

На правах рукописи

Розенберг Ирина Михайловна

Состояние репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин, переживших массивные акушерские кровотечения

14.01.01 – акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Волгоград - 2018

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, доцент Лебедева Елизавета Юрьевна

Официальные оппоненты:

Синчихин Сергей Петрович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Кукарская Ирина Ивановна – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом клинико-лабораторной диагностики Института НПР Минздрава России

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «___» _____ 2018 года в ____ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.008.10 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России и на сайте www.volgmed.ru, а с авторефератом - на сайте ВАК Министерства образования и науки РФ www.vak.ed.gov.ru.

Автореферат разослан «_____» _____ 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Селихова Марина Сергеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Материнская смертность (МС) - отправная точка в изучении качества родовспоможения отдельного региона, округа и страны в целом. Летальный исход — самое трагическое, чем может завершиться беременность, и изучение обстоятельств, приведших к смерти матери, позволяет выявить не только клинические проблемы, но и управляемые факторы на всех этапах диагностики, лечения и реанимации (Пекарев О.Г., Пекарева Е.О., 2010; Радзинский В.Е., Костин И.Н., Добрецова Т.А., 2014; Bingham D., Strauss N., Coeuytaux F., 2011; Bazuaye A., Okonofua F.E., 2013; Bukar M. et al., 2013). С позиций сегодняшнего дня уровень МС — не единственный показатель, способный дать информацию для контроля качества деятельности служб, ориентированных на охрану материнства (И.И. Кукарская, 2014; D.K. Kaye, O. Kakaire, M.O. Osinde, 2011). Отделом репродуктивного здоровья ВОЗ в 2009 году обоснована необходимость систематического анализа случаев, когда пациентки едва не погибли в результате тяжёлых акушерских осложнений (near miss maternal morbidity).

О необходимости формирования отлаженной системы катамнестического мониторинга случаев несостоявшейся материнской смерти свидетельствует незначительное количество отечественных и зарубежных публикаций прошлых десятилетий (В.А. Паукер, 1997; В.И. Кулаков, 1999; В.А. Паукер 1997; Л.В. Сущевич, 2000, Е.И.; Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Любченко Н.В., 2000; Погорелова А.Б., 2005; D.H. Richards, 1973; P.T. Hampton, W.G. Farnasky 1974; P. Janson, J. Janson, 1977; C.Z. Haslam, I. Shyamale, 1981; B. Raphael, 1982; H.B. Peterson, 1987; V. Khastgir, M. Studd, 1998). При этом, последствия пережитых критических состояний в родах остаются важнейшими причинами нарушений или утраты функции органов репродуктивной системы. На этом фоне обостряются или манифестируют экстрагенитальные заболевания, возникают психологические проблемы и социальная дезадаптация, так же участвующие в формировании высокого уровня «материнской заболеваемости», отражающие нерешенные вопросы мониторинга и активной диспансеризации данных пациенток.

Степень разработанности темы.

Анализ угрожающих жизни состояний в период беременности, родов или в послеродовом периоде на протяжении 20-ти лет за рубежом рассматривается как возможность эффективного мониторинга службы родовспоможения для изучения причин МС (Filippi V. et al., 1998; Baskett T.F, O'Connell C.M., 2005; Wilson R.E, Salihu H.M., 2007; Souza J.P., Cecatti J.G. et al., 2009; Tuncalp O. et al., 2012; Nelissen E.J., 2013; Luz A.G., Osis M.J., Ribeiro M., Cecatti J.G., Amaral E., 2014).

Растущий интерес к данной проблеме отражают систематические обзоры (Hogan M.C., Foreman K.J., Naghavi M. et al., 2010; Farquhar C., 2011; Confidential Maternal Death Enquiry in Ireland, Report for Triennium 2009-2011., 2012; Adeoye I.A., Onayade A.A., Fatusi A.O., 2013; Bhattacharyya S., Srivastava A., Knight M., 2014; Galvão LP, Alvim-Pereira F., de Mendonça CM., 2015; Sujata P., Janmeiaya S, Rajkumari P, Jangadhar S., 2016)

В РФ с начала 2015 года по поручению Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ, в Российских территориях внедрена система аудита случаев едва не погибших женщин («near miss») в региональное здравоохранение. Утвержден перечень состояний, относящихся к предотвращенной материнской смерти, требующих оформления карты донесения о случае near miss, а также порядок взаимодействия учреждений здравоохранения по ведению мониторинга критических состояний в акушерстве (Аудит критических акушерских состояний в Российской Федерации в 2014 году. Метод. письмо от 9 октября 2015г. №15-4/10/2-5996).

В Ростовской области ежегодно около сотни женщин, переживают критические акушерские состояния, нозологическими причинами которых являются акушерские кровотечения, экстрагенитальные заболевания и преэклампсия (Аудит критических акушерских состояний в РФ в 2014 году. Метод., М., 2015). У ряда пациенток таковые сопровождаются перинатальными потерями, утратой репродуктивного органа (Е.Ю. Лебедеенко, 2015).

В работах прошлых десятилетий представлены данные об отдельных восстановительных мероприятиях для пациенток, перенесших экстремальные состояния в родах (В.А. Паукер, 1997; В.И. Кулаков, 1999; Л.В. Суцевич, 2000; ОВ. Макаров, Ю.Э. Доброхотова, Н.В. Любченко, 2000; А.Б. Погорелова, 2005; D.H. Richards, 1973; P.T. Hampton, W.G. Farnasky 1974; P. Janson, J. Janson, 1977; C.Z. Haslam, I. Shyamale, 1981; B. Raphael, 1982; H.B. Peterson, 1987; V. Khastgir, M. Studd, 1998). Современных исследований о состоянии здоровья женщин, выживших после акушерских катастроф недостаточно.

Цель исследования: обосновать необходимость ранней активной диспансеризации женщин, переживших массивные акушерские кровотечения для восстановления их репродуктивного, соматического и психологического здоровья.

Задачи исследования:

1. Проанализировать структуру и динамику показателей акушерских кровотечений в Ростовской области за 5-ти летний период (2010-2014 гг).
2. Провести ретроспективный анализ медицинской документации пациенток, переживших массивные акушерские кровотечения и выявить совокупность факторов, определяющих риск потери детородного органа.

3. Установить особенности репродуктивного и соматического здоровья пациенток, переживших массивные акушерские кровотечения.

4. Исследовать психо-эмоциональный профиль женщин после массивных акушерских кровотечений.

5. Провести лечебно-оздоровительные мероприятия и оценить их эффективность в восстановлении репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин, переживших массивные акушерские кровотечения.

6. Разработать алгоритм ранней активной диспансеризации женщин, выживших после массивных акушерских кровотечений.

Научная новизна. Уточнены клинико-анамнестические детерминанты нарушения репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин в отдаленном периоде после массивных акушерских кровотечений.

Выявлены факторы, совокупность которых достоверно влияет на эффективность органосохраняющих способов хирургического гемостаза при массивных акушерских кровотечениях.

Разработан прогностический индекс, определяющий лечебную тактику в отношении матки у пациенток с прогрессированием синдрома полиорганной недостаточности после примененных органосохраняющих методов хирургического гемостаза (чувствительность 84,4%, специфичность 94,9% и диагностическая точность 89,3%).

Научно обоснована необходимость ранней активной диспансеризации женщин, переживших массивные акушерские кровотечения.

Теоретическая и практическая значимость работы. Исследовано состояние репродуктивного, соматического и психологического здоровья пациенток, переживших массивные акушерские кровотечения.

