массой 500 г равна 75–80 %, а если он выживет, то вероятность нарушений развития мозга, эндокринной и других систем составит порядка 80 %». Представляется логичным закрепить юридически для новорожденных с 24–25-й недели беременности обязательность реанимационных мероприятий в полном объеме. В то же время, соблюдая принципы биомедицинской этики, акушеры не могут и не должны отказывать новорожденным от 22 нед. в необходимой паллиативной помощи (уходе, тепле, питании). Значительной части акушеров и педиатров такой подход позволит решить возникающие моральные, экономические, социальные и юридические вопросы.

Лозунг «Новорожденные любым путем» — это проявление ложного гуманизма, не способствующего улучшению демографической ситуации. Наоборот, он скорее чреват серьезными финансовыми и социальными издержками.

Удивляет предложенный метод борьбы с гипотоническими кровотечениями посредством «эластического» бинтования матки, не прошедший экспертной оценки, но вошедший в клинические рекомендации Минздрава России. Вряд ли можно признать целесообразным откладывание хирургических методов гемостаза на 30 мин (минимальное время бинтования) в пользу бинтования при продолжающемся кровотечении. Кроме того, невозможность в равной степени дозировать степень сдавления тканей матки бинтом грозит нарушениями микроциркуляции в тканях матки при гипоксии, что не способствует улучшению состояния органа. Интересно также узнать, как бинтование матки сочетать с применением внутриматочного баллона (при ожидании помощи, в рекомендациях Минздрава России), тоже малоэффективным при гипотоническом кровотечении [5, 6].

Трудно согласится с предложенной методикой борьбы с послеродовыми кровотечениями путем помещения гемостатического бинта с хитозаном, предназначенного для наружного применения, в полость матки, после как естественных родов, так и операции КС. Это само по себе не способствует при гипотонии достижению главной цели — активации сократительной деятельности матки, создавая при этом условия для восходящей инфекции. Утверждения о том, что применение гемостатического бинта при гипотоническом кровотечении приводит к тромбообразованию по всей плацентарной площадке

бездоказательны, умозрительны и не учитывают при гипотонии снижения тонуса и возбудимости гладкой мускулатуры не только матки, но и стенки сосудов миометрия, являющихся обязательными участниками процесса тромбообразования. Согласно материалам Международной федерации акушеров-гинекологов (International Federation of Gynaecology and Obstetrics, FIGO) данный метод не обладает достаточной доказательностью по эффективности. Эпоха кольпейриза, метрейриза, аппликаций-примочек, тампонады матки и прочих анахронизмов в акушерстве канула в лету. Борьба с гипотоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде должна быть основана не на механистическом подходе, а на оценке и стимуляции тонуса и возбудимости матки, определяющих ее способность к сократительной деятельности, знании кровоснабжения женских половых органов и свертывающей системы крови [5, 6].

Сообщения авторов о гипотонических кровотечениях, как правило, включает небольшое количество наблюдений, при этом выводы всегда оптимистичны. Нет сомнений в том, что рекомендации новых методов лечения, рассчитанные на широкий круг практикующих врачей, невозможны без определенной проверки в стационарах, научно-исследовательских институтах и хотя бы краткосрочных многоцентровых испытаний их эффективности и безопасности. Только такой подход позволит определить целесообразность использования того или иного метода и рекомендовать его для внедрения в практику.

Дискуссионны предложения при вращающихся плацентах (*placenta accrete, percreta, increta*) отказаться от удаления инвазированной плацентарной площадки и матки, а вместо этого в течение 2–3 мес. с использованием метотрексата ждать отторжения ткани плаценты. Вековой научно-практический опыт ведения послеродового периода, основанный на принципе необходимости удаления всех частей последа из матки, остается незыблемым. И это не догма, это парадигма. Очевидно, нет необходимости говорить о всех возможных рисках развития воспаления и кровотечений при консервативном ведении послеоперационного периода в случае оставления плаценты в матке, не вписывающихся в классические правила ведения послеродового периода.

Заслуживает быть отмеченным факт, что согласно данным литературы практически большинство весьма редких случаев с оставлением плаценты в матке заканчиваются отсроченными гистерэктомиями на фоне начинающихся осложнений. Возможно, опыт консервативного ведения вращающейся *placenta accrete* (наиболее частый вариант) может быть использован при интраоперационной находке вращающейся плаценты в том случае, если врач-акушер не владеет методом экстирпации матки, а стационар не располагает технологическими возможностями современного лечения профузного кровотечения. В такой экстраординарной ситуации после извлечения новорожденного посредством КС без попытки отделения плаценты

показано в кратчайшие сроки отсроченное оперативное лечение (метропластика или экстирпация матки) либо на месте при оказании помощи со стороны, либо после срочного перевода родильницы в учреждение третьего уровня [7, 8].

Сегодня наступило время научной хирургии и научного акушерства. Период чистого эмпиризма в медицине давно закончился. Доверять следует не впечатлениям, основанным на непрезентативных данных, а исследованиям с опорой на фундаментальную науку и результаты, полученные в клиниках и лабораториях у морфологов, физиологов, фармакологов и представителей других медицинских специальностей. Всякое новое предложение рождает массу предположений и вопросов. Доверять им непросто, особенно если сложные биологические проблемы решают механистическим путем. Высказывая эти соображения, должен заявить, что не принадлежу к числу непримиримых противников клинических экспериментов. Однако подобные весьма рискованные эксперименты должны быть серьезно обоснованы показаниями к лечению и условиями его выполнения с учетом безопасности для пациентов. Ведь нередко за удачным клиническим экспериментом вскоре следуют его неблагоприятные ближайшие и отдаленные результаты.