Выявлены наиболее значимые клинико-анамнестические факторы, позволившие сформировать среди женщин, переживших массивные акушерские кровотечения группы состояния здоровья и диспансерного наблюдения.

Проведены лечебно-оздоровительные мероприятия и оценена их эффективность в восстановлении репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин в отдаленном периоде после массивных акушерских кровотечений.

Разработан алгоритм ранней активной диспансеризации пациенток едва не погибших от массивных акушерских кровотечений, способствующий восстановлению их репродуктивного, соматического и психологического здоровья.

Методология и методы исследования. В соответствии с целью и задачами разработан дизайн исследования, представленный на рисунке 1.

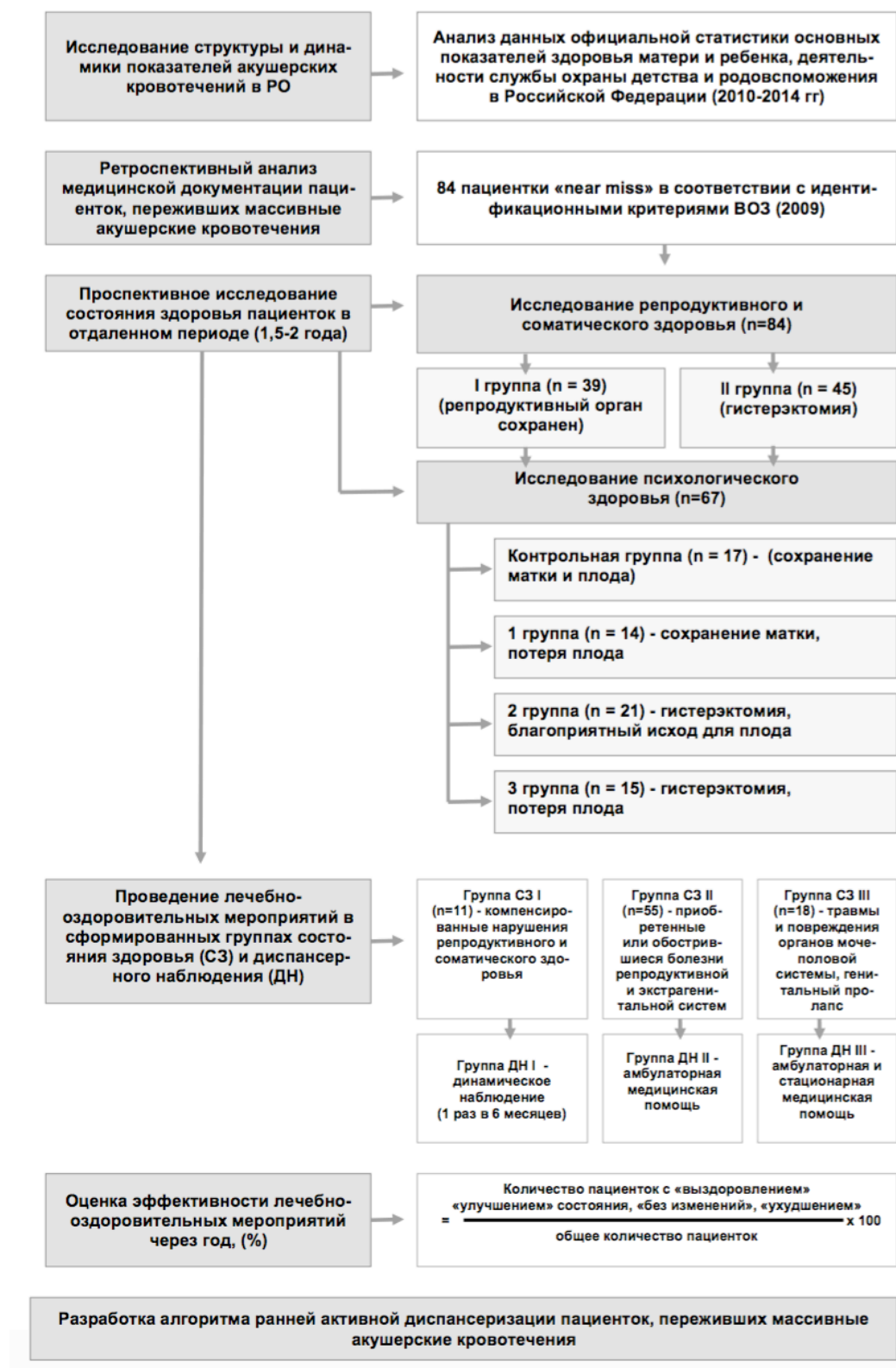


Рисунок 1 - Дизайн исследования

Проанализированы структура и показатели акушерских кровотечений в РО за 5-ти летний период (2010-2014 гг). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 84 пациенток, переживших угрожающие жизни массивные акушерские кровотечения в учреждениях родовспоможе-

ния РО за период с 2012 по 2014 гг. Проспективно исследовано состояние их репродуктивного, соматического и психологического здоровья в отдаленном периоде. По результатам проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий и оценки их эффективности разработан алгоритм ранней активной диспансеризации пациенток, переживших массивные акушерские кровотечения. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

Критерии включения: пациентки с клиническими и лабораторными маркерами органной дисфункции, возникшей вследствие массивных акушерских кровотечений, потребовавшей комплекса интенсивной терапии в соответствии с идентификационными критериям «near miss» (ВОЗ, 2009).

Критерии исключения: кровотечения, связанные с травмой родовых путей, с врожденной патологией свертывающей системы крови, возникшие при предлежании и вращении плаценты, прерывании беременности по медицинским показаниям, при беременности и в родах после процедур ЭКО.

Различные исходы массивной кровопотери для репродуктивного органа (сохранение матки в результате успешного гемостаза при акушерских кровотечениях или гистерэктомия) определили распределение женщин в две клинические группы. I группу (n=39) составили пациентки с сохраненной маткой после массивных акушерских кровотечений. Во II группу вошли 45 женщин, перенесших гистерэктомию в связи с отсутствием эффекта от консервативных и хирургических органосохраняющих методов гемостаза.

Добровольными участницами исследования психологического здоровья стали 67 из 84-х пациенток (79,8%), распределенные в 4 группы. 1-я группа - 14 женщин с сохраненной маткой, но потерей плода. 2-я группа - 21 пациентка с благоприятным исходом для плода, но с утратой матки. 3-я - представлена 15-ю женщинами с сочетанием перинатальной потери и гистерэктомией. 4-я группа (контрольная) - 17 пациенток с благоприятным исходом кровотечений для матки и плода.

По результатам проспективного этапа исследования компенсированные нарушения здоровья имели 11 из 84-х женщин (13,1%). Таковые были отнесены к группе состояния здоровья (С3) I. В группу С3 II вошли 55 из 73-х женщин (75,3%) с развившимися или обострившимися хроническими заболеваниями репродуктивной и экстрагенитальной систем, с симптомами постгистерэктомического синдрома и психопатологическими состояниями.

Группу С3 III составили 18 пациенток (24,7%) у которых различные нарушения здоровья сочетались с несостоятельностью рубца на матке после КС, травмами и повреждениями органов мочеполовой системы, пролапсами гениталий.

Во всех группах СЗ уровень и объем оказания медицинской помощи были различными, что определяло их распределение по III группам диспансерного наблюдения (ДН). I группу ДН составили 11 женщин I группы СЗ. Во II группу ДН вошли 22 из 73-х женщин, в III группу ДН - 51 пациентка.

В I группе ДН проводили динамическое наблюдение акушером-гинекологом и профильными специалистами один раз в 6 месяцев. Во II группе ДН оказание необходимой медицинской помощи акушером-гинекологом и профильными специалистами осуществляли амбулаторно. В III группе ДН амбулаторную медицинскую помощь оказывали в сочетании с лечебными мероприятиями в условиях стационара. Оценку эффективности диспансеризации проводили через год по показателям: «выздоровления», «улучшения», «без изменения» и «ухудшения».

Данные для клинико-статистического ретроспективного анализа были получены путем выкопировки из первичной медицинской документации (индивидуальным картам беременной и родильницы ф.№ 111/у, историям родов ф.№ 096/у, медицинским картам стационарного больного ф.№ 003/у).

Состояние влагалищного биотопа определяли на основании критериев R. Amsel et al. (1983). Качественную и количественную оценку микроценоза генитального тракта выполняли при помощи ПЦР «в режиме реального времени» (Фемофлор-16).

Гистероскопическое исследование проводили по стандартной методике с использованием гистероскопа фирмы «Storz» (Германия).

Функциональное состояние эндометрия оценивали по уровню продукции АМГФ в смыве из полости матки с помощью шприца-аспиратора I ras MVA Plus и канюль I ras EasyGrip диаметром 4 мм.

Уровни гипофизарных, яичниковых, тиреоидных и надпочечниковых гормонов исследовали стандартными наборами фирмы «Immunothech» (Чехия) или ГП «ХОПИБОХНАНБ» (Беларусь).

Эхографию проводили на аппарате «Acuson 128 XP/10» с использованием абдоминального и трансвагинального датчиков частотой 4 и 7 МГц.

Психологическое многомерное исследование осуществляли совместно с медицинским психологом по шкале сниженного настроения – субдепрессии (ШСНС) (опросник В. Зунга, адаптация Т.Н. Балашовой), шкале ситуативной и личностной тревожности (State-Traite-Anxiety-Inventory – STAI) (С.D. Spielberger, адаптация Ю.Л. Ханина, 2002), по госпитальным шкалам тревоги и депрессии (HADS) (1976, 2002), по опроснику «Анализ семейной тревоги» (АСТ) (Н.И. Олифирович, Т.А. Зинкевич-Куземкина Т.Ф. Велента, 2006).

Положения, выносимые на защиту:

1. Утрату репродуктивного органа при массивных акушерских кровотечениях достоверно повышают: анамнез отягощенный сочетанием заболеваний органов репродуктивной системы и неоднократные оперативные вмешательства на матке (в 2 раза), сочетание двух и более хронических заболеваний экстрагенитальных систем (в 3,7 раза), экстренное оперативное родоразрешение (в 3,2 раза), переход к органосохраняющим методам гемостаза при объеме кровопотери более 31% ОЦК (в 4,8 раза), прогрессирование тромбоцитопении (в 3,4 раза), рост уровня палочкоядерных нейтрофилов (в 2,2 раза), субинволюция матки и эндометрит (в 4,9 раза), вовлечение в СПОН более трех «поврежденных» систем организма (в 6,9 раза).

2. Последствиями массивных акушерских кровотечений у пациенток с сохраненной маткой являются: нарушения менструального цикла (61,5%) и бесплодие (41,2%), морфологической основой которых выступают хронический эндометрит, эндометриальные полипы, внутриматочные синехии (81,5%) и гипофизарно-яичниковые эндокринопатии (вторичная аменорея центрального генеза - 45,8%, недостаточность лютеиновой фазы – 54,2%). Больных, перенесших гистерэктомию отличают развитие постгистерэктомического синдрома (46,6%), повреждения и травмы мочеочников, генитальный пролапс, спаечная болезнь и вентральные грыжи (26,7%), прогрессирование хронических ЭГЗ (76,2%), развитие надпочечниковой и тиреоидной недостаточности (26,7%).

3. Лечебно-оздоровительные мероприятия, проведенные в отдаленном периоде после массивных акушерских кровотечений улучшают репродуктивное, соматическое и психологическое здоровье у 83,5% пациенток. Отсутствие их эффекта у 16,5% женщин определяет целесообразность ранней активной диспансеризации для своевременной профилактики декомпенсированных форм заболеваний репродуктивной и экстрагенитальной систем.

Степень достоверности и апробация результатов. Статистическая обработка данных выполнена с применением статистической компьютерной программы STATISTICA ® for Windows, Release 6.0 (StatSoft®Inc., США, 2002). Достоверность различий оценивали методами вариационной статистики с использованием t- критерия Стьюдента и χ^2 , линейного коэффициента корреляции Пирсона и рангового коэффициента корреляции Спирмена. Использовали общепринятые уровни достоверности: $p < 0,05$.

Исследование выполнено на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (зав. кафедрой д.м.н., профессор А.Ф. Михельсон).

Апробация диссертационной работы проведена на совместном заседании кафедры акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС и научно-

координационного Совета ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ 28 мая 2018 года протокол №4. Основные результаты работы представлены на XIV, XV, XVI Всероссийских научных форумах «Мать и Дитя», Москва, 2013, 2014, 2016; III, IV и V Межрегиональных научно-практических конференциях «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения», Ростов-на-Дону, 2015, 2016.

Результаты диссертационного исследования внедрены и используются в работе акушерско-гинекологического центра отделений ГУЗ «Областная клиническая больница №2» г. Ростова-на-Дону (и.о.гл.врача — Ханова Е.А.), МБУЗ «Городская больница №1 имени Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону (гл. врач — д.м.н. Сизякин Д.В.), МБУЗ «Родильный дом №5» г. Ростова-на-Дону (гл.врач – В.И. Нечаюк), ЖК МБУЗ Родильный дом №5» г. Ростова-на-Дону». Фрагменты работы используются в учебном процессе кафедры акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ.

Автором лично проведено обследование пациенток по установленному плану исследования, а также анализ медицинской документации. Самостоятельно выполнен сбор, обработка и анализ полученного материала, формулировка основных положений диссертационной работы.

По результатам исследования опубликованы 14 печатных работ, в том числе 4 в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4-х глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и Приложения. Работа изложена на 147-ми страницах машинописного текста, включает 31 таблицу и 29 рисунков. Список литературы представлен 183 источниками, из которых 102 зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты работы и их обсуждение. По данным официальной статистики в РО за пятилетний период (2010-2014 гг) интенсивные показатели акушерских кровотечений не имели тенденции к снижению (Рисунок 2). В их структуре кровотечения, развившиеся в последовом и послеродовом периодах оставались лидирующей причиной гистерэктомий, показатель которых превышал общероссийский уровень в 1,3 раза (Рисунок 3).

Пациенток I и II групп (с сохраненной маткой и переживших гистерэктомию) характеризовали сопоставимые параметры возраста ($\chi^2=0,087$, $p>0,05$), семейного положения ($\chi^2=3,649$ $p>0,05$), профессиональной деятельности $\chi^2=0,392$, $p>0,05$), паритета беременности и родов ($\chi^2=1,100$, $p>0,05$), частоты медицинских ($\chi^2=0,038$, $p>0,05$) и самопроизвольных аборт-

тов ($\chi^2=0,014$, $p>0,05$), неразвивающихся беременностей ($\chi^2=0,072$, $p>0,05$) и гинекологических неинфекционных заболеваний ($\chi^2=1,054$, $p>0,05$).