Почему я позволил себе подобное эссе? Я врач и преподаватель высшей школы с 60-летним стажем, долгие годы занимавшийся наукой и ее организацией. Осознавая, что настоящую статью могут прочитать десятки, а возможно и сотни акушеров-гинекологов нашей страны, я вновь обращаюсь в первую очередь к молодым врачам, нашему будущему с призывом сохранить приверженность классическому акушерству, критичность, собственное достоинство и не поддаваться новомодной акушерской суете.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Акушерство и гинекология в статьях, выступлениях и лекциях. Санкт-Петербург: Левша, 2014. 488 с.
2. Ухтомский А.А. Доминанта: физиология поведения. Москва: АСТ, 2020. 320 с.
3. Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н., Белич А.И. Психика и роды / под ред. Э.К. Айламазян. Санкт-Петербург: Яблочко СО, 1996. 120 с.
4. Федоров С.П. Хирургия на распутье. Москва: Наркомздрав, 1927. 32 с.
5. Михайлов А.В., Шман В.В., Новикова А.В., и др. Эластичная компрессия матки как новый метод остановки акушерских кровотечений при одно- и многоплодных родах // Российский вестник акушера-гинеколога. 2024. Т. 24, № 3. С. 82–91. EDN: NHPNDP doi: 10.17116/rosakush20242403182

REFERENCES

1. Ailamazyan EK. *Obstetrics and gynecology in articles, speeches and lectures*. Saint Petersburg: Levsha; 2014. 488 p. (In Russ.)

Акушер-гинеколог не только должен быть на страже здоровья матери и ее будущего ребенка, но и оставаться хранителем и толкователем медицины прошлого, критиком настоящего и, безусловно, мечтателем, устремленным в будущее.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Э.К. Айламазян — разработка концепции, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование. Автор одобрил рукопись (версию для публикации), а также согласился нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Автор заявляет об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions. E.K. Ailamazyan, conceptualization, original draft preparation, review & editing. The author approved the manuscript (the version to be published) and agreed to be responsible for all aspects of the work, ensuring proper consideration and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part thereof.

Funding sources. No funding.

Disclosure of interests. The author declares that he has no relationships, activities or interests for the last three years related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

6. Минздрав Российской Федерации. Послеродовое кровотечение. Клинические рекомендации. Москва, 2023. Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-poslerodovoe-krovotечение-utv-minzdravom-rossii/?ysclid=m4l6r09dcv401461409>. Дата обращения: 12.12.2024.
7. Минздрав Российской Федерации. Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты). Клинические рекомендации. Москва, 2023. Режим доступа: <https://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-patologicheskoe-prikreplenie-platsenty-predlezhanie-i/klinicheskie-rekomendatsii/>. Дата обращения: 12.12.2024.
8. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. и др. Истинное вращение плаценты (placenta accreta). консервативная терапия // Акушерство и гинекология. 2011. № 4. С. 118–122. EDN: PFRYNP

3. Garmasheva NL, Konstantinova NN, Belich AI; Ailamazyan EK, editor. *Psyche and childbirth*. Saint Petersburg: Yablochko SO; 1996. 120 p. (In Russ.)
4. Fedorov S.P. Surgery at a crossroads. Moscow: Narkomzdrav; 1927. 32 p. (In Russ.)
5. Mikhailov AV, Shman VV, Novikova AV, et al. Elastic uterine compression as a new method of cessation obstetric bleeding in single and multiple births. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2024;24(3):82–91. (In Russ.) EDN: HHPNDP doi: 10.17116/rosakush20242403182
6. Ministry of Health of the Russian Federation. *Postpartum hemorrhage. Clinical guidelines*. Moscow; 2023. (In Russ.) [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-poslerodovoe-krovotechnie-utv-minzdravom-rossii/?yclid=m4l6r09dvcv401461409>
7. Ministry of Health of the Russian Federation. *Pathological attachment of the placenta (placenta previa and accreta)*. Moscow; 2023. (In Russ.) [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-patologicheskoe-prikreplenie-platsenty-predlezhanie-i/klinicheskie-rekomendatsii/>
8. Kurtser MA, Breslav IY, Lukashina MV, et al., True placenta accreta: medical treatment. *Obstetrics and Gynecology*. 2011;(4):118–122. (In Russ.) EDN: PFRYNP

ОБ АВТОРЕ

Эдуард Карпович Айламазян, д-р мед. наук, профессор, академик РАН, засл. деят. науки РФ; адрес: Россия, 199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3; ORCID: 0000-0002-9848-0860; eLibrary SPIN: 9911-1160; e-mail: ailamazyan@icloud.com

AUTHOR INFO

Eduard K. Ailamazyan, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation; address: 3 Mendeleevskaya Line, Saint Petersburg, 199034, Russia; ORCID: 0000-0002-9848-0860; eLibrary SPIN: 9911-1160; e-mail: ailamazyan@icloud.com