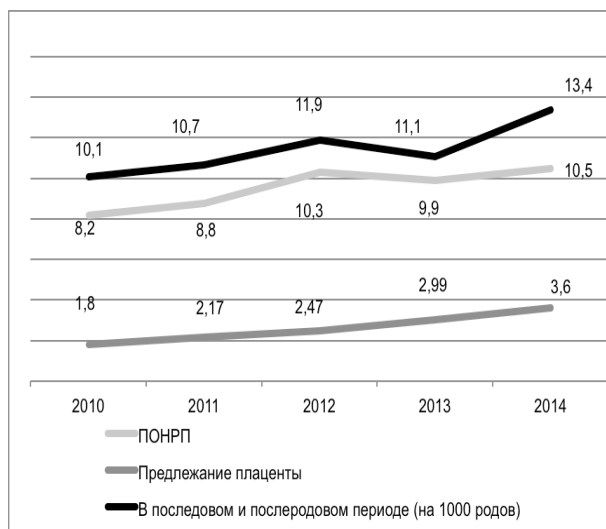


Рисунок 2 - Динамика интенсивных показателей основных нозологических форм акушерских кровотечений в РО за пятилетний период



Рисунок 3 - Динамика показателя экстирпации матки в родах и в послеродовом периоде в РФ и РО за пятилетний период

Не выявлено достоверных межгрупповых отличий в частоте ранее перенесенных экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) ($\chi^2=3,24$, $p>0,05$): сердечно-сосудистой (30,8% и 33,3%, $\chi^2=0,527$, $p>0,05$), мочевыделительной (30,8% и 33,3%, $\chi^2=0,527$, $p>0,05$), эндокринной (15,4% и 19,0%, $\chi^2=0,440$, $p>0,05$), дыхательной систем (23,1 и 23,8%, $\chi^2=0,227$, $p>0,05$), желудочно-кишечного тракта (30,8% и 23,8%, $\chi^2=0,011$, $p>0,05$).

Предгравидарными факторами, значимо повышающими риск гистерэктомии при акушерских кровотечениях являлись: неоднократные оперативные гинекологические вмешательства (ОР=1,938 [1,200-3,130], $p<0,05$), два и более хронических гинекологических (ОР=2,012 [1,35-3,00], $p<0,05$) и экстрагенитальных заболеваний (ОР=3,714 [1,356-10,175], $p<0,05$).

Угроза прерывания беременности в ранние сроки ($\chi^2=5,371$, $p<0,05$) и рецидивирующие нарушения влагалищной микробиоты ($\chi^2=12,907$, $p<0,01$) повышали вероятность гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях в 1,7 раза (ОР=1,716 [1,237-1,804], $p<0,05$). Анемия беременных ($\chi^2=1,302$, $p<0,05$), обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта ($\chi^2=2,117$, $p<0,05$), мочевыделительной ($\chi^2=1,431$, $p<0,05$) и дыхательной систем ($\chi^2=2,441$, $p<0,05$) - в 2,5 раза (ОР=2,50 [1,943-6,625], $p<0,05$).

Перераспределение беременных из категорий «низкого» и «среднего» в группу «высокого» пренатального риска достоверно чаще отмечали среди

исследуемых II группы, утративших матку при массивных акушерских кровотечениях ($\chi^2=5,641$, $p<0,05$). Этот фактор повышал риск гистерэктомии в два раза ($OR=2,073$ [1,39-3,08]), $p<0,05$).

Частота родов через естественные родовые пути и путем КС достоверно не отличалась у пациенток с сохраненной маткой (I группа) и перенесших гистерэктомию (II группа) ($\chi^2=0,420$, $p>0,05$). Экстренные КС статистически чаще встречались во II группе ($\chi^2=4,232$, $p<0,05$) (Таблица 1). Акушерские кровотечения при данном способе родоразрешения повышали риск последующей гистерэктомии в три раза ($OR=3,239$ [1,325-7,917], $p<0,05$).

Во II группе достоверно чаще чем в I отмечали дородовое излитие околоплодных вод при отсутствии родовой деятельности в течение 6 часов ($\chi^2=4,46$, $p<0,05$), развитие аномалий родовой деятельности ($\chi^2=9,09$, $p<0,05$) и их сочетание ($\chi^2=11,602$, $p<0,01$). Каждое из этих осложнений повышало риск гистерэктомии при акушерских кровотечениях соответственно в 1,7 и 2,4 раза ($OR=1,74$ [1,03-2,92], $p<0,05$ и $OR=2,402$ [1,29-4,49], $p<0,05$), а их сочетание - в 4 раза ($OR=3,896$ [1,36-11,7], $p<0,05$). Недооценка превышения пороговых значений прироста интранатальных факторов у исследуемых женщин «среднего» и «высокого» перинатального риска увеличивала риск гистерэктомии практически в три раза ($OR=2,891$ [1,763-4,739], $p<0,05$).

Таблица 1 - Способы родоразрешения у пациенток исследуемых групп, абс (%)

Способы родоразрешения	Клинические группы			
	I группа, n=39		II группа, n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95%ДИ
Роды через естественные родовые пути	10 (25,6)	[21,4-49,6]	11 (24,4)	[13,6-51,3]
Плановое КС	15 (51,7)	[11,3-41,1]	4 (11,8)	[9,4-38,1]
Экстренное КС	14 (48,3)	[51,-91,1]	30 (88,2)*	[62,4-88,1]

Примечание * - ($p<0,05$) достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с I группой

Исходный объем кровопотери при различных способах родоразрешения у женщин I и II групп достоверно не отличался ($p>0,05$) (Рисунок 4).

Общее число примененных методов хирургического гемостаза (перевязка маточных, яичниковых артерий и наложение компрессионного гемостатического шва на матку) в исследуемых группах было сопоставимо (82,1% в I группе и 93,3% во II, $\chi^2=2,536$, $p>0,05$).

Кровопотеря при переходе к органосохраняющим методам гемостаза (ОМХГ), а также её общий объем у пациенток II группы были достоверное выше чем в I ($p<0,05$) (Рис.5). Это увеличило риск последующей гистерэктомии при естественных родах в 2,9 раза ($OR=2,933$, [1,065-8,083], $p<0,05$), при

плановом КС - в 3,4 раза ($OR=3,442$, $[2,071-7,263]$, $p<0,05$), при экстренном КС - 4,8 раза ($OR=4,823$, $[3,102-6,344]$, $p<0,05$).

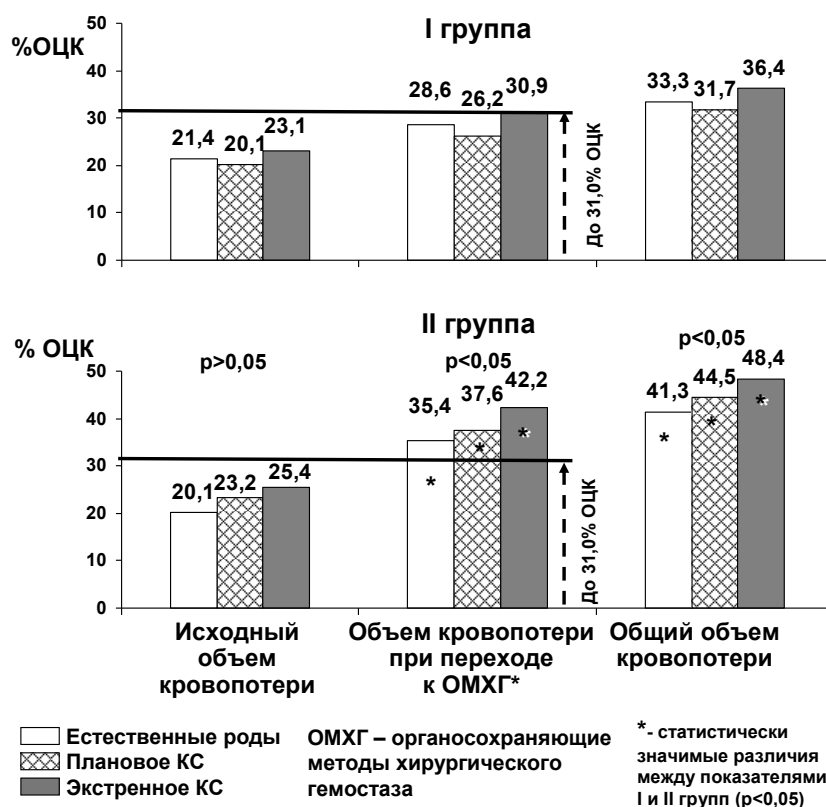


Рисунок 4 - Объем кровопотери у пациенток исследуемых групп

Во II группе родильниц, перенесших гистерэктомию, «запаздывание» с выполнением радикального хирургического гемостаза в сочетании с организационными и лечебно-диагностическими просчетами привело к вовлечению в СПОН достоверно большего числа систем жизнеобеспечения, по сравнению с пациентками I группы (в среднем $3,41\pm 0,07$ систем во II группе и $2,33\pm 0,07$ – в I группе), $OШ=14,63[4,89-43,76]$, $p<0,01$. Количество «поврежденных» систем организма более трех повышало риск гистерэктомии в 7 раз ($OR=6,93 [3,04-15,82]$ $p<0,01$).

Частота перегоспитализаций родильниц II группы в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) многопрофильных медицинских стационаров была достоверно выше чем в I (соответственно 88,9% против 38,5%, $\chi^2=23,503$, $p<0,05$). Перевод женщин в течение первых двух суток после родоразрешения осуществлялся с равной частотой: в I группе в 75,0% случаев и 70,4% - во II ($\chi^2=0,088$, $p>0,05$).

У 27-ми пациенток II группы, переведенных в ОРИТ многопрофильных стационаров с сохраненным репродуктивным органом возникли показания для экстирпации матки: прогрессировали ССВО и СПОН, развилась маточная дисфункция (замедление темпов инволюции матки, нарушение сократительной способности миометрия, замедление оттока лохий, развитие

метроэндометрита). Среди лабораторных параметров прогностически значимыми в отношении гистерэктомии были: прогрессивное снижение уровня тромбоцитов ($OP=3,24$ [1,01-8,43] $p<0,01$), рост палочкоядерных нейтрофилов ($OP=2,214$ [1,392-6,522], $p<0,05$).

С помощью применения метода множественной регрессии отобраны 9 факторов прогноза гистерэктомии у пациенток с прогрессированием СПОН после применения органосохраняющего хирургического гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. Факторы включены в разработанную компьютерную программу автоматического расчета прогностического индекса (ПИ), значения которого целесообразно учитывать для выбора лечебной тактики в отношении матки (Рисунок 5). Значение $ПИ<1$ соответствует «низкому» риску гистерэктомии, прогноз для сохранения матки благоприятный, возможно дальнейшее проведение органосохраняющей лечебной тактики. Значения $ПИ >1$ свидетельствует о высоком риске гистерэктомии, целесообразности объективной визуализации матки, брюшной полости и малого таза.

Прогнозирование риска гистерэктомии

- ☒ Анамнез отягощенный сочетанием заболеваний органов репродуктивной системы
- ☐ Неоднократные оперативные вмешательства на матке в анамнезе
- ☐ Сочетание хронических заболеваний экстрагенитальных систем
- ☒ Экстренное оперативное родоразрешение
- ☐ Прогрессирование тромбоцитопении
- ☐ Рост уровня палочкоядерных нейтрофилов
- ☒ Субинволюция матки, эндометрит
- ☒ Переход к органосохраняющим методам гемостаза при объеме кровопотери более 31% ОЦК
- ☒ Вовлечение в СПОН более трех систем жизнеобеспечения

Риск высокий $0.142 + 0.042 + 0.141 + 0.622 + 0.201 = 1.148$ превышает 1

Рисунок 5 - Окно файла компьютерной программы автоматического расчета прогностического индекса риска гистерэктомии у пациенток после массивных акушерских кровотечений

Для проверки статистических гипотез и апробации разработанной компьютерной программы оценки риска гистерэктомии были автоматически рассчитаны цифровые значения персонифицированного риска утраты репродуктивного органа у пациенток вошедших в исследование (I и II групп).

Из 39-ти женщин I группы (с сохраненным репродуктивным органом) «низкий» (< 1) риск гистерэктомии был выявлен у 37-ми пациенток (94,9%). Среднее значение прогностического коэффициента у данных женщин составляло $0,74 \pm 0,01$. Эти больные сформировали когорту пациенток с «истинно-отрицательным» результатом. У двух пациенток I группы (5,1%) цифровые значения прогностического индекса ПИ соответствовали «высокому» риску гистерэктомии, что расценено «ложно-положительным» результатом.

Цифровые значения прогностического индекса (ПИ) во II группе соответствовали «высокому» риску у 38-ми из 45-ти женщин, что определило наличие «истинно-положительного» результата у 84,4% исследуемых пациенток. Среднее значение прогностического коэффициента у них соответствовало $1,75 \pm 0,31$. «Ложно-отрицательные» результаты были получены при расчете прогностического индекса у 7-ми из 45-ти женщин (15,6%).

Анализ критериев эффективности разработанной модели прогноза показал её высокую чувствительность (84,4%), специфичность (94,9%) и диагностическую точность (89,3%). Расчет значений коэффициента детерминации демонстрировал высокую значимость совокупности отобранных 9-ти факторов ($R^2 = 0,87$). «Сильное» взаимовлияние факторов, включенных в предложенную формулу отражало значение коэффициента множественной корреляции 0,81. Разработанная формула прогностического индекса в 91% случаев позволяет достоверно прогнозировать неэффективность органосохраняющей тактики при прогрессировании СПОН после массивного акушерского кровотечения, а значение F - критерия Фишера, равное 29,1 ($p < 0,001$), указывает на высокую статистическую значимость разработанной формулы прогноза.

Исследование катамнеза пациенток, переживших массивную кровопотерю в родах выявило отсутствие последовательных, систематических, патогенетически обоснованных лечебно-оздоровительных мероприятий. Пациентки обеих групп после выписки из стационара фактически были взяты на диспансерный учет в женских консультациях. Однако наблюдение акушером-гинекологом и профильными специалистами носило формальный характер. Самостоятельные обращения родильниц за медицинской помощью были обусловлены возникновением тех или иных жалоб.

Низкая частота применения надежных методов контрацепции (13,8%) определяла возникновение нежелательных беременностей в сроках до одного года после критического состояния, которые у каждой второй женщины (56,5%) завершились искусственным абортом. Неразвивающиеся беременности и самопроизвольные аборты отмечали 43,5% женщин.

Установлено, что после массивных акушерских кровотечений у пациенток с сохраненной маткой преобладали расстройства менструального цикла (61,5%) и бесплодие (41,2%), которые развились в результате структурно-функциональных нарушений эндометрия (81,5%) и гипофизарно-яичниковых эндокринопатий (вторичная аменорея центрального генеза - 45,8%, недостаточность лютеиновой фазы – 54,2%).

Хронические ЭГЗ прогрессировали у 76,2% женщин, перенесших гистерэктомию. ХПН после перенесенной ОПН развилась у 71,9%, рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей – у 56,3%, гломерулонефрит и нефрогенная АГ - у 21,25%. Ранние симптомы постгистерэктомического синдрома отмечали 46,6% исследуемых II группы, повреждения и травмы мочеточников, функциональное недержание мочи - 13,3%.

Наиболее выраженные психоэмоциональные нарушения были обнаружены у пациенток, переживших при акушерских кровотечениях одновременно потерю репродуктивного органа и плода (3 группа). Таковые характеризовались развитием состояний сниженного настроения (86,5%, $\chi^2=29,794$, $p<0,01$), клинически выраженной тревогой (42,3%, $\chi^2=7,649$, $p<0,01$) и депрессией (32,5%, $\chi^2=5,849$, $p<0,05$). Этих больных отличал высокий уровень личностной и ситуативной тревожности (46,2%, $\chi^2=12,097$, $p<0,01$), чувства вины (84,6%, $\chi^2=30,597$, $p<0,01$), семейной тревоги (76,9%, $\chi^2=22,836$, $p<0,01$) и семейно-обусловленной нервно-психической напряженности (78,8%, $\chi^2=24,551$, $p<0,01$). Риск развития нарушений психологического здоровья при сочетании репродуктивных потерь выше в два раза ($OR=1,977[1,495-2,614]$, $p<0,05$).

Лечебно-оздоровительные мероприятия пациенткам исследуемых групп проведены в соответствии с нозологическими причинами нарушения репродуктивного, соматического и психологического здоровья.

Для определения этиологии воспалительных изменений и структурно-функциональных нарушений в полости матки выполняли гистероскопию с пайпель-биопсией эндометрия. Пациенткам с внутриматочными синехиями и полипами проводили лечебную гистероскопию, адгезиолизис, электрохирургическую полипэктомию. Больным с гистероскопическими признаками несостоятельности рубца на матке выполняли реконструктивную метропластику.

При идентификации причинно-значимого инфекта в полости матки больным назначали этиотропную антибактериальную (фторхинолоны, цефалоспорины в сочетании с препаратами метронидазола), противовирусную (аналоги нуклеозидов), иммуномоделирующую терапию (аналоги нуклеозидов), проводили восстановление эубиоза влагалищной микробиоты пробиотиками. В комплекс лечения включали препараты, улучшающие метаболиче-

ские процессы в эндометрии и восстанавливающие его рецептивность, физиотерапевтические процедуры (электрофорез с цинком, магнием; лазеротерапию, магнитотерапию, иглорефлексотерапию, озонотерапию).

После завершения комплексного лечения больным с гипоменореей назначали комбинированную циклическую гормональную терапию Фемостон[®] 1/10, или комбинацию трансдермальных форм эстрадиола (с 1 по 15 день менструального цикла) и дидрогестерона (с 16 по 25 день цикла на 3-4 месяца). Женщинам с НЛФ при отсутствии воспалительных изменений в полости матки проводили монотерапию гестагенами (дидрогестерон по 10 мг 1 раз в день) с 16 по 25 день цикла в течение 6-ти месяцев.

Пациентки после лапароскопической метропластики, планирующие деторождение, получали гормональные методы контрацепции в течение 6-ти месяцев (оральные контрацептивы, содержащие 20 мкг этинилэстрадиола в сочетании с дезогестрелом или гестоденом, либо 30 мкг этинилэстрадиола в сочетании с дроспиреноном). Оценку готовности к зачатию проводили традиционными методами прогноза фертильности - исследовали фолликулярный резерв (по уровню АМГ), концентрацию гормонов репродуктивной системы, ультразвуковое исследование органов малого таза на 5-9 и 22-24 день менструального цикла с доплерометрией сосудов матки. При отсутствии репродуктивных планов пациенткам рекомендовали пролонгированные обратимые гормональные методы контрацепции (одностержневый имплантат с этоногестрелом).

Для купирования симптомов постгистерэктомического синдрома назначали монофазную комбинированную МГТ: трансдермальные формы эстрадиола по 1 дозе - 2,5 г геля в сочетании с микронизированным прогестероном - по 100 мг/сут перорально. При наличии противопоказаний - рекомендовали альтернативные МГТ средства (препараты фитоэстрогенов).

В результате лечебно-реабилитационных мероприятий, проведенных в рамках диспансеризации у 23-х из 27-ми женщин (85,2%) был восстановлен менструальный цикл с полноценной циклической трансформацией эндометрия. У 20-ти из 24-х больных (80,0%) нормализована продукция АМГФ слизистой полости матки, у 6-ти женщин восстановлена состоятельность рубца на матке после КС.

У 12-ти из 14-ти пациенток (85,7%), планирующих деторождение после завершения лечебно-оздоровительных мероприятий в сроках от 6-ти до 8-ми месяцев наступила желанная беременность, которая завершилась рождением доношенных детей: у 10-ти (83,3%) родами через естественные родовые пути, у 2-х пациенток (16,7%) – плановым КС. Родов осложненных акушерскими кровотечениями не было.

Достоверно снижена частота симптомов постгистерэктомического синдрома (с 46,7% до 11,1%), выполнена хирургическая коррекция генитального пролапса, травм и повреждений органов мочеполовой системы, проведено оперативное лечение спаечной болезни и вентральных грыж. Увеличена доля пациенток с компенсированной формой ХПН (34,8% до 65,2%, $p < 0,05$), снижена частота рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей (с 56,3% до 11,1%). В два раза сокращена доля пациенток с симптомами надпочечниковой и тиреоидной недостаточности (с 26,7% до 11,1%, $p < 0,05$), в 2,5 раза - с вторичной анемией (с 66,7% до 26,7%, $p < 0,05$), в 3,2 раза – с частыми рецидивами ЭГЗ (с 86,7% до 26,7%, $p < 0,05$).

В группе женщин ДН I не возникло показаний для их перевода в группы ДН II и ДН III. В целом доля женщин, снятых в течение года с диспансерного учета с «выздоровлением» составила 21,9%. Улучшение показателей репродуктивного, соматического и психологического здоровья отмечено у 61,6% женщин. Состояние «без значимых изменений» выявили у 12,3%, а «ухудшение» состояния (патологическое состояние здоровья, ведущее к стойкой утрате трудоспособности) - у 4,1% пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате выполненной работы установлена высокая распространенность нарушений репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин, выживших после массивных акушерских кровотечений в отдаленном периоде. Резервом профилактики и коррекции последствий перенесенного критического состояния у данного контингента пациенток является активная своевременная диспансеризация, основанная на принципах четкой преемственности между стационарным и амбулаторным звеньями службы родовспоможения, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий с учетом групп состояния здоровья и диспансерного наблюдения.

Эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий, осуществляемых в рамках диспансеризации, определяется сроками их проведения. Улучшение репродуктивного, соматического и психологического здоровья у 83,5% пациенток и отсутствие эффекта диспансеризации, предпринятой в отдаленном периоде у 16,5% женщин, определяет целесообразность её раннего начала для своевременной профилактики развития декомпенсированных форм заболеваний репродуктивной и экстрагенитальной систем.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Показатели акушерских кровотечений в РО за период 2010-2014 гг не имели тенденции к снижению. Кровотечения в последовом и послеро-

довом периодах - лидирующая причина неотложных гистерэктомий, показатель которых превышал общероссийский уровень в 1,3 раза.

2. Утрату репродуктивного органа при массивных акушерских кровотечениях достоверно повышают: анамнез, отягощенный сочетанием заболеваний репродуктивной системы и неоднократными оперативными вмешательствами на матке (в 2 раза), сочетание двух и более хронических ЭГЗ (в 3,7 раза), экстренное оперативное родоразрешение (в 3,2 раза), переход к органосохраняющим методам гемостаза при объеме кровопотери более 31% ОЦК (в 4,8 раза), прогрессирование тромбоцитопении (в 3,4 раза), рост уровня палочкоядерных нейтрофилов (в 2,2 раза), субинволюция матки, эндометрит (в 4,9 раза), вовлечение в СПОН более трех «поврежденных» систем организма (в 6,9 раза).

3. После перенесенных массивных акушерских кровотечений у пациенток с сохраненной маткой преобладают нарушения менструального цикла (61,5%) и бесплодие (41,2%), морфологической основой которых выступают структурно-функциональные нарушения эндометрия (хронический эндометрит, эндометриальные полипы, внутриматочные синехии) и гипотизарно-яичниковые эндокринопатии (вторичная аменорея центрального генеза - 45,8%, недостаточность лютеиновой фазы - 54,2%).

4. Больных, перенесших гистерэктомию при массивных акушерских кровотечениях отличают развитие постгистерэктомического синдрома (46,6%), повреждения и травмы мочеточников, генитальный пролапс, спаечная болезнь и вентральные грыжи - 26,7%, прогрессирование хронических ЭГЗ (76,2%), развитие надпочечниковой и тиреоидной недостаточности (26,7%).

5. При сочетании гистерэктомии и потери ребенка в результате массивных акушерских кровотечений, риск развития нарушений психологического здоровья возрастает в два раза. У 92,5% пациенток психоэмоциональные нарушения характеризуются снижением настроения (86,5%), клинически выраженной тревогой (42,3%) и депрессией (32,5%), личностной и ситуативной тревожностью (46,2%), семейной тревогой (76,9%) и семейно-обусловленной нервно-психической напряженностью (78,8%).

6. Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий у женщин в отдаленном периоде после массивной кровопотери в родах устраняет структурно-функциональные нарушения эндометрия (90,9%), восстанавливает нормальный ритм менструаций (85,2%), оптимизирует психологический компонент гестационной доминанты (85,7%), обеспечивает наступление (85,7%) и благоприятное завершение желанной беременности (100,0%). У пациенток, утративших репродуктивный орган - снижает частоту симптома-

тики постгистерэктомического синдрома (в 3,4 раза), повышает долю пациенток с компенсированной формой ХПН (в 1,9 раза), с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей в стадии ремиссии (в 2,4 раза), сокращает количество больных с симптомами надпочечниковой и тиреоидной недостаточности, с вторичной анемией (в 2,5 раза) и сочетанием различных нозологических форм ЭГЗ (в 3,2 раза).

7. Лечебно-оздоровительные мероприятия, проведенные в отдаленном периоде после массивных акушерских кровотечений в целом улучшают репродуктивное, соматическое и психологическое здоровье у 83,5% пациенток. Отсутствие их эффекта у 16,5% женщин определяет целесообразность ранней активной диспансеризации для своевременной профилактики декомпенсированных форм заболеваний репродуктивной и экстрагенитальной систем.

Полученные результаты дают основание сформулировать следующие **практические рекомендации:**

1. Факторами риска потери матки при массивных акушерских кровотечениях следует считать: анамнез отягощенный сочетанием заболеваний репродуктивной и экстрагенитальной систем, неоднократными оперативными вмешательствами на матке, экстренное оперативное родоразрешение, переход к органосохраняющим методам гемостаза при объеме кровопотери более 31% ОЦК, прогрессирование тромбоцитопении, рост уровня палочкоядерных нейтрофилов, субинволюцию матки и эндометрит, вовлечение в СПОН более трех «поврежденных» систем организма.

2. При решении вопроса о возможности сохранения матки у пациенток с прогрессированием СПОН после массивных акушерских кровотечений необходимо определять прогностический индекс (ПИ). При величине ПИ менее единицы риск гистерэктомии «низкий», возможна консервативная терапия. Значение индекса больше единицы свидетельствует о «высоком» риске гистерэктомии. Для определения дальнейшей лечебной тактики целесообразна объективная визуализация матки, брюшной полости и малого таза.

3. Женщин, переживших массивные акушерские кровотечения, имеющих компенсированные формы заболеваний репродуктивной и экстрагенитальной систем, но с риском их обострения следует относить к группе состояния здоровья I (СЗ). В группу СЗ II включать больных с приобретенными или обострившимися хроническими гинекологическими и соматическими заболеваниями, с симптомами постгистерэктомического синдрома и психопатологическими состояниями. В группу СЗ III включать больных, у которых различные нарушения репродуктивного и соматического здоровья сочетаются с несостоятельностью рубца на матке после КС, травмами и повреждениями органов мочеполовой системы, пролапсами гениталий. В груп-

пе диспансерного наблюдения I (ДН) мониторинг репродуктивного, соматического и психологического здоровья следует проводить один раз в 6 месяцев в течение года. В группе ДН II оказание медицинской помощи акушером-гинекологом и профильными специалистами осуществлять амбулаторно, в группе ДН III - в сочетании с лечебными мероприятиями в условиях стационара. Оценку эффективности диспансеризации проводить через год по частоте «выздоровления», «улучшения» здоровья, состояний «без изменения» или «ухудшения».

4. Пациенткам, пережившим массивные акушерские кровотечения целесообразно проведение психологом психо-диагностического тестирования и при выявлении нарушений психологического здоровья - личностно-ориентированной психокоррекционной программы.

5. В образовательные программы системы последиplomной профессиональной подготовки специалистов следует включить вопросы диспансеризации женщин, переживших массивные акушерские кровотечения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1. Обоснование психотерапевтической коррекции последствий тяжелых акушерских осложнений у едва не погибших пациенток («near miss») / В.А. Линде, А.А. Михельсон, А.Ф. Михельсон, Е.Ю. Лебедеко, И.М. Розенберг // Медицинский Вестник Юга России - №4. - 2013. – С. 101-106.**
2. Михельсон, А.Ф. Исследование случаев тяжелых акушерских осложнений (near miss) – резерв снижения материнских потерь / А.Ф. Михельсон, Е.Ю. Лебедеко, И.М. Розенберг // XVI Всероссийский форум «Мать и Дитя». – Москва, 2013. - С. 495-497.
- 3. Клинико-морфологическое обоснование реабилитации едва не погибших больных (near miss) от внематочной беременности / А.А. Михельсон, Ю.М. Макаренко, А.Ф. Михельсон, Е.Ю. Лебедеко, В.В. Волошин, И.М. Розенберг // Медицинский Вестник Юга России. - №1. - 2014. – С. 70-75**
- 4. Роль принципов составления заключительного клинического диагноза в формировании структуры материнской смертности / Е.Ю. Лебедеко, А.П. Милованов, А.Ф. Михельсон, И.М. Розенберг // Медицинский Вестник Юга России». - №1. - 2014. – С. 60-65**
5. Патоморфологическое обоснование реабилитации женщин, переживших массивную кровопотерю при внематочной беременности (near miss) / Ю.М. Макаренко, А.Ф. Михельсон, В.В. Волошин, А.А. Михельсон, Е.Ю. Лебедеко, И.М. Розенберг // II региональная научно-практическая

конференция «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения». – Ростов-на-Дону, 2014. – С.90

6. Консервативные подходы к коррекции постменопаузальных урогенитальных расстройств / Е.Ю. Лебедеко, А.Ф. Михельсон, А.А. Александян, И.М. Розенберг // Акушерство и гинекология. - №11. – 2015. - С.102-109

7. Лебедеко, Е.Ю. Опасное прошлое, тяжелое настоящее, туманное будущее больных, переживших акушерские катастрофы («near miss») / Е.Ю. Лебедеко, А.Ф. Михельсон, И.М. Розенберг // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. - № 3. – С. 372-377.

8. Лебедеко, Е.Ю. Сравнительный анализ материнских смертей и случаев «near miss» / Е.Ю. Лебедеко, А.Ф. Михельсон, Т.Е. Феоктистова, И.М. Розенберг, И.Г. Пелипенко // III региональная научно-практическая конференция «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения». – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 67

9. Лебедеко, Е.Ю. Случаи «near miss» - победа? или почему едва не проиграли? / Е.Ю. Лебедеко, А.Ф. Михельсон, Т.Е. Феоктистова // II региональная научно-практическая конференция «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения». – Ростов-на-Дону, 2014. – С. 59-61.

10. Михельсон, А.Ф. Едва не погибшие женщины («near miss maternal morbidity»). Что помогло им выжить? Дефиниции и возможности прогноза / А.Ф. Михельсон, Е.Ю. Лебедеко, Т.Е. Феоктистова, А.А. Михельсон // II региональная научно-практическая конференция «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения». – Ростов-на-Дону. – 2015. – С. 12-13

11. Лебедеко, Е.Ю. Принципы составления заключительного клинического диагноза в формировании структуры материнской смертности / Е.Ю. Лебедеко, А.Ф. Михельсон, И.М. Розенберг, Е.А. Сонченко // Успехи современной науки и образования. – 2016. - Том 3. - №6– С. 27-33.

12. Лебедеко, Е.Ю. Подходы к реабилитации пациенток с соматическими и психоэмоциональными нарушениями последствий репродуктивных потерь / Е.Ю. Лебедеко, А.Ф. Михельсон, И.М. Розенберг // Молодой учёный, специальный выпуск «IV региональная научно-практическая конференция «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения».- № 13.4 (117.4). – Москва. – 2016 - С.13-19.

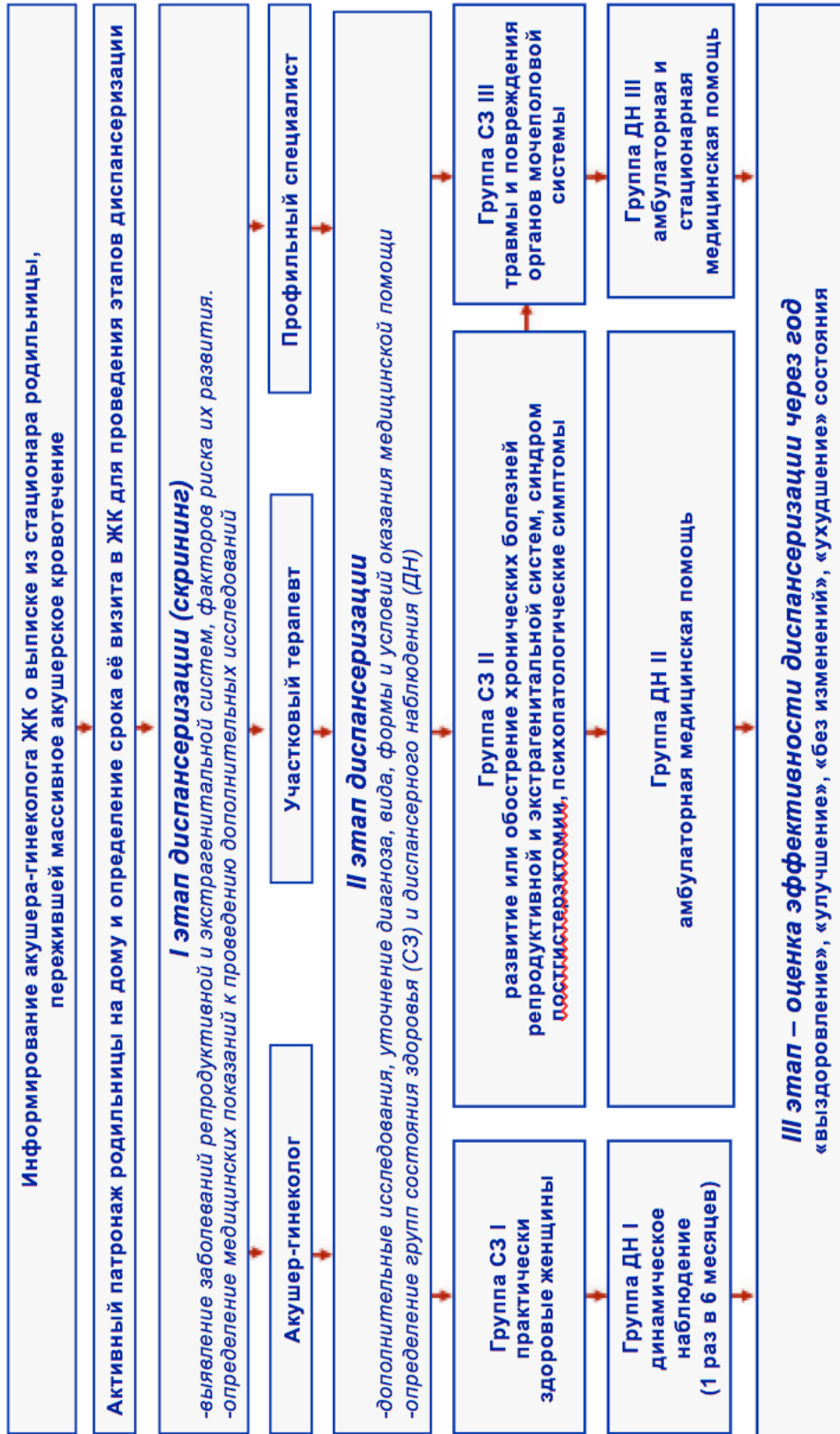
13. Лебедеко, Е.Ю. Сравнительный анализ тяжелых акушерских осложнений (near miss) и материнских смертей / Е.Ю. Лебедеко, И.М. Розенберг // Молодой учёный, специальный выпуск «IV региональная научно-

практическая конференция «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения». - Москва. – 2016. - № 13.4 (117.4). —С.19-22.

14. Лебедеенко, Е.Ю. Многофакторный анализ влияния дефектов лечебно-диагностических мероприятий на исходы критических акушерских состояний / Е.Ю. Лебедеенко, А.Ф. Михельсон, И.М. Розенберг, Е.А. Сонченко // Успехи современной науки и образования.- 2016. - Том 5. - №7– С. 6-11.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКТГ – адренокортикотропный гормон	СПОН – синдром полиорганной недостаточности
АМГФ – антимюллеров гормон фертильности	ССВО – синдром системного воспалительного ответа
АСТ – анализ семейной тревоги	ТТГ – тиреотропный гормон
Е ₂ – эстрадиол	УЗИ – ультразвуковое исследование
ИР – индекс резистентности	УПМ – условно-патогенная микрофлора
КС – кесарво сечение	ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
ЛГ – лютеинизирующий гормон	ХПН – хроническая почечная недостаточность
МКБ - международная классификация болезней	ШСНС - шкала сниженного настроения субдепрессии
МС – материнская смертность	ЭГЗ – экстрагенитальные заболевания
ОПН – острая почечная недостаточность	ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение
ОР – относительный риск	HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии
ОШ – относительный шанс	STAI - шкала ситуативной и личностной тревожности
ПГ – прогестерон	Ts – тестостерон
ПИ - пульсационный индекс	
ПРЛ – пролактин	
РО – Ростовская область	
РИА – радиоиммунологический анализ	
СДО - систоло-диастолическое отношение	



Алгоритм диспансеризации пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения