

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

РОЗЕНБЕРГ ИРИНА МИХАЙЛОВНА

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ
МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Лебедева Елизавета Юрьевна

Ростов-на-Дону – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ. ПРИЧИНЫ, И ИСХОДЫ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ, ЕДВА НЕ ЗАВЕРШИВШИХСЯ ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУ- РЫ).....	20
1.1. Исторические аспекты, современные тенденции и перспективы борьбы с материнскими потерями.....	20
1.2. Мировой опыт изучения случаев тяжелых акушерских осложнений, едва не приведших к летальному исходу (near miss maternal morbidity).....	22
1.3. Исследование отдаленных последствий пережитых критических со- стояний.....	27
ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК, ВЫЖИВШИХ ПОСЛЕ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕ- НИЙ.....	32
2.1 Аналитическое исследование структуры и динамики показателей акушерских кровотечений по данным официальной статистики в РФ и РО за пятилетний период.....	32
2.2 Клиническая характеристика обследованных женщин.....	33
2.3 Структура, объем акушерских кровотечений и примененные методы гемостаза у пациенток исследуемых групп.....	47
2.4 Анализ лечебно-организационных мероприятий при акушерских кровотечениях у пациенток исследуемых групп.....	51
2.5 Структура перинатальных потерь у пациенток, переживших мас- сивные акушерские кровотечения.....	55
2.6 Компьютерная программа автоматического расчета риска гистерэк- томии у пациенток после массивных акушерских кровотечений.....	56
ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО, СОМАТИЧЕ- СКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕ- ЖИВШИХ МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕ- НИЯ.....	65
3.1 Структура жалоб и клинических симптомов у пациенток после пе- ренесенных массивных акушерских кровотечений.....	65
3.2 Состояние репродуктивного здоровья женщин после массивных акушерских кровотечений.....	69
3.3 Структура экстрагенитальных заболеваний у женщин после массив- ных акушерских кровотечений.....	78
3.4 Результаты исследования психологического здоровья женщин после массивных акушерских кровотечений.....	80
3.5 Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий при диспансе- ризации пациенток исследуемых групп.....	85
3.6 Оценка эффективности диспансеризации женщин в отдаленном пе- риоде после массивной кровопотери в родах.....	89

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	99
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	121
Выводы.....	122
Практические рекомендации.....	124
Список сокращений.....	126
Список литературы.....	127
Приложение.....	147

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Основным направлением демографической политики государства является рост народонаселения за счет повышения рождаемости, продолжительности жизни, снижения заболеваемости и потерь особенно в раннем возрасте. Оценка качества жизни основана на постоянном анализе влияющих на нее факторов, что позволяет своевременно вносить коррективы, повышающие эффективность оказания помощи.

Показатель материнской смертности (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 [58; 59; 63; 95; 92; 97].

С позиций сегодняшнего дня МС — не единственный показатель, способный дать информацию для контроля качества деятельности служб, ориентированных на охрану материнства [36; 130; 131; 42]. 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*. Для описания больных, перенесших потенциально опасные акушерские осложнения, используют разнообразные термины - «*near miss*», «тяжёлая материнская заболеваемость», «критические случаи», «едва не умершие», «едва выжившие», «материнский синдром едва не умерших женщин», «чрезвычайно серьёзная материнская заболеваемость» и др. За любой нозологической причиной критического состояния, которое едва не лишило женщину жизни, стоит комплекс глубоких нарушений, возникших после пережитой акушерской катастрофы [70; 74; 142; 94; 133].

Во всём мире, причинами едва не случившейся трагедии, считают ту же «большую пятёрку», что и для материнских потерь - акушерские кровотечения, сепсис, преэклампсию и эклампсию, экстрагенитальные заболевания и осложнения аборт (67; 10; 37; 41). Проблема массивной кровопотери в акушерстве остается актуальной, так как сопряжена с высокими показателями материнской смертности (МС) и является ведущей причиной случаев, едва не приведших к летальному исходу беременных и родильниц [2; 36; 44;42].

Степень разработанности темы.

Анализ угрожающих жизни состояний в период беременности, родов или в послеродовом периоде, уже на протяжении 20 лет за рубежом рассматривается как возможность эффективного мониторинга службы родовспоможения, альтернатива и дополнение к изучению проблемы МС [90; 98; 128;179; 172; 142; 152; 133; 152; 180].

Растущий интерес к данной проблеме отражают систематические обзоры, число которых ежегодно повышается [123; 113; 105; 172; 82; 174; 94; 101; 180; 117; 169].

В РФ с начала 2015 года по поручению Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ, в Российские территории внедрили систему аудита случаев «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 случаев критического состояния в акушерстве [7].

В Ростовской области (РО) более сотни женщин, переживают критические акушерские состояния, основной нозологической причиной которых являются акушерские кровотечения [7]. У ряда пациенток таковые сопровождаются перинатальными потерями, либо лишают их возможности в по-

следующем реализовать генетически детерминированные полномочия воспроизводства в результате утраты репродуктивного органа [42].

В работах прошлых десятилетий представлены данные об отдельных восстановительных мероприятиях для пациенток, перенесших экстремальные состояния в родах [57; 40; 45; 61]. Современных исследований о состоянии репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин, выживших после массивных акушерских кровотечений крайне недостаточно. При этом пережитые критические состояния в родах могут быть основой дисфункции репродуктивной и экстрагенитальной систем, психологических проблем и социальной дезадаптации, формирующих высокий уровень приобретенной материнской заболеваемости. Это определяет нерешенные вопросы мониторинга и активной диспансеризации данных пациенток.

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 интенсивных 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 психоло-

гического здоровья женщин, переживших массивные акушерские кровотечения.

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

Научная новизна. Уточнены клиничко-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 клиничко-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 репродуктивного, соматического и психологического здоровья.

Методология и методы исследования. Для выполнения поставленных задач были проанализированы структура и показатели акушерских кровотечений в Ростовской области за 5-ти летний период (2010-2014 гг). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 84 пациенток, переживших угрожающие жизни массивные акушерские кровотечения (зарегистрированные в РО в период с 2012 по 2014 гг) и 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.

Аналитическое изучение медицинской документации и консультативную помощь пациенткам осуществляли на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС ГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (зав. кафедрой д.м.н., профессор А.Ф. Михельсон).

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) (Таблица 1).

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.

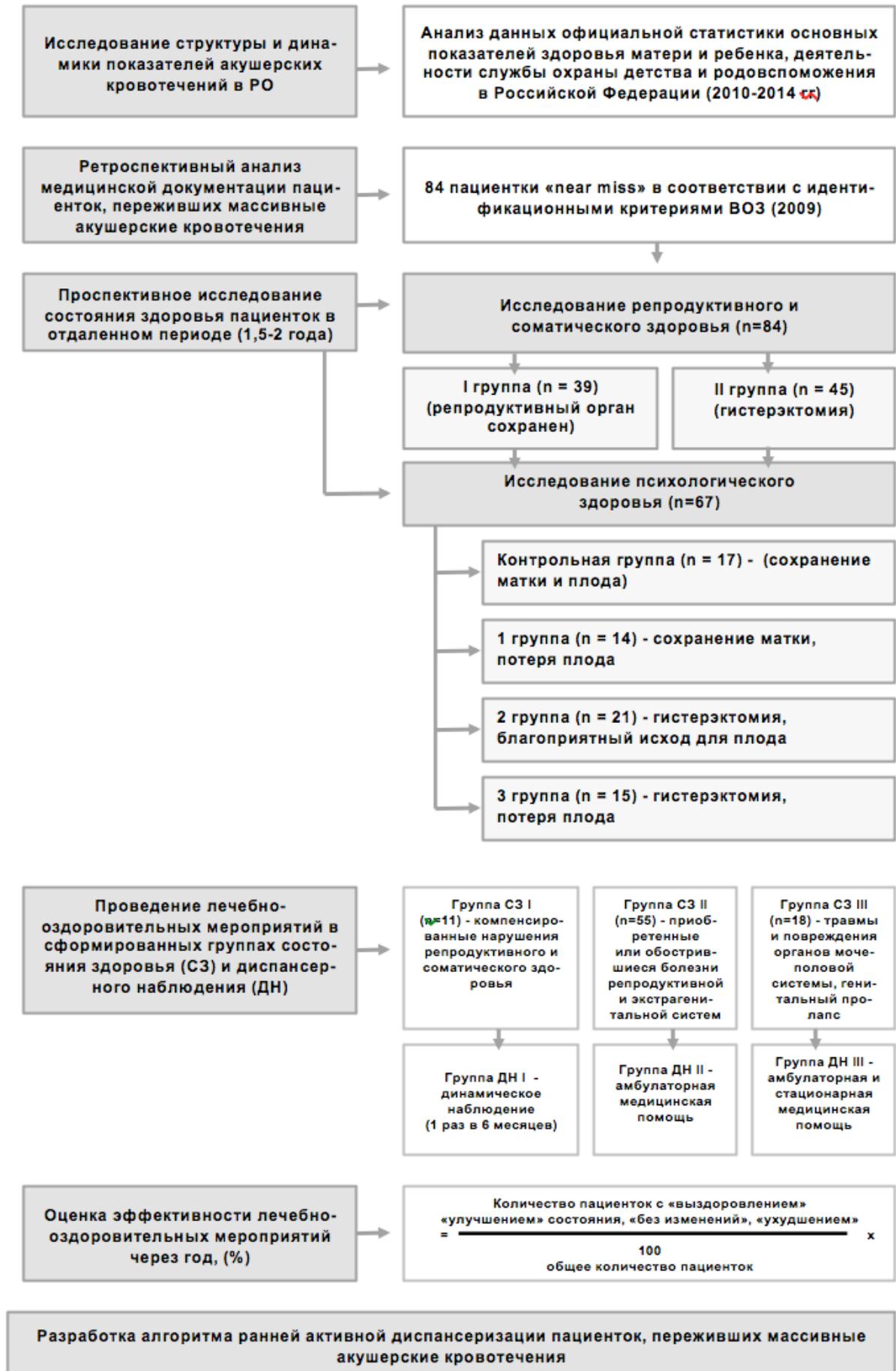


Рисунок 1 Дизайн исследования.

Таблица 1 – Идентификационные критерии случаев near miss.

Дисфункции систем жизнеобеспечения	Клинические критерии	Лабораторные маркеры	Лечебные мероприятия
Сердечно-сосудистая	Шок, остановка сердца	Ph<7,1 лактат крови> 5	Инотропная поддержка. Сердечно-легочная реанимация.
Дыхательная	Выраженный цианоз Одышка Частота дыхания >40или<6 в минуту	Сатурация < 90% в течение более 60 минут индекс оксигенации (pAo ₂ /fPo ₂ <200 MMhG)	Интубация, ИВЛ, не связанная с анестезией.
Мочевыделительная	Олигурия, некупирующаяся медикаментозными средствами	Креатинин >300 ммоль/л	Диализ
Гемостаз	Отсутствие свертывания крови	Тромбоцитопения (< 50)	Переливание более 5 доз цельной крови или эритроцитарной массы
Гепатобилиарная	Желтуха на фоне преэклампсии	Билирубин >100 мкмоль/л	
Центральная нервная	Любое отсутствие сознания в течение 6 часов (не связанное с медикаментами).Кома. Не купируемые судороги (эпилептический статус, тотальный паралич)		
Маточная дисфункция			Гистерэктомия (массивное кровотечение, септические осложнения)

Различные исходы массивной кровопотери в отношении 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, у которых органосохраняющие консервативные и хирургические методы гемостаза при массивных акушерских кровотечениях были эффективны. Во II группу вошли 45 женщин, перенесшие гистерэктомию в связи с отсутствием эффек-

та от консервативных и хирургических методов остановки массивных акушерских кровотечений.

Добровольными участницами исследования психологического здоровья после пережитого критического состояния стали 67 из 84-х пациенток (79,8%), которые были распределены в 4 группы. 1-ю группу составили 14 женщин с сохраненной маткой, но потерей плода. Во 2-ю - вошла 21 пациентка с благоприятным исходом для плода, но с утратой репродуктивного органа. 3-я - представлена 15-ю женщинами с сочетанием перинатальной потери и гистерэктомией. 4-ю группу (контрольную) составили 17 пациенток, у которых массивные акушерские кровотечения не сопровождались гистерэктомией и перинатальными потерями.

В I и II группах в соответствии с поставленными целью и задачами выполнено:

- исследование данных о социальном статусе, перенесенных соматических болезнях в детском и зрелом возрасте, о ранее выполненных гинекологических оперативных вмешательствах (n=84);
- сбор анамнестических сведений о менструальной функции (возраст наступления менархе, период становления менструального цикла) и репродуктивном поведении – паритет беременности и родов (n=84);
- проведение клинико-статистического анализа данных медицинской документации, содержащих сведения о сроках постановки на учет по беременности в женскую консультацию и регулярности ее посещения, адекватности оценки факторов акушерского и перинатального риска, об особенностях течения, осложнений первой и второй половины гестации, способах родоразрешения (n=84);
- оценка своевременности и полноты обследования при развитии «критического состояния», последовательности мероприятий по остановке кровотечения, продолжительности дооперационного этапа, объема кровопотери при «переходе» от консервативного к оперативным методам гемостаза, объ-

ема выполненных операций, сроков перегоспитализации больных для оказания специализированной помощи (n=84);

- анализ сведений о врачебных рекомендациях родильницам в послеродовом периоде (n=84).

С помощью применения метода множественной регрессии были отобраны 9 информативных факторов определяющих вероятность гистерэктомии у пациенток с прогрессирующим СПОН после применения органосохраняющего хирургического гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. Факторы включены в разработанную компьютерную программу автоматического расчета прогностического индекса (ПИ), значения которого необходимо учитывать для выбора лечебной тактики в отношении матки.

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 для определения дальнейшей лечебной тактики.

Программа проспективного исследования отдаленных последствий пережитых акушерских кровотечений состояний спустя 1,5-2 года включала:

- аналитическое изучение жалоб больных (n=84);
- традиционное гинекологическое исследование (n =84);
- проведение рН-метрии вагинального отделяемого (n =84);
- бактериоскопию отделяемого влагалища (n =84);
- ультразвуковое исследование органов малого таза с доплерометрией сосудов матки у пациенток с сохраненной маткой при массивных акушерских кровотечениях (n =35);
- гистероскопическое исследование слизистой полости матки с отдельным диагностическим выскабливанием и гистологическим исследованием биоптатов эндометрия методами пайпель-биопсии (n = 27);

- определение уровней гонадотропных, надпочечниковых, тиреоидных и яичниковых гормонов в сыворотке крови (n =60);
- исследование состояния психологического здоровья в отдаленном периоде после пережитого критического состояния (n=67).

По результатам проведенного исследования компенсированные нарушения репродуктивного, соматического и психологического здоровья имели 11 из 84-х женщин (13,1%). Таковые были отнесены к группе состояния здоровья (СЗ) I. Различные заболеваниями репродуктивной и экстрагенитальных систем после пережитого критического состояния были выявлены у 73-х пациенток (86,9%), которые врачебным консилиумом в составе акушера-гинеколога и профильного специалиста были распределены в группы СЗ II и СЗ III.

В группу СЗ 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 СЗ III составили 18 женщин (24,7%) у которых различные нарушения репродуктивного и соматического здоровья сочетались с несостоятельностью рубца на матке после КС, травмами и повреждениями органов мочеполовой системы, пролапсами гениталий.

Распределение пациенток по группам диспансерного наблюдения (ДН) осуществляли в зависимости от уровня и объема оказания медицинской помощи. В группе ДН I акушер-гинеколог и профильные специалисты проводили динамическое наблюдение за пациентками один раз в 6 месяцев. В группе ДН II медицинскую помощь осуществляли амбулаторно, в группе ДН III - амбулаторную в сочетании со стационарной.

Лечебные и реабилитационные мероприятия проводили в соответствии с нозологическими причинами нарушения репродуктивного и соматического здоровья. Оценку эффективности диспансеризации проводили через год по частоте «выздоровления», «улучшения» репродуктивного, соматиче-

ского и психологического здоровья, состояния «без изменений» и «ухудшения».

Статистическая обработка полученных результатов проведена у 84 пациенток. Все клинические исследования, осуществленные после получения информированного согласия пациенток, протоколированы по стандартам Этического комитета Российской Федерации.

Изучение данных анамнеза пациенток клинических групп проводилось по утвержденным формам первичной медицинской документации: индивидуальным картам беременной и родильницы ф.№ 111/у, историям родов ф.№ 096/у, медицинским картам стационарного больного ф.№ 003/у.

Гинекологический статус исследуемых больных определяли на основании осмотра наружных половых органов, исследования влагалища и шейки матки с помощью зеркал, бимануального влагалищного исследования, при котором оценивали рН влагалищной среды, величину матки, её консистенцию, форму, подвижность, состояние придатков и сосудов тазового дна.

Экстрагенитальные заболевания, развившиеся или обострившиеся после перенесенного критического состояния диагностированы в результате комплекса клинических, лабораторных и функциональных исследований профильными специалистами.

Оценку микроценоза генитального тракта выполняли при помощи ПЦР «в режиме реального времени» (Фемофлор-16).

При выявлении у пациенток ультразвуковым методом патологических изменений полости матки на 7-9 день менструального цикла проводили гистероскопию. Оценивали рельеф стенок полости матки, однородность, эндометрия и соответствие фазе менструального цикла, цвет, сосудистый рисунок стенок полости матки, устья маточных труб. В ряде случаев гистероскопию сочетали с аспирационной биопсией эндометрия и последующим гистологическим исследованием соскоба.

Гистологическое исследование аспирата эндометрия на 5-8 дни менструального цикла проводили с помощью шприца-аспиратора Iras MVA Plus и канюль Iras EasyGrip диаметром 4,0.

Для морфологических исследований эндометриальных образцов использовали серийные парафиновые срезы, окрашенные гематоксилином и эозином.

Функциональное состояние эндометрия оценивали по уровню продукции АМГФ, определяемой в смыве из полости матки на 22-24 дни менструального цикла с помощью шприца-аспиратора Iras MVA Plus и канюль Iras EasyGrip диаметром 4 мм.

Гормональный профиль исследовали по уровням фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тиреотропного (ТТГ) и адренокортикотропного (АКТГ) гормонов, пролактина (ПРЛ), эстрадиола (E_2), прогестерона (ПГ), тестостерона (T_s), кортизола в венозной крови. Гормоны определяли радиоиммунологическим методом (РИА) с помощью стандартных наборов фирмы «Immunothech» (Чехия) или фирмы ГП «ХОПИБО-ХНАНБ» (Беларусь). Полученные данные оценивались путем сравнения с физиологической нормой, предлагаемой в соответствующих наборах для определения этих гормонов.

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

Для оценки состояния маточного кровотока проводили цветное доплеровское картирование. Нормативными данными ЦДК и доплерометрии в I фазе менструального цикла считали показатели маточной гемодинамики здоровых женщин [77].

Психологическое многомерное исследование пациенток осуществляли психотерапевты по Шкале сниженного настроения – субдепрессии (ШСНС) (опросник В. Зунга (1972), адаптация Т.Н. Балашовой [182]). Исследования по Шкале ситуативной и личностной тревожности (State-Trate-

Anxiety-Inventory – STAI) по методике С.Д. Spielberger [71;168]. Госпитальные шкалы тревоги и депрессии (HADS) (1976, 2002) представляли тремя областями значений: «нормой» (то есть отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), субклинически выраженной тревогой/депрессией и клинически выраженной тревогой/депрессией. Использовали опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) [52].

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 постгистерэктомиического 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 репродук-

тивное, 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 работы. Статистическая обработка результатов проведена методом вариационной математической статистики. Для создания базы данных и математической обработки статистического материала основным программным обеспечением выбран пакет модулей для статистической обработки данных STATISTICA ® for Windows, Release 6.0 (StatSoft®Inc., США, 2002).

В ходе выполнения описательной статистики проверялось соответствие изучаемых данных нормальному распределению по критерию Колмогорова – Смирнова, равенство дисперсий в сравниваемых группах согласно критерию Левена. В случае положительного решения для определения значимости статистических различий количественных показателей в сформированных группах применялись t – критерий Стьюдента, при отрицательном – использовались непараметрические методы – критерий Манна-Уитни. При анализе таблиц сопряженности двух качественных признаков и установлении факта наличия уровня значимости использовали критерий хи-квадрат (χ^2). Использовали общепринятые уровни значимости: $p < 0,05$; $p < 0,01$ и $p < 0,001$. Для характеристики корреляционных зависимостей признаков применяли линейный коэффициент корреляции Пирсона и ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Работа выполнена на базе ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ в рамках направления «Научно-организационные основы профилактики, диагностики и лечения важнейших заболеваний женщины, матери и ребенка».

Основные материалы и положения диссертации доложены и обсуждены на XIV Всероссийском научном форуме «Мать и Дитя» (Москва, 2013), в XV Всероссийском научном форуме «Мать и Дитя» (Москва, 2014 г), на II-ой

и в III Региональных научно-практических конференциях «Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их коррекции» (Ростов-на-Дону, 2014-2015 гг), на Областной научно-практической конференции «Междисциплинарные вопросы женского здоровья», г. Астрахань (2015), на XVI Всероссийском научном форуме «Мать и Дитя» (Москва, 2016).

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.

Исследователь самостоятельно проводила поиск литературы и осуществляла анализ отечественных и иностранных источников, лично курировала пациенток на амбулаторном и стационарном этапе в гинекологическом отделении, проводила обследование женщин, изучение анамнеза жизни, акушерского и гинекологического анамнеза, исследовала катамнез пациенток, проводила выполнение специальных методов диагностики и лечения выявленных заболеваний репродуктивной системы. Для анализа была разработана и создана электронная база данных, включающая результаты ретроспективного анализа медицинской документации и данные проспективного обследования пациенток. Оформление текста научных публикаций, рукописи диссертации выполнялись лично аспирантом.

Основные положения, выводы и рекомендации для практического здравоохранения внедрены в учебный процесс кафедры акушерства гинекологии №3 ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета (2016). Алгоритм ранней активной диспансеризации пациенток, переживших массивные акушерские кровотечения внедрен в работу акушерских 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).

По результатам исследования опубликовано 14 печатных работ, 4 из них в изданиях, рекомендованных ВАК Российской Федерации для публикации материалов диссертации.

Диссертационная работа освещена на 147-ми страницах машинописного текста и включает в себя введение, обзор литературы, описание материалов и методов исследования, главу обсуждения, выводы, практические рекомендации, список сокращений, список литературы и Приложение. Полученные результаты иллюстрированы с помощью 31 таблицы и 20 рисунков. Список литературы представлен 183 источниками, из которых 102 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ. ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ, ЕДВА НЕ ЗАВЕРШИВШИХСЯ ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

1.1. Исторические аспекты, современные тенденции и перспективы борьбы с материнскими потерями

Борьба за жизнь матерей и их рождавшихся детей уходит корнями в XVI век [59; 12; 10; 63; 42; 95; 92; 97; 132]. МС — один из основных критериев эффективности внедрения научных достижений в практику родовспоможения и здравоохранения [47;69;72; 74]. В то же время, это показатель уровня репродуктивного здоровья в регионе или государстве, который демонстрирует итог взаимодействия многих факторов: экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных [81;70; 123; 102].

Отсутствие всеобъемлющего сбора данных, маскировка и «укрывательство» истинной картины МС и заболеваемости в ряде стран, сдерживают усилия для объективного анализа и успешного решения этой проблемы [67;93;97;102; 121; 127; 132; 156; 122;170]. Доля родов в развивающихся странах составляет 86% от их мирового числа и в то же время 99% от всех материнских смертей происходит именно там [81; 107;126;133;135; 87; 88; 169].

Социально-экономическую детерминированность МС подтверждает мировая статистика. Число случаев смерти матерей на 100 000 детей, рождённых живыми по частям света резко различается: по данным 2010 года в Африке — 870, в Южной Азии — 390, в Латинской Америке и странах Карибского бассейна — 190, в Центральной Америке — 140, в Северной Америке — 11, в Европе — 36, в Восточной Европе — 62, в Северной Европе — 11 [120;130, 92,107].

Сокращение интергенерического интервала и роды после 40 лет вносят свою лепту в устрашающие показатели МС [63;150; 139; 146]. Большая часть населения южной Африки живёт в трущобах сельских районов, где из-за отсутствия медицинского персонала и экономических проблем беременные женщины пользуются услугами местных жительниц, заменяющих медицинскую помощь исполнением религиозных обрядов [62;103;112;143; 151;124;139]. В Нигерии, наиболее густонаселённой стране Африки, с населением более 140 млн человек насчитывается около 31 млн. женщин детородного возраста [139; 143]. Подобная ситуация и в других странах южного континента. В Танзании коэффициент МС – 412, в Малави - 484 [103;124;141].

Неоднородная ситуация складывается в регионах Восточной Европы и Центральной Азии, который состоит из 20 стран с населением более 400 млн человек, что составляет около 6% мирового населения и по численности превосходит Северную Америку (346 млн.), арабский мир (355 млн.) и зону Евросоюза (333 млн.) [101]. Прогрессивная медицинская общественность США озабочена ростом показателя МС: американские матери умирают в 4 раза чаще, чем итальянки, и в три раза чаще австралиек [93;106;110; 111;112;119;120;123;126;161].

Уровень МС по данным официальной статистики разделяет страны на три группы: с низкими значениями показателя - Белоруссия, Македония, Болгария и Сербия (2-12 на 100 000 родившихся живыми), средним - Румыния, Россия, Украина, Казахстан, Узбекистан (19-28). Наименее благополучную группу (с показателями МС выше 60) формируют Грузия, Киргизия, Таджикистан и Туркмения (170). Из 1280 материнских смертей, зарегистрированных в 2001 году в Европейском регионе ВОЗ (данные по 41 стране), около 40 % приходилось на РФ [63;109]

Показатель МС в РФ за последнее десятилетие имеет четкую тенденцию к снижению [23; 110; 22; 53;59;60;80;121]. С 2010 года во всех феде-

ральных округах отмечается значительное снижение показателя МС - менее 20 на 100 000 живорожденных [68].

К 2015 году в 122 странах мира показатель МС не превышал 70 на 100 тысяч живорожденных, а в 49 странах таковой был менее 15-ти. В 22-х государствах МС колеблется между 15 и 30 на 100 тысяч родившихся живым [171, 120].

1.2 Мировой опыт изучения случаев тяжелых акушерских осложнений, едва не приведших к летальному исходу (near miss maternal morbidity)

При изучении качества родовспоможения отправной точкой традиционно считается уровень МС. Не требует доказательств, что 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 этапе организации оказания медицинской помощи в конкретном регионе [66].

Отдел Репродуктивного Здоровья ВОЗ в 2009 году предложил сделать инструментом успешного контроля качества деятельности службы охраны материнского здоровья исследование случаев «едва выживших» пациенток в результате тяжёлых акушерских осложнений - near miss maternal morbidity (MNM) (158). Изучение угрожающих жизни состояний в период беременности, родов или в послеродовом периоде, вот уже более 10-ти лет за рубежом рассматривается как возможность эффективного мониторинга службы родовспоможения, альтернатива и дополнение к изучению проблемы МС [2;13;25; 48; 51; 104; 108; 125; 134; 141;142; 148;153; 162; 167; 172].

Национальную программу аудита случаев «near miss» имеют лишь некоторые зарубежные страны - Шотландия, Южная Африка, Нигерия [1; 143]. Аудирование случаев «едва не погибших» женщин предусматривает определение структуры причин критических состояний и, следовательно, поиск незадействованных резервов для снижения МС.

Европейскими исследователями понятие *Near miss maternal morbidity* - «материнская болезнь, близкая к потере» - предлагается для обозначения комплекса глубоких нарушений, возникших у женщин, переживших акушерскую катастрофу, случаев, едва не приведших к летальному исходу - «едва выживших» или «едва не умерших» [111; 116]. Каким бы ни было определение критического случая, важно единодушное определение рубежа в состоянии беременной, роженицы или родильницы, преодолев который, возникшие осложнения перевели его в категорию угрожающих жизни [130; 141,142; 145; 147; 152;154].

В 2010 году ВОЗ разработала и опубликовала идентификационные критерии случаев тяжелых акушерских осложнений, едва не завершившихся летальным исходом, основанные на регистрации клинических признаков и симптомов, возникших на органном и системном уровнях [167].

Не менее важным условием эффективности исследования критических акушерских состояний являются их дефиниции. Такие также приняты ВОЗ – это «женщины, которые были при смерти, но выжили после осложнения, случившегося во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности». Относительная сопоставимость определений случаев материнских смертей и близких к ним («near of miss»), позволяет в едином ключе анализировать хронологию развития акушерских катастроф, получать достоверную информацию о допущенных ошибках и, в результате глубокого сравнительного анализа каждого из них, ответить на главные вопросы: что в одном случае привело к летальному исходу, а в другом - помогло выжить? [42].

Современные литературные источники свидетельствуют, что соотношение *near miss* и МС в развитых странах составляет 117:1, тогда как в развивающихся странах — 5–6 случаев *near miss* на одну гибель женщины [83; 139; 142; 146].

Систематический обзор 82 исследований, проведенных в 46-ти странах, показал, что распространенность случаев near miss колеблется от 0,04% до 14,98% [172].

Большинство работ, посвященных проблеме near miss в Бразилии, основаны на популяциях из крупных городских районов, что не является репрезентативной для населения страны в целом [84; 86]. Авторы Бразильского многоцентрового исследования, в котором использованы идентификационные критерии near miss по классификации ВОЗ (2009), проанализировали 27 отдаленных родильных домов в течение одного года и зарегистрировали 116,3 случаев на 1000 родов [170].

В исследовании Galvao et al. (2014) изучена распространенность тяжелой материнской заболеваемости и факторов, ассоциированных со случаями near miss в двух крупных родильных домах на северо-востоке Бразилии с ежегодным числом родов около 8 000. За этот период у 16 243 родильниц зарегистрировано 1102 тяжелых акушерских осложнений, которые у 77 женщин едва не завершились трагически, а в 17-ти случаях привели к летальному исходу. Коэффициент near miss составил 5,8 случаев на 1000 живорожденных; общая распространенность тяжелых акушерских осложнений в совокупности с near miss составила 72,6 случая на 1000 родившихся живыми. Число случаев near miss в 4,5 раза превышало материнские потери. Наиболее распространенными причинами осложнений в родах и основой для развития критических состояний (near miss) были преэклампсия и акушерские кровотечения – соответственно 17,5% и 62,5%. Значимыми факторами риска являлись возраст женщин, предшествующие данной беременности аборты, оперативное завершение предыдущих родов, отсутствие регулярного дородового наблюдения.

Для определения распространенности и выявления факторов, связанных с материнской заболеваемостью и смертностью, в университетской клинике Кигали (Руанда) было проведено исследование всех критических состояний у беременных, рожениц и родильниц, поступивших для оказания экс-

тренной медицинской помощи в течение одного года с использованием критериев ВОЗ для near miss [155]. Оценены материнские демографические характеристики и патологические процессы, связанные с тяжелой акушерской заболеваемостью и смертностью. Распространенность летальных исходов у матерей составила 11 случаев на 1000 родившихся живыми, а коэффициент near miss в 9 раз выше - 89 на 1000 родившихся живыми. Большинство тяжелой акушерской заболеваемости и смертности было связано с непосредственными акушерскими причинами – кровотечениями и преэклампсией (соответственно 30,2% и 28,6%). Септические осложнения, в частности перитонит после кесарева сечения, составляли 19,3%. При этом было обнаружено, что большинство пациенток отличал низкий социально-экономический статус, а также проживание в восточной части страны в отдалении от многопрофильных высокоспециализированных лечебных учреждений. Исследование выявило резервы снижения неблагоприятных исходов беременности и родов, главной составляющей которых является повышения качества медицинской помощи.

В работе А. Wahlberg и соавторов [174] была оценена зависимость риска развития случаев near miss у женщин, иммигрировавших в Швецию из стран с различным социально-экономическим уровнем. В данное общенациональное исследование были включены все одноплодные роды (≥ 28 недель беременности) в период между 1998 и 2007 гг. Результаты позволили установить, что в структуре исходов 914 474 родов в течение 10-ти летнего периода число случаев near miss составило 2655 (2,9 на 1000 родов). У пациенток из стран с низким социально-экономическим доходом, риск развития критических акушерских состояний выше в 2,3 раза, по сравнению с женщинами, рожденными в Швеции. Женщины-мигрантки из стран со «средним» и «высоким» уровнем дохода достоверно более высокого риска не показали.

Наблюдательное исследование было проведено с целью дать представление о проблеме материнской смертности и случаев near miss в Западной Индии (Раджастан) [127]. Аналитическое изучение акушерских исходов

было проведено в одном из самых переполненных родовспомогательных учреждениях в Индии - с числом родов более чем 20 000 в год. По данным авторов основные причины случаев near miss и были схожи с таковыми при материнской смертности в Индии (акушерские кровотечения, преэклампсия и сепсис). В 18-ти месячный период исследования зафиксировано 27 958 родов, завершившиеся рождением живых детей у 26 734 женщин. 112 пациенток были идентифицированы как near miss согласно критериям ВОЗ (2009), в 54-х случаях исход родов был летальным. Коэффициент near miss составил 4,18 на 1000 живорожденных, а показатель МС 202 на 100 000 родившихся живыми. Число материнских смертей превышало случаи near miss в соотношении 1:2,07. Авторы исследования обосновывают необходимость разработки эффективной системы аудита для обоих вариантов исходов критических акушерских состояний - случаев near miss (или акушерской заболеваемости) и случаев материнских смертей, а также то, что уроки, которые могут быть извлечены из исследования случаев near miss, могут служить полезным инструментом в мероприятиях по сокращению коэффициента МС.

Великобритания имеет не только всемирно известную систему конфиденциального исследования всех случаев материнских смертей (КРСМС), которая непрерывно функционирует с 1952 года, но и систему по проведению исследований редких и тяжелых осложнений беременности - акушерскую систему наблюдения Великобритании (UK Obstetric Surveillance System, UKOSS). Совместная работа этих программ определяет получение наиболее полной информации о причинах развития критических состояний, факторах риска, структуре последствий жесточайших осложнений беременности и родов, что, в свою очередь, позволяет своевременно включать рекомендации в национальные руководства и, следовательно, повышать потенциал здоровья женщин и детей [99; 132].

Структурированный обзор был проведен в Индии для выявления наиболее эффективных методов, используемых в исследовании случаев near miss: внутриклинический разбор, конфиденциальное расследование, клини-

ческий аудит, структурированный обзор и домашнее интервьюирование выживших пациенток [94]. Изучение каждого из рассматриваемых методов, позволило разработать пределы их эффективности, которые должны быть учтены сообществами медицинских работников при реализации мер по улучшению качества медицинской помощи и, следовательно, снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Получение «уроков» из исследования критических акушерских состояний за рубежом, едва не приведших к фатальному исходу - случаев «near of miss» определило необходимость внедрения подобного анализа и в России.

Необходимость системного исследования случаев тяжелых акушерских осложнений, едва не приведших к летальному исходу и эффективность анализа данных случаев в РФ обоснована в отечественных исследованиях [2; 13; 32; 36; 42; 74]. По поручению Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ с 2015 года все регионы страны проводят углубленное исследование первоначальных причин не только материнских потерь, но и случаев «near of miss».

1.3. Исследование отдаленных последствий пережитых критических состояний

Аналитическое изучение современных литературных источников за последнее десятилетие продемонстрировало ограниченное число исследований, посвященных отдаленным последствиям материнской заболеваемости после пережитых клинических ситуаций близких к смерти.

В обзоре 13 научных статей, опубликованных в Университете штата Южная Флорида (США), утверждают, что акушерские случаи «near of miss» нужно расценивать, как потенциально хронические болезни, и последствия этих осложнений могут быть устойчивыми [179]. В конечном счете они могут выступать детерминантами МС при последующих беременностях. По данным авторов обзора, серьезные формы материнской заболеваемости, возникшей в результате акушерских осложнений, происходят приблизительно у

1 % женщин в Соединенных Штатах в то время, как в некоторых развивающихся странах достигает 9,1%. Перенесенные критические состояния могут иметь длительные эффекты, а их последствия нередко приводят к «материнской болезни» и потере трудоспособности. На основании анализа данных случаев сформированы три типа акушерских случаев «near of miss»: класс I (едва не умершие с благоприятным исходом для новорожденного); класс II (едва не умершие матери и едва не умершие плоды/новорожденные); класс III (едва не умершие женщины в сочетании с перинатальными потерями).

На необходимость надежной и современной системы учёта всех случаев материнских смертей и «near of miss» от акушерских осложнений указывается в работе нигерийских авторов [144]. В Нигерии как одной из стран с высокими темпами развития здравоохранения предлагается создание национального проекта построения научной системы достоверной информации о данных пациентках, которые должны быть сконцентрированы в Регистре Материнского Здоровья страны.

По мнению Souza J.P. и соавторов (2009; 2010), совершенствование условий для сохранения материнского здоровья может быть достигнуто только в том случае, когда сокращение числа смертельных исходов сопровождается снижением частоты серьезных осложнений в отдаленном периоде [166;167]. Об этом свидетельствуют результаты исследования авторов, основанного на данных анкетирования женщин в общественной университетской больнице в Кампинасе (Бразилия), обследованных вследствие различных нарушений репродуктивного и соматического здоровья, развившихся после тяжелых осложнений беременности и родов. Сложный набор психологических реакций, обнаруженный у женщин, которые выжили, указывает на возникновение тяжёлых, обусловленных стрессом, психоэмоциональных нарушений и назван авторами исследования «материнским синдромом едва не умерших женщин». Say L. указывает на необходимость стандартизации критериев уровня здоровья «едва выживших» женщин для мониторинга материнского здоровья в целом [156,157].

Систематический обзор, включающий исследования относительно женской сексуальной жизни после пережитых критических состояний, преследовал цель выявить имеющиеся доказательства связи этих нарушений с осложнениями беременности и родов [165]. Исследование проводилось до 22 мая 2015 года и включало в себя работы, опубликованные с 1995 по 2015 год. Анализу подвергали развитие диспареунии, результаты оценки индекса женской сексуальной функции, продолжительность периода, который требовался, для возобновления половой жизни после осложненных родов.

С использованием «ключевых» слов электронный поиск выявил в общей сложности 2 573 исследований, посвященных данной проблеме. В результате четкого отбора в систематический обзор были включены лишь 14 исследований. Среди них 12 были сосредоточены на травмах промежности, как материнской заболеваемости. Два исследования оценивали сексуальную функцию женщин после случаев, которые авторы определяли как тяжелую материнскую заболеваемость и/или ситуацию на грани смерти - *maternal near miss*.

G. Varret с соавторами (2010) оценивали диспареунию в сочетании с большой или малой травмами промежности через 3 и 6 месяцев после критических состояний в родах [89]. Проведено исследование родильниц в сроки от 2-6 месяцев до 10 лет после различных степеней травмы промежности [138;163]. Женщины с крупными перинеальными травмами страдали от диспареунии значительно чаще и дольше, чем те, у кого была малая травма или не было никакой. В 4-летнем перспективном когортном исследовании в Великобритании оценивали женщин, перенесших травмы сфинктера (основной разрыв промежности) через 3 месяца после родов. Стойкая диспареуния была выявлена у каждой третьей (32 %) из них [136].

Авторами данного мета-анализа выявлено, что задержки в возобновлении половой жизни после родов были частой находкой среди когортных исследований, при сравнении мелких и крупных разрывов промежности в родах. При ретроспективном анализе через 6 месяцев после родов, женщи-

нам, перенесшим разрыв III и/или IV степени, потребовалось времени на две недели больше, чтобы возобновить сексуальную активность, по сравнению с теми, у кого повреждения были незначительными [160]. Выявлению конкретных факторов, которые определяют сексуальную функцию после родов спустя год было посвящено исследование [96].

Два перспективных когортных исследования были сфокусированы на оценке сексуального здоровья после родов, осложнившихся тяжелой материнской заболеваемостью [118;175]. Результаты обоих исследований выявили, что существуют значительные различия в результатах среди женщин с травмами промежности и без таковых. Кроме того, отмечена распространенность сексуальной дисфункции, связанной с более высокими оценками депрессии среди женщин, перенесших травмы промежности [175]. Диспареунию у женщин, переживших тяжелую материнскую заболеваемость выявляли с равной частотой как у женщин с травмами промежности, так и без таковых [118]. Итак, тяжелые травмы промежности приводят к более стойкой и долгой диспареунии, в сравнении с женщинами без травм промежности и/или с незначительными травмами. Эти выводы важны для акушерской практики, так как, по мнению авторов, адекватная помощь во втором периоде родов позволит избежать или уменьшить травмы промежности, которые способствуют диспареунии и более позднему возобновлению сексуальной активности. Самобытная культура и традиции разных народов могут способствовать сексуальному воздержанию после беременности – следует из исследования гендерных норм длительного полового воздержания [137]. Синтез полученных исследований, включенных в мета-анализ, позволил авторам заключить следующее.

Мониторинг женщин, едва выживших после тяжелой заболеваемости не является распространенным, что определяется сравнительно недавним определением понятия тяжелой материнской заболеваемости и ситуаций на грани смерти [157;158]

Наиболее распространенной нозологией, которая уже в течение 10-летнего периода остается лидирующей в структуре причин критических состояний с различными исходами для матери, являются акушерские кровотечения. В 2012 опубликованы результаты исследования 1259 случаев материнских «near miss», из которых 70% женщинам была оказана неотложная помощь в ОРИТ вследствие массивного кровотечения после оперативного родоразрешения. Согласно систематическим обзорам ВОЗ, большинство исследований за последние годы проводят изучение случаев «near miss» именно по причине акушерских кровотечений [158].

Таким образом, исследований, посвященных долгосрочным последствиям пережитых критических состояний, а также обосновывающим необходимость лечебно-оздоровительных мероприятий для женщин «едва не погибших» от тяжелых осложнений в родах недостаточно. Однако, стоит предположить, что в результате перенесенной акушерской катастрофы организм женщины остаётся со значительным грузом накопленных повреждений, сложного восстановления рассогласованных функций жизненно важных органов, психологической и социальной дезадаптации [49; 65; 43; 164].

Исследованию состояния репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин, переживших массивные акушерские кровотечения посвящена данная диссертационная работа.

ГЛАВА II. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ВЫЖИВШИХ ПОСЛЕ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

2.1 Аналитическое исследование структуры и динамики показателей акушерских кровотечений по данным официальной статистики в РО за пятилетний период

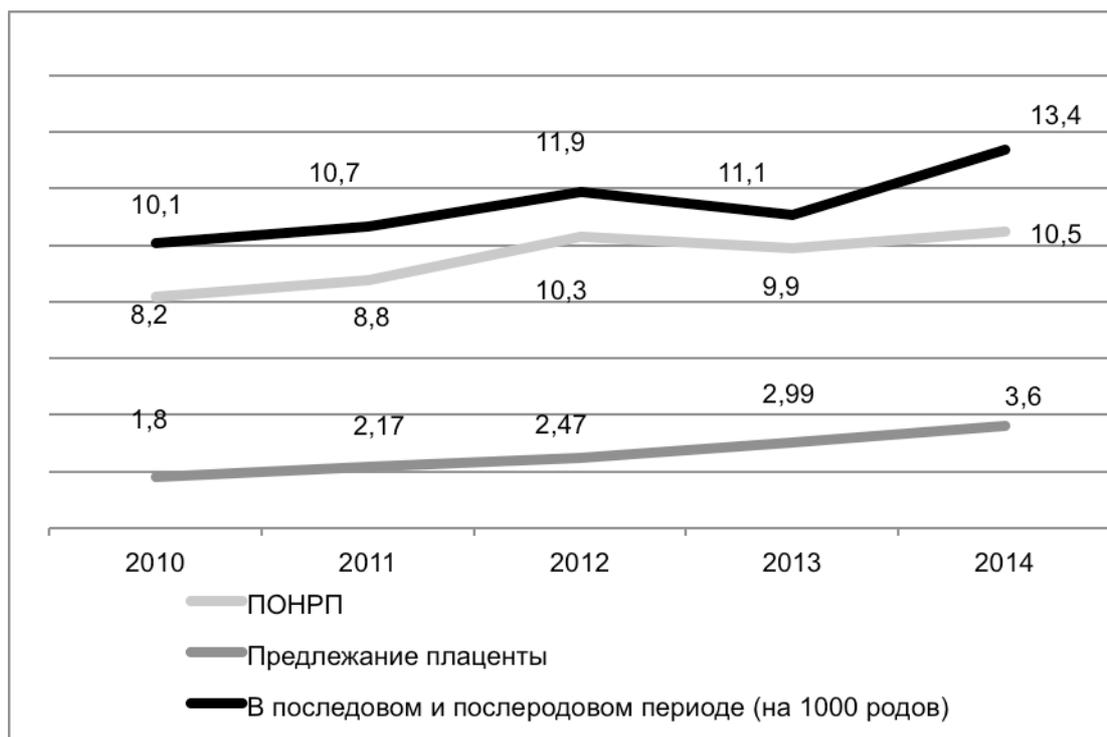


Рисунок 2 Динамика интенсивных показателей основных нозологических форм акушерских кровотечений в РО за пятилетний период

По данным официальной статистики в РО за пятилетний период (2010-2014 гг) отмечался прогрессивный рост всех интенсивных показателей акушерских кровотечений, в структуре которых преобладали развившиеся в последовом и послеродовом периодах (Рис.2). На фоне трехкратного сокращения в РО основного показателя службы родовспоможения - материнской смертности (с 21,5 в 2010 году до 7,8 на 100 тыс. живорожденных - в 2014), частота гистерэктомии, осуществляемой для спасения жизни не имела тенденции к снижению (Рисунок 3). Это формирует основу приобретения «тя-

желой материнской заболеваемости» и определяет масштабы проблемы катмнеза едва не погибших пациенток.



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

2.2 Клиническая характеристика обследованных женщин

В исследуемых группах возрастной диапазон женщин представлен периодами от 19 до 28 лет (Таблица 2).

Таблица 2 - Распределение пациенток исследуемых групп по возрастным периодам, абс (%)

Возрастной период (лет)	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
19-23	23(58,9)	[44,5–62,3]	25(55,6)	[47,3–61,5]
24-28	16(41,0)	[34,7–58,1]	20(44,4)	[32,1-59,3]

Средний возраст женщин был статистически сопоставим: в I группе - 22,13±3,32 лет, во II группе - 23,17±3,72 лет. Частота встречаемости возраст-

ных диапазонов не имела достоверных межгрупповых отличий ($p>0,05$). Большинство пациенток находилось в возрасте от 19 до 23 лет. Принадлежность пациенток исследуемых групп к возрастным периодам статистически значимого влияния на исходы акушерских кровотечений в виде утраты репродуктивной функции не имела ($\chi^2=0,087$, $p>0,05$).

В социальном статусе пациенток не выявлено существенных отличий ($p>0,05$). Большинство женщин состояли в браке, имели постоянное место работы (Таблица 3). Утрата или сохранение репродуктивного органа в исследуемых группах статистически не зависела от семейного положения или профессиональной деятельности (соответственно $\chi^2=3,649$ $p>0,05$ и $\chi^2=0,392$, $p>0,05$).

Таблица 3 - Социальный статус пациенток исследуемых групп

Социальный статус	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
Состоящие в браке	35 (89,7)	[79,5–98,2]	33 (73,3)	[73,4–91,2]
Незамужние	4 (10,3)	[6,5–18,3]	12 (26,7)	[6,3–29,1]
Работающие	29 (74,4)	[44,8–82,5]	29 (66,7)	[51,2–78,3]
Учащиеся	5 (12,8)	[11,5–39,1]	8(17,8)	[6,3–29,1]
Домохозяйки	5 (12,8)	[6,5–18,3]	8(17,8)	[9,4–38,1]

Наступление менархе у пациенток исследуемых групп отмечалось в диапазоне от 10 до 16 лет. Сроки установления регулярного менструального цикла достоверных отличий не имели (Таблица 4). Различия в сроках установления регулярных менструаций, их продолжительности и частоте нару-

шений менструального цикла были статистически не достоверны ($\chi^2=0,394$, $p>0,05$).

Таблица 4 - Менструальная функция у пациенток исследуемых групп

	Клинические группы	
	I группа n=39	II группа n=45
Возраст наступления менархе (лет)	13,3±1,2	12,4±1,3
Продолжительность менструации (дни)	4,3±1,5	4,2±1,5
Продолжительность менструального цикла (дни)	27,7±2,2	27,3±1,8
Нарушения менструального цикла, %	3 (15,7)	4 (14,8)

В каждой из исследуемых групп у наибольшей доли пациенток половой дебют отмечен в возрасте от 15-ти до 17-ти лет, а его частота в более раннем возрасте достоверных межгрупповых отличий не имела ($p>0,05$) (Рисунок 4).

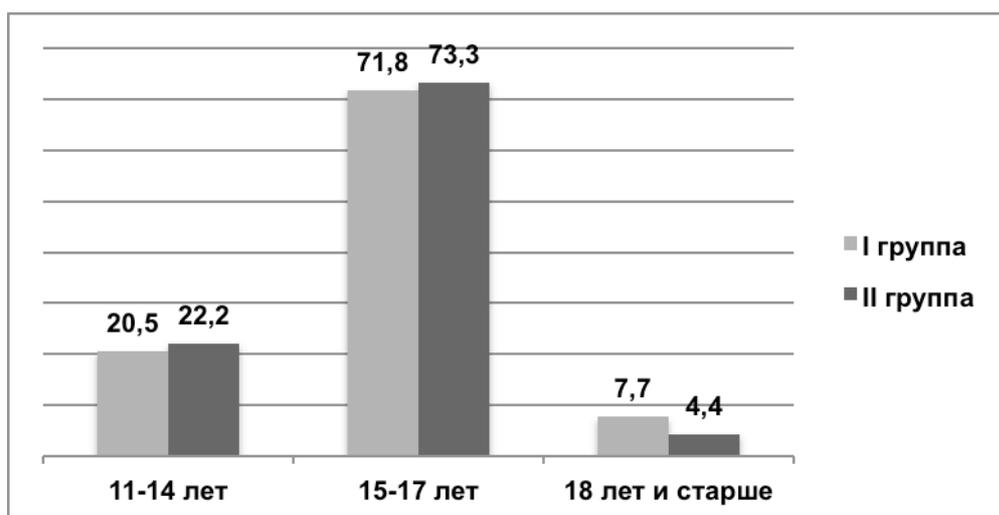


Рисунок 4 - Возраст начала половой жизни у пациенток исследуемых групп

Аналитическое исследование репродуктивной функции показало, что наибольшую долю в обеих клинических группах составляли повторнобеременные первородящие женщины (Таблица 5).

Таблица 5 - Паритет беременностей и родов у пациенток исследуемых групп, абс(%)

	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
Первобеременные	7 (17,9)	[7,4-30,6]	4 (8,9)	[4,3-21,2]
Повторнобеременные	32 (82,1)	[69,3-91,2]	41 (91,1)	[69,8-97,2]

Паритет родов статистически значимого влияния на исход акушерских кровотечений в отношении сохранения или утраты репродуктивной функции не представлял ($\chi^2=1,100$, $p>0,05$). Предыдущие беременности у женщин исследуемых групп с сопоставимой частотой завершались искусственными или самопроизвольными абортами, неразвивающейся беременностью (Таблица 6).

Таблица 6 - Характеристика акушерско-гинекологического анамнеза у повторнобеременных женщин исследуемых групп, абс (%)

Исходы беременностей	Клинические группы			
	I группа n=32		II группа n=41	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
Медицинские аборты	21 (65,6)	[28,1-69,2]	26 (63,4)	[42,5-61,2]
Неразвивающаяся беременность	6 (18,8)	[17,2-31,4]	9 (21,9)	[13,7-34,1]
Самопроизвольные аборты	5 (15,6)	[9,3-21,6]	6 (14,6)	[6,3-29,1]

Прерывание непланируемой беременности по средствам искусственного аборта (медикаментозным или хирургическим методами) отмечалось в анамнезе у большей доли пациенток в каждой из клинических групп без статистических различий ($\chi^2=0,038$, $p>0,05$). На втором месте по частоте встре-

чаемости было наличие в анамнезе неразвивающейся беременности ($\chi^2=0,072$, $p>0,05$). Анамнестические данные о самопроизвольном прерывании предыдущей беременности в обеих группах были сопоставимыми ($\chi^2=0,014$, $p>0,05$) (Таблица 6).

У всех пациенток в анамнезе были различные гинекологические заболевания, при этом их сочетание с достоверно большей частотой отмечали среди женщин, переживших акушерские кровотечения в сочетании с утратой репродуктивного органа ($\chi^2=12,042$ $p<0,01$) (Таблица 7). Наличие данного фактора повышало риск гистерэктомии в 2 раза (OR=2,012 [1,35-3,00], $p<0,05$).

Таблица 7 - Структура гинекологических заболеваний в анамнезе пациенток исследуемых групп, абс (%)

	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
Хронический аднексит	2 (5,1)	[1,4-11,6]	16 (35,6)*	[0,8-11,3]
Хронический эндометрит	2 (5,1)	[1,4-11,6]	11 (24,4)*	[13,4-41,2]
ИППП	3 (7,7)	[6,5-18,3]	4 (8,9)	[4,3-21,2]
Бактериальный вагиноз	10 (25,6)	[16,8-48,3]	11 (25,9)	[13,4-41,2]
Нарушения менструального цикла	6 (15,4)	[8,5-28,3]	7 (14,8)	[6,3-29,1]
Миома матки	4 (10,3)	[6,5-18,3]	5 (11,1)	[4,3-21,2]
Эндометриоз	1 (2,6)		3 (6,7)	[2,1-19,2]
Заболевания шейки матки (эктопия цилиндрического эпителия, LSIL)	4 (10,3)	[6,5-18,3]	5 (11,1)	[4,3-21,2]
Кисты яичников	2 (5,1)	[1,4-11,6]	2 (4,4)	[0,8-11,3]
Сочетание заболеваний	12 (20,5)	[9,8-38,3]	26 (57,8)**	[17,6-61,2]

Примечание ($p<0,05$)*, ($p<0,01$)** - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с I группой.

Преобладающими в структуре болезней генитального тракта пациенток были заболевания не инфекционного характера ($\chi^2=1,054$, $p>0,05$). Данный фактор риска не имел статистически значимого влияния на исход родов в отношении гистерэктомии $OR=1,165$ [0,73-1,86], $p>0,05$).

В частности, в обеих группах с сопоставимой частотой выявляли анамнестические сведения о бактериальном вагинозе ($\chi^2=0,016$, $p>0,05$) и нарушениях менструального цикла ($\chi^2=0,011$, $p>0,05$). Не было также существенных межгрупповых отличий и в частоте встречаемости миомы матки ($\chi^2=0,001$, $p>0,05$), плоскоклеточных цервикальных поражений низкой степени (LSIL) и эктопии цилиндрического эпителия шейки матки ($\chi^2=0,001$, $p>0,05$) (Таблица 7). При сравнительном анализе перенесенных инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний были установлены статистические различия по частоте данного фактора риска в группах с различными исходами акушерских кровотечений – гистерэктомией и сохранением репродуктивного органа ($\chi^2=8,867$, $p<0,01$). В частности, риск утраты репродуктивного органа при акушерских кровотечениях у пациенток, перенесших инфекционно-воспалительные заболевания гениталий был выше в 2,7 раза ($OR=2,68$ [1,668-4,256], $p<0,05$).

Данные медицинской документации о хирургических вмешательствах в анамнезе женщин с различными исходами акушерских кровотечений приведены в Таблице 8. Частота сочетания гинекологических оперативных вмешательств была статистически выше у больных, перенесших гистерэктомию по причине акушерских кровотечений ($\chi^2=9,037$, $p<0,01$). Данный фактор повышал риск утраты репродуктивного органа при развившихся кровотечениях в 2 раза $OR=1,938$ [1,200-3,130], $p<0,05$).

Исследование архивной медицинской документации показало наличие сопутствующей соматической патологии практически у половины пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения – у 40 из 84-х женщин (47,6%) (Таблица 9). Достоверных отличий в частоте экстрагенитальных за-

болеваний в группах с различными исходами акушерских кровотечений выявлено не было ($\chi^2=3,24$, $p>0,05$).

Таблица 8 - Структура перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза пациенток исследуемых групп, абс (%)

	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
Консервативная миомэктомия	0	0	4 (8,9)	[2,1-19,2]
Резекция яичников	5 (12,8)	[6,5-18,3]	5 (11,1)	[2,1-19,2]
Коагуляция очагов эндометриоза	0	0	2 (4,4)	[0,8-11,3]
Сальпингопластика, вапоризация яичников	5 (12,8)	[6,5-18,3]	5 (11,1)	[2,1-19,2]
Тубэктомия	1 (2,6)	0	3 (6,7)	[0,8-11,3]
Деструкция доброкачественных поражений шейки матки	7 (17,9)	[8,5-28,3]	7 (15,5)	[4,3-21,2]
Сочетание оперативных вмешательств	15 (28,2)	[16,8-48,3]	32(57,8)*	[29,4-52,1]

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

Таблица 9 - Сопутствующие соматические заболевания у пациенток исследуемых групп, абс (%)

	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
Сопутствующие экстрагенитальные заболевания	13 (59,0)	[37,4-69,3]	27 (37,0)	[39,1-52,1]
Сочетание заболеваний 2-х и более систем	3 (23,1)	[10,2-39,4]	18 (85,7)**	[61,1-94,2]

Примечание ($p<0,01$)** - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с I группой.

Женщины I и II групп с сопоставимой частотой отмечали патологию одной из систем: сердечно-сосудистой (соответственно 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 (23,1 и 23,8%, $\chi^2=0,227$, $p>0,05$), органов желудочно-кишечного тракта (30,8% и 23,8%, $\chi^2=0,011$, $p>0,05$). Статистические отличия между группами с сохраненной репродуктивной функцией и подвергшихся гистерэктомии в связи с акушерскими кровотечениями были получены в частоте хронических болезней одновременно нескольких экстрагенитальных систем ($\chi^2=13,340$, $p<0,01$). Данный фактор статистически значимо повышал риск утраты репродуктивной функции (OR=3,714 [1,356-10,175], $p<0,05$).

Совокупность анамнестических данных (социально-биологических, акушерско-гинекологических и экстрагенитальных заболеваний матери) формировала степень акушерского и перинатального риска у пациенток исследуемых групп (Таблица 10).

Таблица 10 – Средние значения факторов и баллов перинатального риска у пациенток исследуемых групп, $M \pm m$

Анамнестические факторы и баллы перинатального риска	Клинические группы	
	I группа n=39	II группа n=45
Среднее число на 1 пациентку	1,84±0,01	3,07±0,03*
Среднее число баллов на 1 пациентку	4,95±0,13	7,11±0,18*

Примечание ($p<0,05$)* - достоверность отличий по одноименному признаку в I группе.

Пациентки обеих исследуемых групп по совокупности анамнестических факторов соответствовали «низкой» степени перинатального риска (таблица 10). При этом, среднее число факторов и баллов риска на одну пациентку было достоверно выше во II группе женщин (перенесших гистерэктомию) ($p<0,05$).

Наименьший срок беременности, в котором женщины становились на учет в женскую консультацию был в I группе (с сохраненной репродуктивной функцией) - $9,73 \pm 0,31$ недель, в то время как у женщин, подвергшихся в результате акушерских кровотечений гистерэктомии, эти сроки были достоверно более поздними - $15,03 \pm 0,82$, $p < 0,05$. Данный фактор риска статистически чаще встречался в группах пациенток, перенесших гистерэктомию (ОШ=7,975 [3,00-21,17], $p < 0,05$), однако риск утраты генеративного органа при акушерских кровотечениях достоверно не повышал (ОР=1,63 [0,74-3,69], $p > 0,05$).

У женщин, перенесших гистерэктомию в результате акушерских кровотечений (II группа), рецидивирующие угроза прерывания беременности (66,7%) и нарушения влагалищной микробиоты (68,9%) достоверно чаще встречались по сравнению с I группой (соответственно 41,0% и 28,2%; $\chi^2=5,371$, $p < 0,05$; $\chi^2=12,907$, $p < 0,01$). Данные факторы достоверно увеличивали риск гистерэктомии (ОР=1,716[1,237-1,504], $p < 0,05$). Обострения хронических ЭГЗ и гемодинамические нарушения в системе маточно-плацентарного комплекса значимо чаще отягощали течение беременности пациенток с потерей репродуктивной функции в результате акушерских кровотечений: соответственно 88,9% против 69,2% $\chi^2=8,019$, $p < 0,01$ и 66,7% против 41,0%, $\chi^2=5,545$, $p < 0,01$. Как и предыдущие факторы они достоверно повышали риск утраты репродуктивного органа (ОР=2,50[1,943-6,625], $p < 0,05$).

Вследствие увеличения количества факторов перинатального риска в течение беременности распределение женщин исследуемых групп по степеням риска изменилось (Рисунок 5). Прирост антенатальных факторов риска определил перераспределение беременных из категорий «низкого» и «среднего» в группу «высокого» пренатального риска, который достоверно чаще встречался среди исследуемых, утративших матку в результате массивных акушерских кровотечений ($\chi^2=5,641$, $p < 0,05$). К завершению антенатального периода 71,8% пациенток I группы «перешли» в категорию «среднего» риска

, а 62,2% женщин II группы (перенесших в последующем гистерэктомию) - в категорию «высокого» риска. Переход в течение беременности в группу «высокого» перинатального риска повышал риск утраты репродуктивного органа при акушерских кровотечениях более чем в 2 раза (OR=2,073 [1,39-3,08]), $p < 0,05$).

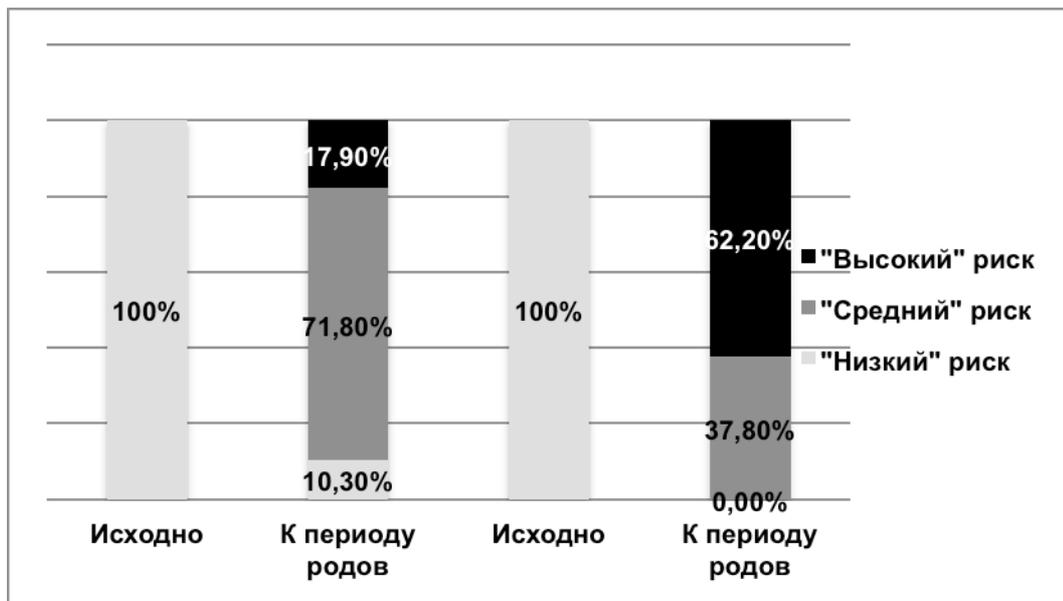


Рисунок 5 – Распределение пациенток исследуемых групп по степеням перинатального риска в течение беременности, %

Сроки родоразрешения в исследуемых группах не имели статистических отличий. Частота доношенной беременности и преждевременных родов в сроках гестации от 34-х до 36-ти недель и 6 дней была сопоставимой ($\chi^2=0,025$, $p > 0,05$) (Таблица 11).

Родовозбуждение при незрелых родовых путях (применение амниотомии) и индукция родов были характерной тактикой в обеих исследуемых группах женщин, переживших акушерские кровотечения ($\chi^2 = 0,420$, $p > 0,05$). Данные факторы значимо не повышали риск гистерэктомии (OR=0,858 [0,530-1,389], $p > 0,05$).

Родами через естественные родовые пути беременность завершилась для наименьшей доли рожениц в обеих группах (Таблица 12).

Таблица 11 - Сроки родоразрешения у пациенток исследуемых групп, абс (%)

	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	абс (%)	95% ДИ	абс (%)	95% ДИ
Преждевременные роды (34-36 недель 6 дней)	11 (28,2)	[28,1-69,2]	12 (26,7)	[6,3-29,1]
Доношенная беременность	28 (71,8)	[48,2-74,4]	33 (73,3)	[73,4-91,2]

Частота КС достоверно не отличалась у пациенток с сохраненной маткой (I группа) или перенесших гистерэктомию (II группа) ($\chi^2=0,420$, $p>0,05$).

Таблица 12 - Способы родоразрешения у пациенток исследуемых групп, абс (%)

	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 кесарево сечение	15 (51,7)	[11,3-41,1]	4 (11,8)	[9,4-38,1]
Экстренное кесарево сечение	14 (48,3)	[51,2-91,1]	30* (88,2)	[62,4-88,1]

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

Основными показаниями к плановому КС были перенесенные оперативные вмешательства на матке, крупный плод и узкий таз, тазовое предлежание крупного плода при разгибании головки и предлежании плаценты.

Частота экстренных кесаревых сечений в группе пациенток, перенесших гистерэктомию была статистически более высокой ($\chi^2=4,232$, $p<0,05$).

Данный способ родоразрешения достоверно повышал риск гистерэктомии при развившихся кровотечениях (OR=3,239 [1,325-7,917], $p<0,05$).

Материнские и плодовые факторы, которые определили интранатальный пересмотр тактики ведения родов представлены в Таблице 13. В группе пациенток, утративших в последующем репродуктивный орган в результате акушерского кровотечения достоверно чаще по сравнению I группой отмечали развитие аномалий родовых сил ($\chi^2=9,09$, $p<0,05$). Данное осложнение повышало риск гистерэктомии при развившихся акушерских кровотечениях в 2 раза (OR=1,892 [1,208-2,963], $p<0,05$). Достоверно более высоким во II группе по сравнению с I было сочетание факторов интранатального риска ($\chi^2=8,33$, $p<0,05$), что также повышало шансы удаления матки в 2 раза (OR=2,069 [1,089-3,930], $p<0,05$).

Таблица 13 - Показания к экстренному родоразрешению у пациенток исследуемых групп, абс (%)

Показания	Клинические группы			
	I группа n=14		II группа n=30	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
Преэклампсия	2(14,3)	[8,1-34,3]	4 (13,3)	[4,3-33,2]
Острый интранатальный дистресс плода	4(28,6)	[9,2-32,4]	10(33,3)	[22,1-68,4]
Преждевременная отслойка плаценты	5(35,7)	[24,2-63,6]	4(13,3)	[4,3-33,2]
Дородовое излитие вод при отсутствии родовой деятельности в течение 6 часов	2(14,3)	[5,2-29,2]	13(46,7)	[24,3-73,7]
Аномалии родовой деятельности	2(14,3)	[5,2-29,2]	19(63,3)**	[42,1-82,2]
Патологический прелеминарный период	6(42,9)	[27,5-68,4]	13(46,7)	[24,3-73,7]
Мекониальная окраска околоплодных вод	3(21,4)	[9,4-58,2]	11(36,7)	[20,2-78,7]
Сочетание показаний	5(35,7)	[24,2-63,6]	24(80,0) *	[72,2-99,8]

Примечание ($p<0,01$)** , ($p<0,05$)* - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с I группой.

По данным многочисленных исследований В.Е. Радзинского и соавторов (2014; 2017) в основе многих родов, имевших неблагоприятные исходы для матери и плода, лежит недооценка интранатальных факторов риска, среди которых наиболее значимыми являются: патологический прелиминарный период, мекониальные воды, аномалии родовой деятельности и др [63;64]. Динамический рост баллов во время родов при развитии данных осложнений формирует необходимость пересчета **суммы** баллов риска для своевременного пересмотра акушерской тактики и принятия клинических решений. По данным И.Н. Костина (2010) интегральным параметром, определяющим изменение плана ведения родов, является показатель интранатального прироста (ИП) баллов риска [31]. При этом, важную роль играют его пороговые значения для групп женщин различного перинатального риска. В группе «среднего» риска допустимым уровнем ИП считают 60% от исходного, а в группе «высокого» риска в два раза ниже - 30%. Превышение этих значений ведет к резкому ухудшению исходов родов как для матери, так и для плода [32].

Расчет интранатального прироста факторов перинатального риска показал превышение допустимых значений для пациенток «среднего» и «высокого» риска в обеих группах (Рисунок 6).



Рисунок 6 - Интранатальный прирост баллов перинатального риска у пациенток исследуемых групп, %

Однако, во II группе женщин данный показатель отмечался достоверно чаще чем в I группе (с сохраненной маткой) ($\chi^2=53,009$, $p<0,01$). Так, в I группе прирост интранатальных факторов, превышающий допустимые значения для «среднего» риска не был своевременно выявлен клиницистами у 5-ти из 28-ми пациенток (17,9%), а во II группе - у 15-ти из 17-ти женщин (82,1%) ($\chi^2=21,219$, $p<0,01$). В I группе таковой превысил допустимые значения у одной из 7-ми женщин «высокого» риска (14,3%), а во II группе у 18-ти из 28-ми (64,3%) $\chi^2=5,641$, $p<0,05$.

Превышение допустимых значений ИП определяли пересмотр акушерской тактики, сроки которого достоверно отличались в исследуемых группах. Во II группе таковые были вдвое больше чем в I группе (соответственно $22,7\pm 3,02$ мин против $12,4\pm 1,2$ мин, $p<0,05$). Не своевременная оценка пороговых значений прироста интранатальных факторов и отсроченное изменение плана ведения родов повышала риск гистерэктомии в 2,1 раза (OR=2,12 [1,151-13,06], $p<0,05$).

Резюме.

Таким образом, у пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения, сопровождавшиеся различными исходами в отношении сохранения или утраты репродуктивного органа, такие параметры как возраст, семейное положение, профессиональная деятельность, паритет беременности и родов, частота медицинских и самопроизвольных аборт, неразвивающихся беременностей были сопоставимы.

Преградивными факторами, совокупность которых достоверно повышала риск гистерэктомии при акушерских кровотечениях являлись: неоднократные оперативные гинекологические вмешательства (OR=1,938 [1,200-3,130], $p<0,05$), сочетание гинекологических заболеваний (OR=2,012 [1,35-3,00], $p<0,05$), соматический анамнез, отягощенный хроническими болезнями одновременно нескольких экстрагенитальных систем (OR=3,714 [1,356-10,175], $p<0,05$).

Ретроспективное исследование медицинской документации позволило выявить ряд антенатальных факторов, повышающих риск гистерэктомии при развитии акушерских кровотечений: угроза прерывания беременности в 1,7 раза (OR=1,652 [1,057-2,583], $p<0,05$), рецидивирующие нарушения влагалищной микробиоты – в 2,2 раза (OR=2,214 [1,392-3,522], $p<0,05$), неоднократные обострения ЭГЗ в течение беременности - в 2,5 раза (OR=2,50[1,943-6,625], $p<0,05$), перераспределение беременных из категорий «низкого» и «среднего» в группу «высокого» перинатального риска - в 2 раза (OR=2,073 [1,39-3,08]), $p<0,05$).

Среди факторов, достоверно чаще осложнявших течение родов у женщин, перенесших в последующем гистерэктомию отмечали развитие аномалий родовой деятельности ($\chi^2=9,09$, $p<0,05$). В этой же группе достоверно чаще чем в I группе ($\chi^2=8,33$, $p<0,05$) было выявлено сочетание различных интранатальных осложнений (соответственно у 80,0% и у 35,7%) пациенток. Данные факторы повышали риск потери репродуктивного органа при развитии массивной кровопотери в 2 раза (соответственно: OR=1,892 [1,208-2,963], $p<0,05$ и OR=2,069 [1,089-3,930], $p<0,05$).

2.3 Структура, объем акушерских кровотечений и примененные методы гемостаза у пациенток исследуемых групп

В структуре акушерских кровотечений у пациенток обеих групп наибольшую долю составляли гипо- и атонические, которые в целом возникли у 62-х женщин (73,8%). При этом у 49-ти пациенток (79,0%) развитие данного вида маточных кровотечений отмечено после оперативного родоразрешения (интраоперационно и/или в раннем послеродовом периоде). Второе место в структуре критических состояний занимали кровотечения, связанные с патологией прикрепления плаценты. Они явились осложнением при оперативном родоразрешении 13-ти рожениц и составили 15,5%. Количество кровотечений, связанных с ПОНРП было наименьшим, таковые возникли у 9-ти женщин (10,7%) (Таблица 14).

Таблица 14 - Структура акушерских кровотечений у пациенток исследуемых групп, абс (%)

Формы акушерских кровотечений	Клинические группы			
	I группа n=39		II группа n=45	
	Абс (%)	95% ДИ	Абс (%)	95% ДИ
ПОНРП	5 (12,8)	[6,5-18,3]	4 (8,9)	[0,8-11,3]
Гипо-, атоническое кровотечение	27(79,4)*	[57,1-96,4]	35 (85,4)*	[70,4-99,2]
Кровотечение в связи с плотным прикреплением плаценты	7 (20,6)	[12,2-28,3]	6 (14,6)	[7,4-28,1]

Примечание ($p < 0,05$)* - достоверность отличий по сравнению с другими нозологическими формами кровотечений.

Объем кровопотери у всех женщин соответствовал массивным акушерским кровотечениям, и был равным или превышал 30% ОЦК. Медиана кровопотери составляла в I группе 1750 мл (25 квартиль 1600 мл; 75 квартиль 1900 мл), во II – 2400 мл (25 квартиль 2650 мл; 75 квартиль 2800 мл). Различия между группами по данному параметру были достоверны ($p < 0,01$).

Родоразрешение через естественные родовые пути осложнилось гипо- и атоническими маточными кровотечениями у большей половины пациенток (61,9%) (у 13-ти из 21 женщины), связанными с плотным прикреплением плаценты у 8-ми женщин (38,1%). При оперативном родоразрешении 63-х беременных гипо- и атонические кровотечения также преобладали и развились у 49-ти рожениц (77,8%). У 9-ти женщин (14,3%) кровотечения были обусловлены ПОНРП и у 5-ти (7,9%) патологией прикрепления плаценты ($\chi^2=1,225$, $p > 0,05$). Плановое КС, выполненное 19-ти из 63-х родильниц (30,2%) осложнилось гипо- и атоническими кровотечениями у 14-ти пациенток (73,7%), а у 5-ти (26,3%) - кровотечениями, связанными с плотным прикреплением плаценты. В структуре кровотечений, развившихся при экстренном абдоминальном родоразрешении (44 женщины, 69,8%) гипо- и атонические также лидировали и встречались у 35-ти пациенток (79,5%). ПОНРП

была причиной массивной кровопотери у 9-ти женщин (23,1%). Статистически значимых отличий в частоте различных видов акушерских кровотечений между I и II группами выявлено не было: доли гипо- и атонических кровотечений, связанных с ПОНРП и её плотным прикреплением были сопоставимыми (соответствен $\chi^2=0,809$, $p>0,05$, $\chi^2=0,338$, $p>0,05$ и $\chi^2=0,350$, $p>0,05$). Достоверного влияния на риск утраты репродуктивного органа анализируемые нозологические формы кровотечений не оказывали (гипо- и атонические - $OR=1,242$ [0,748-2,063], связанные с ПОНРП - $OR=0,813$ [0,381-1,737] и плотным прикреплением плаценты - $OR=0,840$ [0,450-1,568], $p>0,05$).

Суммарная оценка применения методов гемостаза при развившихся акушерских кровотечениях в исследуемых группах показала следующее. Исходный объем кровопотери при родах через естественные родовые пути у женщин I и II групп достоверно не отличался и составлял соответственно 21,4% и 20,10% ОЦК ($p>0,05$). Однако за период проведения консервативных гемостатических мероприятий объем кровопотери у пациенток II группы двукратно превысил таковой в I группе (соответственно 15,3% и 7,2% ОЦК, $p<0,05$) и обусловил переход к органосохраняющим методам хирургического гемостаза во II группе при достоверно более высоком уровне (35,4% ОЦК против 28,6% ОЦК в I группе, $p<0,05$). При сопоставимом приросте кровопотери в ходе выполнения хирургических органосохраняющих методов остановки кровотечения в обеих группах (соответственно 4,7% и 5,9% ОЦК) общий объем кровопотери во II группе был достоверно выше чем в I группе (соответственно 41,3% и 33,3% ОЦК, $p<0,05$). В целом это увеличило риск последующей гистерэктомии в 2,9 раза ($OR=2,933$, [1,065-8,083], $p<0,05$).

В ходе планового КС в I и II группах исходный объем кровопотери был сопоставимым (соответственно 20,1% и 23,2% ОЦК, $p>0,05$). Различная продолжительность проведения консервативных методов гемостаза определила значимо более высокий объем дополнительной кровопотери во II группе чем в I группе (соответственно 14,4% и 6,1% ОЦК, $p<0,05$). В результате при переходе к хирургическому гемостазу в группе женщин, перенесших в послед-

ствие гистерэктомии объем кровопотери составил 37,6% ОЦК, а в I группе – достоверно ниже (26,2%, $p < 0,05$). Общий объем кровопотери во II группе достоверно превышал таковой в I группе (соответственно 44,5% ОЦК и 31,4% ОЦК, $p < 0,05$) и увеличивал риск гистерэктомии в 3,4 раза ($OR=3,442$, [2,071-7,263], $p < 0,05$).

При развитии массивных кровотечений в ходе экстренного КС, которые составляли наибольшую долю (61,9%) в исследуемых группах отмечена та же закономерность. У пациенток с сохраненной маткой (I группа) кровопотеря на момент завершения консервативных методов остановки кровотечения (30,9% ОЦК), а также её общий объем (36,4% ОЦК) были достоверно ниже по сравнению с таковыми у родильниц II группы (соответственно 42,2% и 48,4% ОЦК, $p < 0,05$). При данном способе родоразрешения это увеличило риск потери репродуктивного органа в 4,8 раза ($OR=4,823$, [3,102-6,344], $p < 0,05$).

Радикальный метод гемостаза – экстирпация матки в связи отсутствием эффекта от альтернативных методов остановки кровотечения был применен у 18-ти из 45-ти (40,0% [26,2-51,4]) пациенток II группы в ЛПУ, в котором было осуществлено родоразрешение. Гистерэктомия в специализированном учреждении после перегоспитализации произведена достоверно большему числу родильниц – 27-ми из 45-ти – 60,0% [41,2–81,4], ($\chi^2=16,044$, $p < 0,01$).

В исследуемых группах не было значимых отличий по общему числу примененных методов хирургического гемостаза. В группе с сохраненным репродуктивным органом перевязка маточных, яичниковых артерий и наложение компрессионных гемостатических швов на матку выполнены 32-м из 39-ти женщин (82,1%) [78,1-92,3]. У рожениц с последующей гистерэктомией 42-м из 45-ти (93,3%) женщин [78,0-99,8], ($\chi^2=2,536$, $p > 0,05$).

Проведение органосберегающих технологий при развившихся акушерских кровотечениях во II группе было достоверно более продолжительным чем в I группе, как при естественных родах ($\chi^2=11,273$, $p < 0,05$), так и после КС ($\chi^2=2,714$, $p < 0,05$). «Затянутые» сроки проведения консервативных мани-

пуляций и отсроченный переход к хирургическим методам остановки кровотечения увеличивали риск последующей гистерэктомии у пациенток II группы в 6,2 раза ($OR=6,241$, $[4,211-7,104]$, $p<0,05$).

2.4 Анализ лечебно-организационных мероприятий при акушерских кровотечениях у пациенток исследуемых групп

Проведенный анализ лечебно-организационных мероприятий при борьбе с акушерскими кровотечениями, показал следующее. Родоразрешение и оказание неотложной медицинской помощи при акушерских кровотечениях пациенткам I и II групп осуществлялось в различных учреждениях родовспоможения Ростовской области II уровня.

Перегоспитализация в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) многопрофильных медицинских стационаров г. Ростова-на-Дону потребовалась 40 женщинам (88,9%) II группы (27-ми после органосохраняющих методов гемостаза и 13-ти после гистерэктомии) и 15-ти пациенткам (38,5%) I группы ($\chi^2=23,503$, $p<0,05$). При достоверно более высокой частоте перегоспитализаций во II группе, все роженицы данной группы, переведенные из ЛПУ в многопрофильные стационары с сохраненной маткой в последующем все же лишились репродуктивного органа в результате развития септических осложнений, прогрессирования СПОН, поздних послеродовых кровотечений (в среднем на $5,52\pm 0,64$ сутки после родоразрешения). Полученные результаты определяли необходимость оценки влияния сроков перегоспитализации, динамики лабораторных показателей, числа поврежденных систем жизнеобеспечения и инволюции матки после родоразрешения на риск гистерэктомии.

Перевод больных в течение первых двух суток после родоразрешения осуществлялся с равной частотой - в I группе (75,0% $[63,1-85,3]$) и 70,4% $[57,4-82,6]$ во II группе – ($\chi^2=0,088$, $p>0,05$). Оказалось, что сроки перегоспитализации пациенток в данном случае не оказывали влияния на риск проведения гистерэктомии ($OR=1,072$ $[0,688-1,669]$, $p>0,05$).

У всех пациенток I и II группы при поступлении в ОРИТ отмечалась постгеморрагическая анемия, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных нейтрофилов. При этом значения данных параметров во II группе достоверно отличались от таковых в I группе женщин. Биохимические параметры крови демонстрировали гипопроотеинемию, гипоальбуминемию, гипергликемию, повышение уровней билирубина и мочевины, которые также были более выраженными в группе пациенток перенесших в последующем гистерэктомию (II группа). Проявления синдрома ДВС в виде коагулопатии и гипокоагуляции были характерны для пациенток обеих групп, однако более значимые изменения в уровне тромбоцитов, фибриногена также наблюдались у больных II группы (Таблица 15).

Таблица 15 - Динамика лабораторных параметров пациенток исследуемых групп в ходе лечения в ОРИТ многопрофильных стационаров

Параметры гомеостаза	I группа		II группа	
	при поступлении в ОРИТ	на 4-е сутки	при поступлении в ОРИТ	на 4-е сутки
Гемоглобин, г/л	97,31±4,12	104,3±5,71	78,2±5,21*	85,4±4,31
П/я нейтрофилы, %	12,02±0,63	3,14±0,41 ^{&}	14,3±0,32*	19,1±0,81 ^{&}
Мочевина, ммоль/л	9,31±1,21	7,22±1,11	15,24±2,41*	17,52±1,12
Билирубин (общ), ммоль/л	13,24±2,34	11,21±1,14	19,32±1,21*	19,13±2,33
Глюкоза крови, ммоль/л	6,24±0,13	5,81±0,41	9,12±0,32*	9,61±0,43
Тромбоциты, $\times 10^9$ /л	153,1±5,12	214,3±7,32 ^{&}	106,2±4,03*	96,4±3,14 ^{&}
Фибриноген, г/л	5,42±0,12	4,12±0,10 ^{&}	6,04±0,21	5,83±0,08
ПТИ, %	83,2±3,11	97,4±2,03 ^{&}	87,4±1,62	84,5±1,82

Примечание (p<0,05)* - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с I группой, (p<0,05)[&] - достоверность отличий в динамике лечения.

При проведении посиндромной интенсивной терапии в ОРИТ многопрофильных стационаров динамика лабораторных параметров у пациенток

исследуемых групп была различной. Во II группе больных изменения показателей свидетельствовали о прогрессировании синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и СПОН. У этих же пациенток замедление темпов инволюции послеродовой матки, сопровождалось нарушением сократительной способности миометрия, замедлением оттока лохий, развитием эндометрита, поздних послеродовых кровотечений. Среди анализируемых параметров прогностически значимыми в отношении гистерэктомии были: прогрессивное снижение уровня тромбоцитов (OR=3,24 [1,01-8,43] $p<0,01$), рост палочкоядерных нейтрофилов (OR=2,214 [1,392-6,522], $p<0,05$) и субинволюция матки, эндометрит (OR=4,938 [1,20-11,13], $p<0,05$).

Сравнительная оценка числа поврежденных систем жизнеобеспечения у исследуемых пациенток при акушерских кровотечениях представлена в Таблице 16.

Таблица 16 - Поврежденные системы жизнеобеспечения при акушерских кровотечениях у пациенток исследуемых групп, %

Дисфункции систем жизнеобеспечения	I группа	II группа	χ^2 , p
	% 95% ДИ	% 95% ДИ	[95%ДИ]
Сердечно-сосудистая (тяжелая гипоперфузия (лактат крови > 5), ацидоз (pH < 7.1))	17,9 [15,2–20,3]	100,0 [98,0–100,0]	37,14, <0,01
Дыхательная (интубация и вентиляция, не связанные с анестезией; гипоксемия (сатурация < 90% в течение более 60 минут индекс оксигенации (PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg))	61,5 [53,4–70,6]	100,0 [98,0–100,0]	17,79, <0,01
Мочевыделительная (олигурия, не отвечающая на введение жидкости и диуретики; тяжелая острая азотемия креатинин > 300 мкмоль/л)	-	71,11 [61,2–81,4]	44,80, <0,01
Гемостаз (массивная трансфузия крови или эритроцитов (≥ 5 единиц))	17,9 [15,2–20,3]	82,20 [71,2–98,4]	34,60 <0,01
Гепатобилиарная (гипербилирубинемия (билирубинемия > 100 мкмоль/л или > 6,0 мг/дл))	7,72 [4,4–25,3]	62,21 [55,3–68,7]	21,38, <0,01
Более 3-х вовлеченных систем жизнеобеспечения в СПОН	12,81 [6,3–18,2]	88,9 [79,6–94,7]	48,61, <0,01

Острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность развилась у 100% женщин II группы [98,0-100,0], дисфункция системы гемостаза, как

составляющая СПОН, отмечена в 83,3% [71,2-98,4]) случаев. Массивная кровопотеря осложнилась ОПН у большей половины больных (71,1% [51,2–91,4]). У каждой третьей роженицы (33,3% [24,2–41,3]) геморрагический шок обусловил развитие нарушений центральной нервной системы. В группе пациенток с сохранением генеративного органа (в I группе) ни в одном случае не отмечено развития ОПН, требовавшей включения экстракорпоральных методов детоксикации.

Проведенный анализ ранговой корреляции Спирмена выявил взаимосвязь длительности анурической стадии ОПН от объема кровопотери на различных этапах гемостаза (Рисунок 7, Рисунок 8). При этом, наиболее «сильной» зависимость была между «исходным» и общим объемом кровопотери (соответственно $r=0,693227$, $p=0,000011$ и $r=0,620370$, $p=0,000152$).

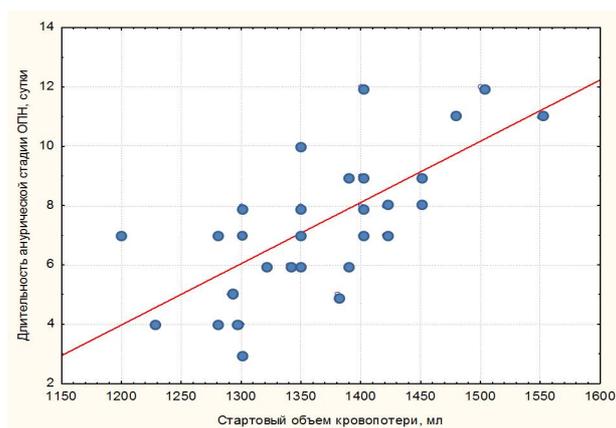


Рисунок 7 - Зависимость длительности анурической стадии ОПН от «исходного» объема кровопотери у пациенток, перенесших гистерэктомию

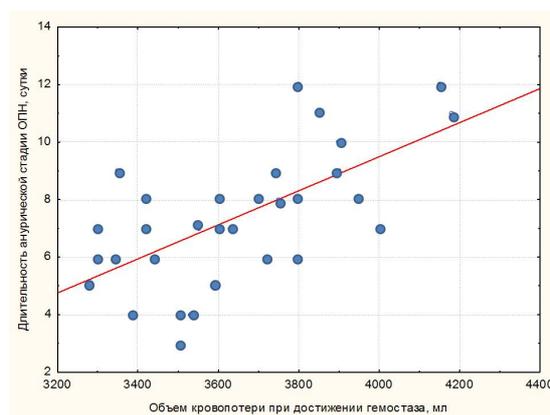


Рисунок 8 - Зависимость длительности анурической стадии ОПН от общего объема кровопотери у пациенток, перенесших гистерэктомию

Различия в частоте дисфункции других систем жизнеобеспечения между группами также были статистически значимыми (Таблица 16). В целом, в группе пациенток, перенесших гистерэктомию массивные акушерские кровотечения способствовали вовлечению в СПОН достоверно большего числа систем жизнеобеспечения ($p<0,05$), по сравнению с пациентками I группы ($3,41\pm 0,07$ – во II группе и $2,33\pm 0,07$ в I группе), ОШ=14,63[4,89-43,76,

$p < 0,01$). Количество «поврежденных» систем организма более трех повышало риск гистерэктомии в 7 раз ($OR=6,93 [3,04-15,82]$ $p < 0,01$).

Продолжительность пребывания пациенток в условиях ОРИТ была различной: для рожениц I группы данный период в среднем составлял $4,2 \pm 0,61$ суток, а для пациенток II группы достоверно дольше – $9,1 \pm 1,3$ суток ($p < 0,05$). После стойкого восстановления гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекции метаболических нарушений и стабилизации жизненно важных функций все пациентки были переведены в гинекологические и профильные отделения в соответствии с показаниями. Общая продолжительность стационарной помощи в учреждениях родовспоможения, ОРИТ и в профильных отделениях также статистически отличалась. У пациенток с сохраненным репродуктивным органом период лечения до выписки в среднем составлял $18,2 \pm 2,1$ суток, а во II группе – $26,1 \pm 1,6$ суток ($p < 0,05$). В выписных эпикризах исследуемых пациенток содержались рекомендации о постановке на учет в ЖК по месту жительства.

2.5 Структура перинатальных потерь у пациенток исследуемых групп

В наблюдаемой когорте роды с благоприятным исходом для плода в I группе произошли у 20-ти женщин (51,3%); во II – у 27-ми (60,0%). Суммарно в структуре перинатальных потерь в обеих группах абсолютное большинство было представлено интранатальной гибелью плода (у 28-ми пациенток – 75,7%, $[61,2-88,6]$, $p < 0,05$). В 9-ти случаях (24,3% $[15,4-45,2]$) неблагоприятные исходы для плода произошли в сроки до 7 дней (ранняя неонатальная гибель) и до одного месяца (неонатальная).

Интранатальные потери отмечены у 15-ти из 20-ти (75,0% $[64,2-87,1]$) рожениц с доношенной беременностью и у 13-ти из 23-х (56,5%) с преждевременными родами. Ранняя неонатальная и неонатальная гибель произошла у 5-ти из 20-ти доношенных (25,0% $[16,1-31,3]$) и у 4-х из 17-ти недоношенных новорожденных (23,5% $[14,2-36,1]$, $p > 0,05$). Основной причиной интра-

натальной гибели плодов была декомпенсированная хроническая плацентарная недостаточность с нарушением кровотока в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном звеньях (у 21 из 28-ми женщин – 75,0% [62,4-83,1]). Асфиксия плода на фоне нарушения маточно-плацентарного кровообращения при ПОНРП развилась у двух из 28-ми рожениц – 7,1% [3,2-16,1] при нарушении плацентарно-плодового (пуповинного) кровообращения в связи с выпадением петли пуповины, а также в двух случаях с патологией пуповины - 7,1% [3,2-16,1]). Аспирация околоплодными водами обусловила интранатальные потери у двух женщин - 7,1% [3,2-16,1], а нарушение анатомо-топографических взаимоотношений плода и родовых путей - у одной роженицы (3,6% [1,2-7,1]). Гибель 9-ти новорожденных (5-ти доношенных и 4-х недоношенных) в неонатальном периоде определялась сочетанием причин: внутриутробной гипоксией, асфиксией в родах, внутрижелудочковыми кровоизлияниями, синдромом дыхательных расстройств, врожденной и неонатальной аспирационной пневмониями.

2.6 Компьютерная программа автоматического расчета риска гистерэктомии у пациенток после массивных акушерских кровотечений

По результатам сравнительного анализа пациенток I и II групп был выявлен ряд факторов, достоверно чаще выявляемых среди родильниц, утративших при массивных акушерских кровотечениях репродуктивный орган.

С помощью применения метода множественной регрессии были отобраны 9 факторов прогноза гистерэктомии у пациенток с прогрессированием СПОН после применения органосохраняющего хирургического гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. Разработана компьютерная программа, позволяющая рассчитать индивидуальный прогностический индекс (ПИ) и по его уровню дифференцировать лечебную тактику в отношении сохранения репродуктивного органа в динамике ведения данных пациенток.

Наличие фактора риска обозначают «1», отсутствие «0». При вели-

чине ПИ менее единицы риск гистерэктомии соответствует «низкому». Возможно дальнейшее консервативное ведение. Значение ПИ больше единицы свидетельствует о высоком риске гистерэктомии. Для определения дальнейшей лечебной тактики целесообразна объективная визуализация матки, брюшной полости и малого таза.

Таблица 17 - Значения коэффициентов регрессии β и коэффициентов факторов риска гистерэктомии у пациенток, переживших массивные акушерские кровотечения

	Факторы риска	ОР	95% ДИ, p	Коэффициент регрессии β	Коэффициент фактора риска
F ₁	Анамнез отягощенный сочетанием заболеваний органов репродуктивной системы	2,012	[1,35-3,00], <0,05	0,057	0,142
F ₂	Неоднократные оперативные вмешательства на матке в анамнезе	1,938	[1,200-3,130], p<0,05	0,653	0,122
F ₃	Сочетание хронических заболеваний экстрагенитальных систем	3,714	[1,356-10,175], p<0,05	0,052	0,086
F ₄	Экстренное оперативное родоразрешение	3,239	[1,325-7,917], p<0,05	0,036	0,042
F ₅	Прогрессирование тромбоцитопении	3,243	[1,01-8,43], p<0,05)	0,064	0,091
F ₆	Рост уровня палочкоядерных нейтрофилов	2,214	[1,392-3,522], <0,05	0,076	0,102
F ₇	Субинволюция матки, эндометрит	4,938	[1,20-11,13], <0,05	0,752	0,141
F ₈	Переход к органосохраняющим методам гемостаза при объеме кровопотери более 31% ОЦК	4,823	[3,102-6,344], <0,05	0,132	0,622
F ₉	Вовлечение в СПОН более трех систем жизнеобеспечения	6,931	[3,04-15,82], <0,01	0,174	0,201

Для проверки статистических гипотез и апробации разработанной компьютерной программы оценки риска гистерэктомии были автоматически рассчитаны цифровые значения персонафицированного 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-положительных» результатов у 84,4% исследуемых пациенток. Среднее значение прогностического коэффициента у данных пациенток соответствовало $1,75 \pm 0,31$. «Ложно-отрицательные» результаты были получены при расчете прогностического индекса у 7-ми из 45-ти женщин (15,6%).

Компьютерная программа автоматического расчета значений прогностического индекса риска гистерэктомии создана на языке JavaScript с использованием библиотеки Twitter Bootstrap 3 (<https://getbootstrap.com/docs/3.3/>). Конфигурация приложения (значения коэффициентов факторов риска) вынесены в отдельный файл data.js. Окно компьютерной программы представлено на рисунке 9.

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 после массивного акушерского кровотечения, а значение F - критерия Фишера, равное 29,1 ($p < 0,001$), указывает на высокую статистическую значимость разработанной формулы прогноза.

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

Клинический пример 1. В., 33 лет, повторнобеременная, поступила в род. блок учреждения родовспоможения II урonya с диагнозом: роды II в срок, I период родов (латентная фаза). ВСД по гипотоническому типу.

Беременность III, желанная (1-я беременность – роды в срок (дочь 3400), 2-я беременность – мед. аборт (б/о). Пациентка состоит на учете в женской консультации с 10 недель беременности. В анамнезе консервативная миомэктомия, удаление кисты левого яичника, сальпингопластика. Страдает хроническим пиелонефритом, язвенной болезнью 12-п кишки (в течение беременности вне обострений).

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 2,0 см. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые околоплодные воды. Диагональная конъюгата 10 см. Кресцовая впадина средней емкости. Экзостозов в малом тазу нет. Диагноз: Роды III в срок, I период (латентная фаза). ОАГА. Определен план ведения родов: через естественные родовые пути с профилактикой кровотечения и гипоксии плода. Схватки через 3 мин. по 30 сек, болезненные. АД 110/70 мм.рт.ст. Шейка матки сглажена, открытие 5,0 см. Предлежит головка плода над первой плоскостью малого таза. Большой родничок у кресца. Малый родничок слева у лона. Стреловидный шов в правом косом размере. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые околоплодные воды. С целью обезболивания введен Sol. Promedoli 2,0 в/м.

На высоте одной из потуг родился ребенок мужского пола массой 3350. По шкале Апгар 7-8 баллов. Через 10 мин самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Введено: окситоцин 10 ЕД + 500,0 физ. р-ра. Матка сократилась, плотная. кровопотеря 200,0 мл. Осмотр в зеркалах: шейка матки – разрыв на 3 и 9 часах I ст., разрыв слизистой влагалища I степени в нижней трети - ушиты кетгутowymi швами. Йод. Метилэргобревин 2,0 в/в.

Через 30 минут матка гипотонична, дно матки на уровне пупка. Из родовых путей одновременно выделилось около 800 мл. жидкой крови со сгустками. В асептических условиях произведен ручной контроль полости матки - стенки матки целы, дряблые,

сокращаются плохо остатков последа в полости матки нет. Проводится инфузия утеротоников. Кровотечение продолжается, общая кровопотеря 1200 мл. Произведена баллонная тампонада матки без значимого эффекта. Общая кровопотеря 1500 мл. АД 90/60 пульс 103, диурез 30 мл в час. Выполнена нижнесрединная лапаротомия, перевязка маточных артерий, круглых маточных связок. Эффекта от гемостаза нет. Наложен гемостатический шов Перейра. Кровотечение остановлено. Суммарная кровопотеря 2000 мл. Роженица переведена в ОРИТ.

Общее состояние тяжелое, обусловленное полиорганной недостаточностью: ОПН в стадии анурии, ОДН III, поражение ЦНС (кома III).

В течение двух суток на фоне проводимой интенсивной комплексной терапии в условиях реанимации состояние больной остается тяжелым, проводится ИВЛ, лабораторные параметры без положительной динамики: ОАК НЬ - 91 г/л, свертываемость $1'-2^{20}$ "; Л- $26,3 \times 10^9$ /л, п/я 20%, Тр - 98×10^9 /л. Отмечается послеродовая субинволюция матки, сонографические и клинические признаки метроэндометрита.

Индивидуальные факторы введены в окно файла компьютерной программы. Получено значение ПИ=0,491 (меньше единицы), соответствующее низкому риску гистерэктомии, возможности для проведения органосохраняющей лечебной тактики.

Проведены 3 санационных лечебно-диагностических гистероскопий, смена режима антибактериальной терапии. На 5-е сутки отмечено разрешение СПОН, стабилизация гемодинамики, положительная динамика лабораторных показателей, купирование эндометрита. Пульс 84 мин. АД 135/80 мм.рт.ст., Т-36,7. По дренажам 70 мл. серозно-геморрагического отделяемого. Диурез 50 мл /час. ОАК: НЬ – 109 г/л, ЭР 3,6, Тр 130×10^9 /л, Л- $9,1 \times 10^9$ /л. п/я 10%. Больная экстубирована. Переведена из палаты интенсивной терапии в гинекологическое отделение для дальнейшего наблюдения, контроля лабораторных показателей и лечения. Швы сняты на 7 сутки – заживление первичным натяжением. При УЗ-контроле на 8-е сутки размеры матки соответствовали суткам послеоперационного периода. Выписана на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии.

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 низкий $0.142 + 0.122 + 0.086 + 0.141 = 0.491 < 1$

Рисунок 10 Окно файла компьютерной программы автоматического расчета риска гистерэктомии у пациентки В., 33 лет. Значение индекса < 1 , риск «низкий».

Клинический пример 2. Пациентка К., 36-ти лет, повторнобеременная, повторнородящая, в сроке 39 недели беременности поступила в акушерское отделение учреждения родовспоможения II уровня с жалобами на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота, иррадирующие в поясницу с вечера, отхождение светлых околоплодных вод.

Акушерский анамнез: беременность II, желанная (I-я беременность – 2008 г роды в сроке 38 недель (дочь 2900). Состоит на учете по беременности в женской консультации с 10 недель. Неоднократно в период до настоящей беременности в связи с воспалительными заболеваниями генитального тракта получала лечение в стационаре. Бесплодие отмечает в течение 3-х лет. ЭГЗ: рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, тонзиллит с двукратными обострениями в период данной беременности. ВСД по гипотоническому типу.

Состояние женщины удовлетворительное, схватки через 7-8 минут по 15-20 секунд. Температура – 36,5⁰, АД 110/70 мм.рт.ст, Ps – 78 в минуту. Головной боли нет. Зрение не нарушено. Живот увеличен за счет беременной матки до 39 недель беременности, при пальпации мягкий, безболезненный. Положение плода продольное, головное. Головка прижата ко входу в таз.

Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1,5 см, мягкая на всем протяжении, открытие до 2,0 см. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые околоплодные воды. Головка над первой плоскостью. Диагональная конъюгата более 11 см. Крестцовая впадина средней емкости. Экзостозов в малом тазу нет.

Диагноз: роды II в сроке 39-ти недель, I период родов. ОАГА. ВСД по гипотоническому типу. Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей. Хронический тонзиллит.

Схватки через 3 мин по 30-40 сек, умеренно болезненные. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь отсутствует, подтекают околоплодные воды.

Диагноз: I период (активная фаза) II родов в сроке 39 недель беременности. Дородовое излитие околоплодных вод. ОАГА. Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, хронический тонзиллит. ВСД по гипотоническому типу.

Потужной период. На высоте одной из потуг родился плод мужского пола, весом 3200 гр. Через 15 мин самостоятельно отделился послед. Плацента и оболочки целы. После одномоментного выделения из полости матки около 300 мл крови со сгустками матка сократилась, плотная. Проводится введение утеротоников. Общая кровопотеря 600,0 мл. Произведен осмотр родовых путей, ушиты разрывы шейки матки I степени, ссадины влагалища.

Через 10 минут состояние родильницы резко ухудшилось, отмечает слабость, головокружение, озноб. Артериальное давление 60/20 мм.рт.ст., Ps - 120 в 1 мин., ЧД - 28 в 1 мин. Матка гипотонична. Развилось массивное кровотечение из половых путей. Общий объем кровопотери 1200,0 мл. Выполнен наружный массаж матки (эффект не достигнут). Произведено выскабливание полости матки. Начата инфузия кристаллоидов (NaCl 0,9% 900 мл) СЗП (400,0 мл), коллоидов (400,0 мл). Матка периодически расслабляется. Кровопотеря 1600 мл. Общее состояние пациентки тяжелое, в сознании, заторможена. SpO₂ 98%. АД 90/60 мм.рт.ст. $t_{\text{тела}} = 37,5^{\circ}\text{C}$. Диурез в течение часа = 20 мл. Сохраняются жалобы на озноб и общую слабость. Кожные покровы бледные, теплые на ощупь. ЧДД 32 в мин. Учитывая неадекватный эффект от консервативных мероприятий по остановке кровотечения решено перейти к проведению хирургических методов гемостаза.

Лапаротомия. При осмотре органов малого таза матка гипотонична, дряблая, бледного цвета, кратковременно реагирует на пальпацию. Общий объем кровопотери составляет 2100 мл. Анализ крови интраоперационно (гемоглобин -49 г/л, эритроциты – $1,4 \times 10^{12}$, свертываемость 4'-6', Ht – 0,24). С целью гемостаза произведена двусторонняя перевязка маточных, яичниковых артерий наложен компрессионный гемостатический шов по Б.Линчу. В течение 7 минут отмечено снижение интенсивности кровотечения из

полости матки, некоторое сокращение её в размерах, появился тонус. Кровотечение остановлено. Брюшная полость послойно восстановлена, дренирована. Пациентка переведена в АРО. В течение 6-ти часов интенсивной посиндромной терапии состояние остается тяжёлым, выраженные явления эндотоксикоза и системной воспалительной реакции (лейкоциты $10,2 \cdot 10^9/\text{л}$, пал/яд- 55%; прокальцитониновый тест >10 , $t_{\text{тела}} = 38,1^\circ\text{C}$), дыхательной недостаточности в виде ОРДС II ст. (SpO_2 82-84% на воздухе и 90% на кислороде 5 л/мин.) на фоне снижения диуреза (30 мл/час). АД 90/60 мм рт.ст., Ps 122 в мин. ЦВД 7 см водн.ст. Матка плотная. Выделения из влагалища умеренные, кровянистые.

Через сутки пребывания в АРО состояние с отрицательной динамикой. В ОАК нарастает лейкоцитоз со сдвигом формулы влево: лейкоцитов $19,1 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов 61%, юных - 4; умеренная токсическая анемия (Hb – 88 г/л), Ht 29%, эритроцитов $3,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, прогрессирует тромбоцитопения (снижение со 110 до $78 \cdot 10^9/\text{л}$), мочевины 8,6 ммоль/л, креатинин 178,2 мкм/л, билирубин – 35,2 мкм/л, декомпенсированный метаболический ацидоз (рН 7,308), pCO_2 25,7 ммHg, pO_2 57,7 ммHg, BE(ect) – 15,1 ммоль/L, гипонатриемия (Na^+ 128,5 ммоль/L), гипокалиемия (K^+ 2,77 ммоль/L), гипокальциемия (Ca^{++} 0,56 ммоль/L).

Учитывая наличие диагностических и клинических критериев сепсиса проведены Rg легких, УЗИ матки и органов брюшной полости, УЗИ почек, Эхо-КС, консультации смежных специалистов, которые не выявили экстрагенитального источника сепсиса.

УЗИ органов малого таза: тело матки 18x20x19 см, субинволюция, полость матки расширена до 28 мм. Контуры полости матки не ровные с незначительным количеством жидкости. По задней стенке полости матки лоцируются гиперэхогенные структуры. Придатки без особенностей.

Индивидуальные факторы введены в окно файла компьютерной программы. Получено значение ПИИ=1,385 (больше единицы), соответствующее высокому риску гистерэктомии, целесообразности объективной визуализации матки, брюшной полости и малого таза для определения дальнейшей лечебной тактики (Рисунок 11).

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 $0.142 + 0.086 + 0.091 + 0.102 + 0.141 + 0.622 + 0.201 = 1.385$
превышает 1

Рисунок 11 Окно файла компьютерной программы автоматического расчета риска гистерэктомии у пациентки К., 36 лет. Значение индекса >1 , риск «высокий».

Проведена релапаротомия. Матка соответствует размерам 18 недель беременности, иктерична, при достаточной компрессии гемостатических швов консистенция её мягкая. Произведена Экстирпация матки с трубами. Ревизия органов брюшной полости. Дренаживание брюшной полости. Кровопотеря – 450,0 мл. Больная переведена в АРО для дальнейшего лечения.

На фоне интенсивной посиндромной терапии отмечена положительная динамика в общем состоянии и лабораторных параметрах. Больная в удовлетворительном состоянии (активна, встает, ходит, принимает жидкую пищу). Переведена из АРО в гинекологическое отделение для дальнейшего наблюдения, контроля лабораторных показателей и лечения. Швы сняты на 8-е сутки – заживление первичным натяжением. Выписана из стационара на 18-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Резюме.

В структуре массивных акушерских кровотечений у пациенток исследуемых групп наибольшую долю составляли гипо- и атонические (73,8%), которые у большей половины женщин (79,0%) развились после оперативного родоразрешения (интраоперационно и/или в раннем послеродовом периоде). Второе место в структуре критических состояний принадлежало кровотечениям, связанным с патологией прикрепления плаценты (15,5%), третье - кровотечениям, связанным с ПОНРП (10,7%). Частота экстренных кесаревых сечений в группе пациенток, перенесших гистерэктомию была статистически более высокой ($\chi^2=4,232$, $p<0,05$). Риск утраты репродуктивного органа в результате массивной кровопотери при данном способе родоразрешения во II группе был выше в 1,7 раза (ОР=1,709 [1,969-3,015], $p<0,05$).

Достоверных отличий в частоте того или иного вида кровотечений в исследуемых группах выявлено не было (соответственно гипо- и атонических кровотечений - $\chi^2=1,400$, $p>0,05$, связанных с ПОНРП - $\chi^2=2,443$, $p>0,05$ и патологией прикрепления плаценты - $\chi^2=0,082$, $p>0,05$). Значимого влияния на риск утраты репродуктивного органа нозологическая форма кровотечения не оказывала (гипо- и атонические - ОР=1,242 [0,748-2,063], связанные с ПОНРП - ОР=0,813 [0,381-1,737] и плотным прикреплением плаценты - ОР=0,840 [0,450-1,568], $p>0,05$).

Структура перинатальных потерь была сопоставимой - преобладала интранатальная гибель плода (75,%).

В ходе аналитического исследования медицинской документации у пациенток сравниваемых групп не было обнаружено значимых отличий по общему числу примененных методов хирургического гемостаза при борьбе с кровотечениями ($\chi^2=2,536$, $p>0,05$). При этом, значимыми факторами, определившими неэффективность органосохраняющей тактики являлись: несоблюдение протокола неотложных мероприятий, «затянутые» сроки проведения консервативных манипуляций и отсроченный переход к хирургическому гемостазу. Об этом свидетельствовали полученные данные при оценке объема кровопотери при переходе к хирургическому гемостазу (как при родоразрешении через естественные родовые пути, так и путем КС). Так, применение органосохраняющих хирургических методов гемостаза при объеме кровопотери более 31% ОЦК при естественных родах повышало риск гистерэктомии в три 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], $p<0,05$), а при экстренном КС практически в 5 раз (OR=4,823, [3,102-6,344], $p<0,05$).

Потери времени на фоне неадекватных скорости восполнения ОЦК, качественного и количественного состава ИТТ, определяли дальнейший прирост объема кровопотери и способствовали вовлечению в СПОН более трех систем жизнеобеспечения, дисфункция которых повышала риск утраты репродуктивной функции в 7 раз (OR=6,93 [3,04-15,82] $p<0,01$).

Из совокупности факторов риска, достоверно чаще выявленных среди рожениц, утративших при массивных акушерских кровотечениях репродуктивный орган, а также достоверно повышающих вероятность гистерэктомии с помощью метода множественной регрессии были отобраны 9 прогностически значимых. Разработанная компьютерная программа автоматического вычисления прогностического индекса ПИ у пациенток с прогрессированием СПОН позволяет дифференцировать лечебную тактику в отношении матки после применения органосохраняющих методов гемостаза. Критериями эффективности программы являются её высокая чувствительность (84,4%), специфичность (94,9%) и диагностическая точность (89,3%).

ГЛАВА III. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО, СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕЖИВШИХ МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

3.1. Структура жалоб и клинических симптомов у пациенток после перенесенных массивных акушерских кровотечений

Проведено исследование катамнеза 84-х женщин, переживших массивные акушерские кровотечения, распределенные в I и II группы. Принципы формирования клинических групп представлены в разделе «Введение».

В ближайшие сроки после выписки из стационара достоверные отличия в частоте жалоб у пациенток в группах отмечены только в отношении нарушений лактации, слабости и повышенной утомляемости. Данные симптомы значимо чаще отмечали женщины, утратившие в результате акушерских кровотечений репродуктивный орган (II группа). Доля других жалоб у исследуемых пациенток была сопоставимой ($p > 0,05$) (Таблица 18).

У 12-ти из 39-ти пациенток I группы (30,8%) в первые два месяца после выписки из стационара были выявлены клинические признаки послеродового эндометрита, подтвержденные результатами клинико-лабораторных исследований. Все они были госпитализированы в медицинские учреждения для проведения комплексного лечения. 8-ми из 12-ти пациенток была выполнена аспирация содержимого полости матки (66,7%). У 4-х пациенток гистологическое заключение выявило остатки плацентарной ткани.

У 20-ти женщин (51,3%) с сохраненной лактацией менструальный цикл возобновился после родов в среднем через $7,2 \pm 0,81$ мес ($p < 0,05$) (вследствие прекращения грудного вскармливания). Из них у 12-ти таковой носил нормальный характер и был регулярным в отдаленном периоде.

Цикличность менструальных кровотечений и их продолжительность в среднем составляли соответственно $29,1 \pm 1,2$ дней и $4,9 \pm 0,3$ дней. У 8-ми

женщин (40,0%) после возобновления менструальной функции интервалы между регулами варьировали от 38-ми до 52-х дней ($42,14 \pm 1,34$ дней), а их длительность не превышала 3-х дней.

Таблица 18 - Структура жалоб пациенток после выписки из стационара в течение 42-х дней послеродового периода.

Жалобы	I группа, n=39	II группа, n=45	χ^2 , p
	%, 95% ДИ	%, 95% ДИ	
Патологический характер влагалищного отделяемого	12,81 [6,3–18,2]	15,5 [8,3–29,5]	0,128 p>0,05
Боли внизу живота	12,81 [6,3–18,2]	15,5 [8,3–29,5]	0,128 p>0,05
Повышение температуры тела	7,7 [4,4– 25,3]	8,89 [2,1–19,2]	0,352 p>0,05
Слабость, повышенная утомля- емость	61,5 [57,3–71,2]	77,8 [59,2–82,1]*	5,064 p<0,05
Боли в области послеоперац- ионного рубца	61,5 [57,3–71,2]	66,7 [49,2–83,5]	0,239, p>0,05
Гипогалактия	10,00 [4,2–27,3]	77,8 [59,2–82,1]**&	12,947, p<0,01
Сочетание жалоб	61,5 [57,3–71,2]	66,7 [49,2–83,5]	0,239, p>0,05

Примечание: & - от числа пациенток с гистерэктомией и благоприятным исходом для плода; (p<0,05)*, (p<0,01)** - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с пациентками I группы.

Недостаточной лактационная функция была у 5-ти из 20-ти пациенток (10,0%). По данным анамнеза, у 19-ти пациенток I группы (48,7%) лактация была медикаментозно подавлена. Первая менструация у данных женщин возникла в период от 2-х до 6-ти месяцев ($3,6 \pm 0,27$ мес) после родов.

У 45-ти пациенток, утративших репродуктивную функцию в результате массивных акушерских кровотечений (II группа), медикаментозное подавление лактации было проведено достоверно чаще по сравнению с I группой - 37-ми женщинам (82,2%) ($\chi^2=10,55$, p<0,01). У 8-ми пациенток таковая была сохранена. Гипогалактию отмечала достоверно большая доля женщин II

группы (77,8%), по сравнению с пациентками I группы - 10,0% ($\chi^2=11,830$, $p<0,01$). Риск нарушений лактационной функции у родильниц, утративших в результате массивной кровопотери репродуктивный орган выше был в 3,7 раза по сравнению с женщинами, избежавшими гистерэктомию (OR=3,652[1,806-7,878], $p<0,05$).

После выписки из стационара различные способы контрацепции применяли 29 из 39-ти пациенток I группы (74,4%): 16 женщин использовали барьерные методы (55,2%), 5 пациенток - календарный метод (17,3%), 4 - КОК (13,8%). Практически каждая четвертая пациентка (25,6% - 10) пренебрегала контрацепцией. Наступление беременности в течение года после пережитых массивных кровотечений отмечали 23 пациентки I группы (59,0%). Из них у 10-ти женщин желанные беременности завершились самопроизвольными абортами и неразвивающейся беременностью (43,5%). 13-ти пациенткам (56,5%) нежелательные гестации были прерваны искусственными абортами.

Спустя 1,5 - 2 года после массивных кровотечений наиболее распространенными в структуре жалоб женщин с сохраненным репродуктивным органом (I группа) были различные нарушения менструального цикла, которые отмечали 27 из 39-ти исследуемых (69,2%) (Таблица 19). Дисменорея характеризовалась изменением длительности и цикличности менструаций по сравнению с периодом до осложненных родов. У 16-ти пациенток развилась гипоменорея (59,3%), 11 женщин (40,7%) указывали на отсутствие менструально-подобных выделений на протяжении более 12 месяцев.

Из 17-ти пациенток I группы, планирующих деторождение беременность не наступала у 7-ми (43,6%) в течение года при регулярной половой жизни. У 10-ти из них (58,8%) гестация завершилась ранними потерями: у 6-ти - самопроизвольным абортom и у 4-х неразвивающейся беременностью.

Таблица 19 - Структура жалоб пациенток с сохраненной репродуктивной функцией и перенесших гистерэктомию при акушерских кровотечениях в отдаленном периоде

Жалобы	I группа, n=39	II группа, n=45	χ^2 , p
	%, 95% ДИ	%, 95% ДИ	
Нарушения менструального цикла	69,2[57,3-81,2]	-	-
Бесплодие	43,6 [33,4-57,2]	-	-
Эмоциональная нестабильность	28,2 [23,4-47,2]	53,3 [42,1-67,4]	19,95, p<0,01
Приливы, ночные поты, сердцебиения, головные боли	-	46,7 [37,2-59,4]	24,27, p<0,01
Быстрая утомляемость	12,8 [6,3–18,2]	75,6 [64,9–89,3]	33,06, p<0,01
Гипотония	12,8 [6,3–18,2]	68,9[59,9–74,7]	26,82, p<0,01
Сонливость	10,3 [5,2–14,3]	88,9[79,6–94,7]	51,79, p<0,01
Снижение памяти	10,3 [5,2–14,3]	66,7 [54,2–72,6]	27,60, p<0,01
Ломкость ногтей	28,2 [23,4-47,2]	53,3 [42,1-67,4]	19,95, p<0,01
Склонность к запорам	28,2 [23,4-47,2]	8,9 [3,6-14,1]	0,04, p>0,05
Сухость кожных покровов	12,8 [6,3–18,2]	53,3 [42,1-67,4]	15,17, p<0,01
Сочетание жалоб	38,5 [23,4-47,2]	86,7 [74,6–89,8]	21,15, p<0,01

Отличительной характеристикой больных II группы, перенесших гистерэктомию в результате массивного кровотечения была высокая частота симптомов постгистерэктомического синдрома (нейровегетативные нарушения, характеризующиеся приливами, повышенной потливостью, сердцебиением, головными болями), которые отмечали 21 из 45-ти больных (46,7%). Данные состояния как правило развивались через 6 месяцев после родов, осложненных массивной кровопотерей ($6,3 \pm 0,42$ мес). В этой группе пациентки достоверно чаще, чем в I предъявляли жалобы, косвенно свидетельствующие о развитии эндокринопатий (симптомов надпочечниковой и тиреоидной недостаточности) (Таблица 19).

3.2 Состояние репродуктивного здоровья женщин после массивных акушерских кровотечений

Отклонение значений рН метрии влагалищного отделяемого от нормативных показателей (рН=3,5 – 4,5) выявляли у 27-ми из 39-ти пациенток (69,2%) I группы. У больных, перенесших гистерэктомию (II группа) доля таковых была достоверно большей – 43 из 45-ти (95,6%) ($\chi^2=7,67$, $p<0,01$). В этой группе при микроскопии влагалищных мазков «ключевые» клетки обнаруживали у 64,4% женщин (у 29-ти из 45-ти). Средние значения КПИ объективно характеризовали значимые атрофические изменения слизистой влагалища ($18,67\pm 0,75\%$).

Комплексная качественная и количественная оценка влагалищной микробиоты у пациенток I группы (27 женщин с нарушениями менструального цикла) и 43-х женщин II группы, выявила однонаправленные изменения в спектре представителей нормофлоры и условно-патогенных ассоциантов (Таблица 20). Инфицированность цервикального канала у больных I группы с нарушениями микроценоза влагалищной микробиоты характеризовалась комбинациями ВПГ2+Ureaplasma spp+факультативно-анаэробными гр «+» бактериями у трети исследуемых больных I группы. Ассоциации ВПГ2+Chlamydia Trachomatis + УПМ встречали у большей половины пациенток (Таблица 21).

Ультразвуковые размеры матки и яичников у 12-ти из 39-ти пациенток без нарушений менструального цикла (30,8%) в среднем составляли соответственно $53,21\pm 1,32$ х $37,24\pm 1,12$ х $62,51\pm 2,14$ мм и $31,1\pm 0,5$ х $27,3\pm 1,0$ х $26,5\pm 1,2$ мм. На 5-7 день менструального цикла толщина эндометрия была $4,2\pm 0,3$ мм, на 22-24 день от начала менструации достигала $14,3\pm 0,6$ мм и структурно соответствовала фазе менструального цикла. У 27-ми пациенток с жалобами на нарушения менструального цикла в отдаленном периоде после акушерских кровотечений ультразвуковые размеры матки и яичников не

имели статистически значимых отличий по сравнению с таковыми у женщин с нормальным ритмом менструаций.

Таблица 20 - Количественный и качественный состав микробиоты влагалища у пациенток исследуемых групп в отдаленном периоде (технология ПЦР в реальном времени, Фемофлор 16), %, lg КОЕ

№	Виды микроорганизмов	I группа n=27		II группа n=43	
		Частота обнаружения, %	Количество, lg КОЕ/б	Частота обнаружения, %	Количество, lg КОЕ
Нормофлора					
1	Lactobacillus spp.	25,0	4,5±0,5	31,0	4,1±0,3
Факультативно-анаэробные микроорганизмы					
2	Enterobacterium spp.	12,5	3,0±0,1	21,4	4,0±0,2
3	Streptococcus spp.	37,5	3,0±0,1	26,2	4,1±0,2
4	Облигатно-анаэробные микроорганизмы				
5	Gradnerella vaginalis\Prevotella bivia\Porphyromonas spp.	66,7	8,5±0,5	52,4	7,2±0,3
6	Eubacterium spp.	52,6	5,8±0,5	58,1	6,1±0,2
7	Sneathia spp.\Leptotrihia spp.\Fusobacterium spp.	24,3	4,1±0,5	11,4	3,7±0,4
8	Megasphaera spp.\Veillonella spp.\Dialister spp.	17,5	3,4±0,2	Не обнаружено	-
9	Mobiluncus spp.\Corynebacterium spp.	43,1	4,0±0,3	52,4	5,0±0,2
10	Peptostreptococcus spp.	13,7	2,7±0,4	19,2	3,1±0,2
11	Atopobium vaginae	59,3	8,7±0,3	39,3	5,2±0,3
Микоплазмы					
12	Mycoplasma hominis	6,2	1,2±0,1	Не обнаружено	-
13	Ureaplasma (urealyticum + parvum)	3,1	1,1±0,1	3,8	1,4±0,1
Дрожжеподобные грибы					
14	Candida spp.	12,3	4,2±0,3	19,1	5,1±0,1

Таблица 21 – Частота выявления инфектов в цервикальном канале у пациенток I группы в отдаленном периоде (технология ПЦР в реальном времени, Фемофлор 16), %

ДНК специфических инфектов в ассоциации с УПМ	Частота выявления, %
ВПГ2+ Chlamydia Trachomatis+ УПМ	66,7%
ВПГ2+ Mycoplasma hominis + УПМ	25,9%
Отсутствие выявления	7,7%

Сонографические размеры матки в среднем составляли соответственно 56,12±1,24x40,13±1,14±59,02±1,83 мм и 30,5±0,7x28,4±0,8x27,0±1,1 мм

($p > 0,05$). Однако толщина эндометрия у 16-ти больных с олиго- и гипоменореей на 5-7 день менструального цикла по данным УЗИ в среднем не превышала $2,2 \pm 0,1$ мм. На 19-23 день от начала менструации таковая достигала $9,4 \pm 0,2$ мм.

Ультразвуковые размеры матки у 11-ти больных с вторичной аменореей не имели статистически значимых отличий от таковых у других женщин, переживших массивную кровопотерю - $55,07 \pm 1,16$ x $41,31 \pm 1,41$ x $58,12 \pm 1,74$ мм ($p > 0,05$). Размеры яичников были достоверно больше, по сравнению с таковыми у пациенток, страдавших олиго- и гипоменореей ($36,3 \pm 1,4$ x $31,2 \pm 0,6$ x $29,8 \pm 0,9$, $p < 0,05$). Выявляли мелкокистозную трансформацию яичников с диаметром фолликулов в диапазоне от 2-х до 4-х мм. Срединное М-эхо у 5-ти женщин (45,5%) визуализировалось в виде линейной структуры, и не превышало 0,4 см ($0,32 \pm 0,02$), что было достоверно ниже такового у пациенток с нормальным менструальным циклом и страдавших олиго- и гипоменореей ($p < 0,05$).

Эхографическое исследование полости матки у 22-х из 27-ми пациенток с НМЦ (гипо- и аменореей) выявило характерные ультразвуковые признаки хронического эндометрита (81,5%). Они проявлялись в возникновении в зоне срединного М-эха участков повышенной эхогенности различной величины. Внутриматочные синехии в виде неровного контура эндометрия и прерывистого М-эха визуализировали у 8-ми из 27-ми пациенток (29,6%), полипы в полости матки - у 5-ти женщин – 18,5%.

Исследование состоятельности рубца на матке 18-ти пациенток, родоразрешенных оперативным путем демонстрировало у 8-ми больных (44,4%) неровный контур по задней стенке наполненного мочевого пузыря, истончение миометрия, прерывистость контуров рубца, значительное количество гиперэхогенных включений.

По данным ретроспективного анализа в комплексе методов гемостаза при развившихся акушерских кровотечениях у 35-ти из 39-ти женщин I группы были успешно реализованы органосохраняющие хирургические ме-

тоды гемостаза: перевязка яичниковых и маточных артерий, наложение компрессионного шва на матку. Спустя 1,5-2 года у 11-ти из 35-ти женщин (31,4%) восстановился нормальный ритм менструаций, а у 24-х больных (68,6%) развилась дисменорея. У 4-х пациенток, которым не применяли данные методы гемостаза, нарушения менструального цикла возникли у 3-х. Полученные результаты свидетельствовали об отсутствии отличий в частоте развития дисменореи у пациенток с применением органосохраняющих хирургических методов гемостаза и без таковых ($\chi^2=0,070$, $p>0,05$), а также встречаемости отдельных форм нарушений менструального цикла: гипо-, олигоменореи и аменореи: ($\chi^2=0,940$, $p>0,05$).

Результаты проведенной сравнительной оценки доплерометрических показателей маточного кровотока у больных с нормальным ритмом менструаций и дисменореей в отдаленном периоде после примененных оперативных органосохраняющих методов гемостаза представлены в Таблице 22.

Допплерометрическое исследование маточной перфузии у 11-ти женщин без нарушений менструальной функции после примененных методов хирургического гемостаза не выявило значимых отличий качественных параметров кривых скоростей кровотока от нормативных (Таблица 22).

Таблица 22 – Допплерометрические показатели кровотока в артериях сосудистого бассейна матки у пациенток с дисменореей на 5-9 дни менструального цикла ($M \pm m$)

	Маточные артерии			Радиальные артерии		
	ПИ	ИР	СДО	ПИ	ИР	СДО
Отсутствие нарушений менструального цикла, n=11	2,48± 0,02	0,77± 0,01	3,71 ± 0,02	1,16± 0,09	0,69± 0,01	3,10± 0,40
Нарушение менструального цикла, n=24	2,70± 0,03*#	0,88± 0,02*#	6,19 ± 1,03*#	1,24± 0,01* #	0,78± 0,07*#	3,82± 0,66* #
Нормативные значения	2,41± 0,01	0,70± 0,04	3,21 ± 0,04	1,19± 0,04	0,67± 0,08	3,05± 0,66

Примечание ($p<0,05$)*# - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с нормативными значениями и пациентками без дисменореи

Таблица 22 (продолжение) - Допплерометрические показатели кровотока в артериях сосудистого бассейна матки у пациенток с дисменореей на 5-9 дни менструального цикла ($M \pm m$)

	Показатели кровотока					
	Базальные артерии			Спиральные артерии		
	ПИ	ИР	СДО	ПИ	ИР	СДО
Отсутствие нарушений менструального цикла, n=11	0,82± 0,11	0,54± 0,02	2,7± 0,02	0,65± 0,01	0,54± 0,02	2,21± 0,02
Нарушение менструального цикла, n=24	0,92±0, 16*#	0,63±0,0 1*#	3,85±0,02 *#	0,71± 0,03*#	0,69±0,0 1*#	2,97± 0,04*#
Нормативные значения	0,81± 0,09	0,50± 0,07	2,2 ± 0,56	0,62± 0,01	0,49± 0,01	2,42± 0,08

Примечание ($p < 0,05$)*# - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с нормативными значениями и пациентками без дисменореи

У 24-х больных с дисменореей данное исследование показало возрастание значений углозависимых показателей кровотока по мере уменьшения диаметра артерий. Затруднение визуализации концевых сосудов (базальных и спиральных артерий сосудистого бассейна матки), несимметричность васкуляризации миометрия выражались в достоверно более высоких показателях ПИ, ИР и СДО ($p < 0,05$) по сравнению с таковыми у пациенток с нормальным ритмом менструаций, а также с нормативными значениями (Таблица 22). Органосохраняющие хирургические методы гемостаза, успешно примененные у 35-ти пациенток при остановке массивных акушерских кровотечений, достоверного влияния на нарушение маточной перфузии в отдаленном периоде не оказывали ($OR=0,914[0,497-1,680]$, $p > 0,05$).

Сравнительное исследование гипофизарных и периферических гормонов было проведено между 12 пациентками с нормальной менструальной функцией, 16 больными с гипоменореей, 11 - с аменореей и 21 пациенткой, перенесшей гистерэктомию вследствие акушерских кровотечений (Таблица 23).

Таблица 23 - Концентрации гонадотропных гормонов у пациенток исследуемых групп, (M±m)

Исследуемые подгруппы	ФСГ	ЛГ	ПРЛ	АКТГ	ТТГ
	МЕ/л	МЕ/л	МЕ/л	пг/мл	МЕ/л
I группа (пациентки с нормальным ритмом менструаций), n=12	4,89± 0,58* ^{&}	6,90± 0,41* ^{&}	36,19± 18,12* ^{&}	34,67± 8,55* ^{&}	3,12± 0,71* ^{&}
I группа (олиго-, гипоменореей), n=16	3,71± 0,42* ^{&}	4,16± 0,51* ^{&}	63,20± 11,04* ^{&}	40,13± 4,23* ^{&}	3,81± 0,63* ^{&}
I группа (пациентки с аменореей), n=11	0,83± 0,031* [#]	1,62± 0,12* [#]	15,04± 2,11 [#]	4,17± 0,31* [#]	0,23± 0,01* [#]
II группа, n=21	22,12± 1,22 [#]	27,41± 1,17 [#]	16,86± 9,44 [#]	30,31± 7,64	2,61± 0,09
Нормативные значения	1,5-10	3-15	31-525	9-52	0,4 – 4,0

Примечание: # - достоверность отличий (p<0,05) по одноименному признаку по сравнению с нормативными значениями;

* - достоверность отличий (p<0,05) по одноименному признаку у пациенток II группы;

&- достоверность отличий (p<0,05) по одноименному признаку у больных с аменореей.

Средние концентрации гонадотропинов в крови женщин с нормальным ритмом менструаций и олиго-, гипоменореей не отличались от нормативных значений, но достоверно превышали таковые у больных с вторичной аменореей. По сравнению с пациентками II группы (с удаленной маткой) значения данных гормонов были достоверно более низкими.

У женщин, перенесших гистерэктомию, а также у пациенток с развившейся аменореей концентрации эстрадиола, прогестерона, кортизола, тестостерона и гормонов щитовидной железы достоверно отличались от таковых у женщин с сохраненной менструальной функцией и нормативных значений (Таблица 24).

При этом, у больных с аменореей уровни яичниковых, надпочечниковых и тиреоидных гормонов демонстрировали выраженную вторичную недостаточность периферических эндокринных желез,

развившуюся на фоне гипофизарного гипопитуитаризма вследствие перенесенной массивной кровопотери. У 21 пациентки II группы причинами выявленной гипофункции яичников могли служить микроциркуляторные и ишемические нарушения в результате исключения из их кровоснабжения ветвей маточных артерий.

Таблица 24 - Концентрации яичниковых, надпочечниковых и тиреоидных гормонов у пациенток исследуемых групп (M±m)

Клинические группы	E ₂	ПГ	Ts	Кортизол	T ₄ общ
	нмоль/л	нмоль/л	нмоль/л	нмоль/л	нмоль/л
I группа (пациентки с нормальным ритмом менструаций), n=12	216,71± 85,12* ^{&}	0,61± 0,07* ^{&}	1,22± 0,054	314,07± 18,42* ^{&}	94,40± 18,36* ^{&}
I группа (олиго-, гипоменореей), n=16	251,42± 74,10	0,70± 0,05	1,94± 0,03	426,01± 23,13	84,21± 21,32* ^{&}
I группа (пациентки с аменореей), n=11	24,10± 85,12 [#]	0,08± 0,01 [#]	0,19± 0,016	84,01± 10,42 [#]	44,40± 9,23 [#]
II группа, n=21	32,7± 9,12 ^{#&}	0,17± 0,02 ^{#&}	1,92± 0,05 ^{&}	128,19± 11,74 ^{&}	74,19± 15,82 ^{&}
Нормативные значения	75 – 923	0,28 – 0,97	0,39 – 2,76	115 -1065	62 – 150

Примечание:

- достоверность отличий (p<0,05) по одноименному признаку по сравнению с нормативными значениями;

* - достоверность отличий (p<0,05) по одноименному признаку у пациенток II группы;

&- достоверность отличий (p<0,05) по одноименному признаку у больных с аменореей.

У 12-ти больных с нормальным менструальным циклом и 16-ти гипоменореей уровни секреции яичниковых гормонов (эстрадиола и прогестерона) укладывались в референтные значения и были достоверно более высокими, как по сравнению с таковыми у пациенток утратившими генеративную функцию, так и страдающими вторичной аменореей (Таблица 24).

Гистероскопия была выполнена 27-ми больным с нарушениями менструального цикла и ультразвуковыми признаками структурно-функциональных изменений эндометрия. Признаки хронического эндометрита выявлены у 22-х больных (81,5%), в сочетании с полипами

эндометрия - у 5-ти женщин (22,7%), с внутриматочными синехиями - у 8-ми больных (36,4%), на фоне атрофии эндометрия - у 5-ти из 27-ми пациенток (18,5%). У 6-ти из 18-ти пациенток (33,3%), родоразрешенных путем КС, хронические воспалительные изменения слизистой матки визуализировались на фоне несостоятельности рубца.

Морфологическое исследование биоптатов эндометрия у больных с ультразвуковыми и гистероскопическими признаками воспалительного процесса полости матки обнаружило выраженную лимфоцитарную инфильтрацию стромы и клеток эндометрия. При микроскопии определяли диффузно рассеянные лимфоидные клетки, признаки продуктивных васкулитов, в том числе, кровоизлияния в строму. У 16-ти пациенток с нарушениями менструального цикла по типу гипоменореи маркеры воспалительного процесса в полости матки сочетались с морфологическими признаками недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ) - запаздывание секреторной трансформации эндометрия на 24–26-ой день цикла. НЛФ, обусловленную нарушением рецепторного аппарата эндометрия, гистологически подтверждало неадекватное преобразование маточного эпителия, с недоразвитием железистого аппарата, обедненного секретом. Морфофункциональное состояние эндометрия у пациенток с вторичной аменореей, возникшей после массивных акушерских кровотечений отражало выраженные атрофические изменения в функциональном слое у трех из 11-ти пациенток (27,3%). В сочетании с внутриматочными синехиями, лимфоцитарной инфильтрацией стромы, таковые были выявлены у 8-ми женщин (72,7%).

При микробиологическом исследовании эндометриальных образцов доминировали представители условно-патогенной микрофлоры (УПМ), которых выявляли в виде бактериально-микотических микстов у 22-х из 27-ми больных (81,5%) с нарушением менструальной функции в отдаленном периоде после массивных акушерских кровотечений. Бактериально-вирусные ас-

социации, идентифицированные в эндометрии были представлены УПМ в комбинациях с ВПГ₂ и *Chlamydia trachomatis*, ВПГ₂ и *Mycoplasma hominis*.

При сопоставлении результатов микробиологического исследования мазков из эндометрия, цервикального канала и биотопа влагалища прослеживалась определенная причастность представителей условно-патогенной микрофлоры и специфических возбудителей, выявленных в нижних отделах генитального тракта к развитию воспалительного процесса в полости матки. Данное положение подтверждали показатели сильной и умеренной коррелятивной связи микробных представителей влагалищной микробиоты и эндометриальных образцов (Таблица 25).

Таблица 25 – Коррелятивные связи между инфектами влагалищной микробиоты и эндометриальных образцов

№	Виды микроорганизмов	I группа n=22	
		r	p
1.	<i>Enterobacterium spp.</i>	0,41	P<0,01
2.	<i>Eubacterium spp.</i>	0,73	P<0,001
3.	<i>Fusobacterium spp.</i>	0,52	P<0,01
4.	<i>Peptostreptococcus spp.</i>	0,66	P<0,01
5.	ВПГ ₂ и <i>Chlamydia trachomatis</i> ,	0,72	P<0,01
6.	ВПГ ₂ и <i>Mycoplasma hominis</i>	0,81	P<0,001
7.	<i>Candida spp.</i>	0,64	P<0,01

Таблица 26 - Концентрация АМГФ в менструальной крови у исследуемых пациенток (M±m)

Исследуемые пациентки	АМГФ, нг/мл
I группа (пациентки с нормальным менструальным циклом), n=12	43,6±2,7
I группа (пациентки с олиго- и гипоменореей), n=16	12,4±3,2* [#]
Нормативные значения	16–70

Примечание (p<0,05)* - достоверность отличий по одноименному признаку у пациенток без дисменореи и с нормативными значениями #

Полученные данные показали достоверно более низкие значения АМГФ у больных с нерегулярным менструальным циклом по сравнению с пациентками, имевшими его нормальные характеристики ($p < 0,05$).

3.3 Структура экстрагенитальных заболеваний у женщин после массивных акушерских кровотечений

В соответствии с предъявляемыми жалобами все пациентки, пережившие массивную кровопотерю в родах, были направлены к профильным специалистам для уточнения диагноза и назначения патогенетической терапии. По результатам консультирования был проведен статистический анализ экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ), развившихся или обострившихся в течение года после перенесенных критических состояний.

Из 39-ти больных, с сохраненной маткой, в анамнезе на момент развития критического состояния различными ЭГЗ страдали 13 женщин (33,3%). В группе пациенток, перенесших гистерэктомию при массивной кровопотере таковые встречались с сопоставимой частотой – у 21 больной из 45-ти (46,7%) ($\chi^2 = 1,542$ $p > 0,05$). В отдаленном периоде после акушерской катастрофы обострение различных нозологических форм соматических болезней достоверно чаще отмечали среди пациенток II группы (перенесших гистерэктомию) – у 16-ти из 21 женщины – 76,2%. В I группе обострение хронических ЭГЗ возникло только у 3-х из 13-ти женщин (27,1%) ($\chi^2 = 9,188$, $p < 0,01$) (Таблица 27).

32 из 45-ти пациенток II группы состояли на диспансерном учете у нефролога и терапевта с мониторингом восстановления функциональной способности почек после перенесенной ОПН, вызванной массивной кровопотерей в родах. Хроническая почечная недостаточность развилась у 23-х из 32-х женщин (71,9%). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) после ОПН восстановилась до нормы только у 9-ти пациенток (28,1%). У 10-ти из 23-х женщин (43,4%) ХПН соответствовала I стадии. Во II-ой стадии - находились

8 пациенток (34,8%). Наименьшую долю (21,7%) представляли 5 больных с III-ей стадией ХПН.

Последствиями острой почечной недостаточности (ОПН) во II группе также были: рецидивирующие инфекции мочевых путей у 18-ти из 32-х женщин (56,3%), гломерулонефрит и артериальная гипертензия, связанная с почечной патологией у 14-ти (21,9%) пациенток (Таблица 27).

Таблица 27 – Экстрагенитальные заболевания возникшие и обострившиеся у пациенток исследуемых групп

	I группа, n=39	II группа, n=45	χ^2 , p
	%, 95% ДИ	%, 95% ДИ	
Хроническая почечная недостаточность	-	71,9[51,1-87,4]*	41,463, p<0,01
Рецидивирующие инфекции мочевых путей	27,1 [19,4-51,3]	56,3[41,4-71,2]	29,39, p<0,01
Гломерулонефрит, АГ, связанная с почечной патологией	12,8 [6,3–18,2]	21,9[14,3-42,1]	21,25, p<0,01
Анемия	61,5 [57,3-71,2]	66,7 [49,2-83,5]	0,239, p>0,05
Вторичная надпочечниковая и тиреоидной недостаточность	12,8 [4,4– 25,3]	26,7[11,4-53,1]	0,907, p>0,05
Стриктура мочеточника	-	13,3[6,4-19,2]	4,608, p<0,01
Функциональное недержание мочи	-	17,8[6,4-31,1]	7,663, p<0,01
Вентральная грыжа	-	4,4[1,2-7,6]	1,776, p>0,05
Спаечная болезнь	-	4,4[1,2-7,6]	1,776, p>0,05
Сочетание заболеваний	28,2 [19,4-51,3]	86,7 [44,6–99,8]	21,15, p<0,01

* - от числа пациенток, перенесших ОПН

Риск развития нозологических форм патологии мочевыделительной системы у больных, перенесших гистерэктомию был выше по сравнению с женщинами I группы в 3,8 раза (ОР=3,786[2,42-5-93], p<0,05).

Детализация жалоб и комплексное обследование у эндокринолога позволило диагностировать сопоставимую частоту развития вторичного ги-

перкортицизма и вторичного гипотиреоза: у 5-ти из 39 женщин I группы (12,8%) и у 12-ти из 45-ти пациенток II группы (26,7%) и ($\chi^2=0,907$, $p>0,05$).

Вторичную анемию выявляли у 24-х женщин I группы (с сохраненной маткой) (61,5%) и у 30-ти, перенесших гистерэктомию (II группы) (66,7%) $\chi^2 = 0,239$, $p>0,05$ (Таблица 25).

При дальнейшем исследовании катамнеза пациенток установлено, что у 6-ти из 45-ти больных утративших репродуктивную функцию (II группа) (13,3%) последствиями экстренной гистерэктомии при критическом состоянии были стриктура мочеточников, функциональное недержание мочи (17,8%), вентральные грыжи (4,4%), спаечная болезнь и генитальный пролапс (4,4%). Среди женщин с сохраненной маткой (I группа) данных патологических процессов не было. Пациенток с сочетанием различных нозологических форм ЭГЗ среди перенесших гистерэктомию (во II группе) было достоверно больше чем в I группе (соответственно 86,7% против 28,2%, $\chi^2=21,15$, $p<0,01$) (Таблица 25). Риск приобретения сочетанных форм ЭГЗ в группе женщин, перенесших гистерэктомию, был выше, по сравнению с I группой в 4 раза (OR=4,42 [2,107-9,272], $p<0,05$).

3.4 Результаты исследования психологического здоровья женщин после массивных акушерских кровотечений

Сравнительный анализ социально-психологических и личностных особенностей женщин, имеющих психотравмирующий опыт родов (ПТОР) был проведен психотерапевтами между пациентками с различными вариантами репродуктивных потерь в результате акушерских кровотечений – утратой репродуктивной функции, перинатальными потерями или их сочетанием. Распределение женщин в 4 клинические группы для проведения данного исследования представлено в разделе «Введение».

Результаты экспериментально-психологического многомерного исследования по Шкале сниженного настроения – субдепрессии (ШСНС) продемонстрировали характерные особенности, отличающие пациенток с благо-

приятным исходом акушерских кровотечений (контрольная группа) и переживших репродуктивные потери (1-я, 2-я и 3-я группы). В 1-й группе больных (с потерей плода, но с сохраненной репродуктивной функцией) преобладало незначительное снижение настроения в 50,0% случаев. Пациентки в состоянии глубокого снижения настроения, а также без его изменения составляли равные доли (по 14,3%). Значительное снижение настроения отмечалось у каждой пятой пациентки 21,4% (Рисунок 12).

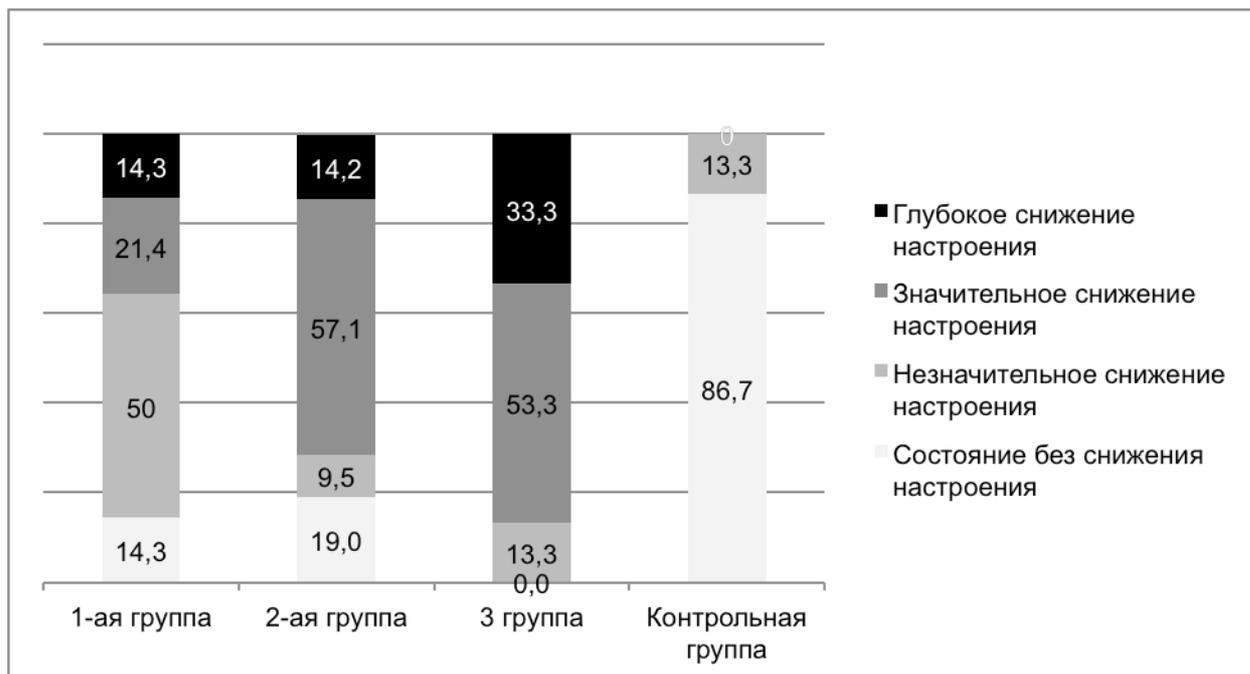


Рисунок 12 - Выраженность снижения настроения по ШСНС, %

У пациенток с благоприятным исходом для плода, но потерей репродуктивного органа в результате массивных акушерских кровотечений (2-я группа), отмечена сопоставимая с 1-й группой частота встречаемости женщин без снижения настроения. В этой же группе незначительное снижение настроения отмечено у достоверно меньшей доли исследуемых по сравнению с 1-й группой ($\chi^2=9,79$, $p<0,01$). В два раза чаще выявляли значительное снижение настроения (57,1,0% против 21,4%, $\chi^2=7,42$, $p<0,01$). Частота глубоко сниженного настроения у пациенток 1-ой и 2-ой групп была сопоставимой.

В 3-й группе (с сочетанием утраты репродуктивной функции и перинатальными потерями) отчетливо выражено снижение настроения, как и во

2-й группе, перенесших гистерэктомию, отмечали у наибольшей доли исследуемых (53,3%). Глубокое снижение настроения регистрировали у каждой третьей пациентки, что оказалось в 3 раза чаще, чем в 1-й и во 2-й группах. Разрыв брачно-семейных отношений в 3-ей группе в течение года после пережитой акушерской катастрофы отмечен у троих из 18-ти пациенток (16,7%). Контрольную группу женщин, переживших акушерские кровотечения отличала достоверно большая доля исследуемых без снижения настроения (88,2%), по сравнению с пациентками, утратившими репродуктивную функцию и имевших перинатальные потери ($\chi^2=5,79$, $p<0,05$) (Рисунок 11).

Результаты исследования пациенток по Шкале сниженного настроения – субдепрессии согласовывались с дифференцированными данными Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и были представлены тремя областями значений: «нормой» (то есть отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), субклинически выраженной тревогой/депрессией и клинически выраженной тревогой/депрессией (Рисунок 13 и Рисунок 14).

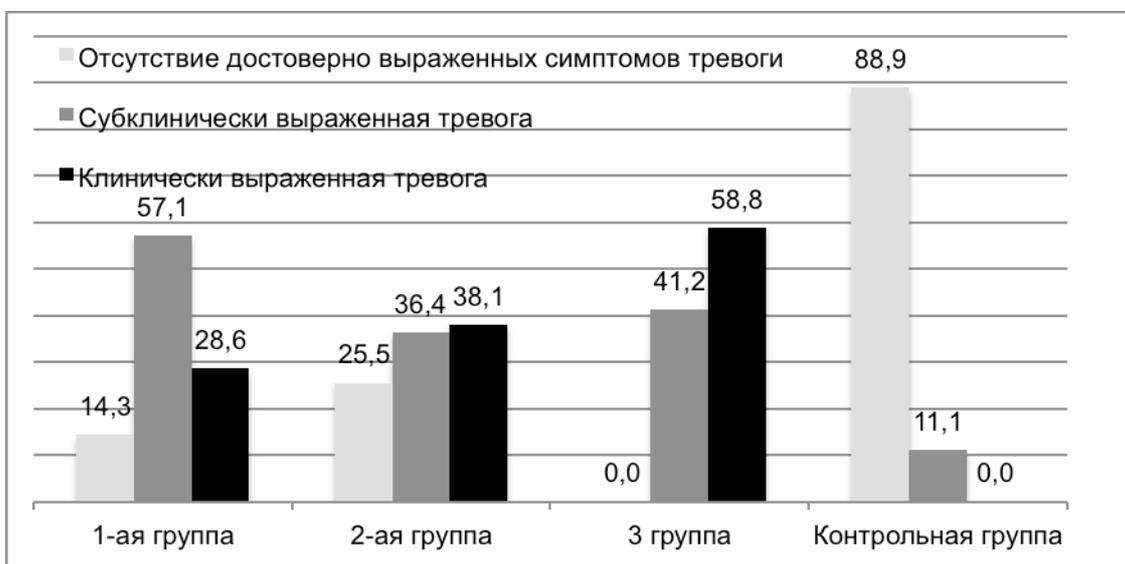


Рисунок 13 - Выраженность тревоги по HADS у пациенток исследуемых групп, %

Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги не обнаруживали у пациенток с сочетанием репродуктивных потерь (3-я группа). Во 2-й группе частота данных симптомов двукратно превышала таковую у исследуемых пациенток с перинатальными потерями, но с сохраненной маткой (1-я

группа). Наибольшая частота встречаемости симптомов клинически выраженной тревоги выявлена у больных при одновременной потере матки и плода – у 57,1% женщин 3-й группы (Рисунок 13).

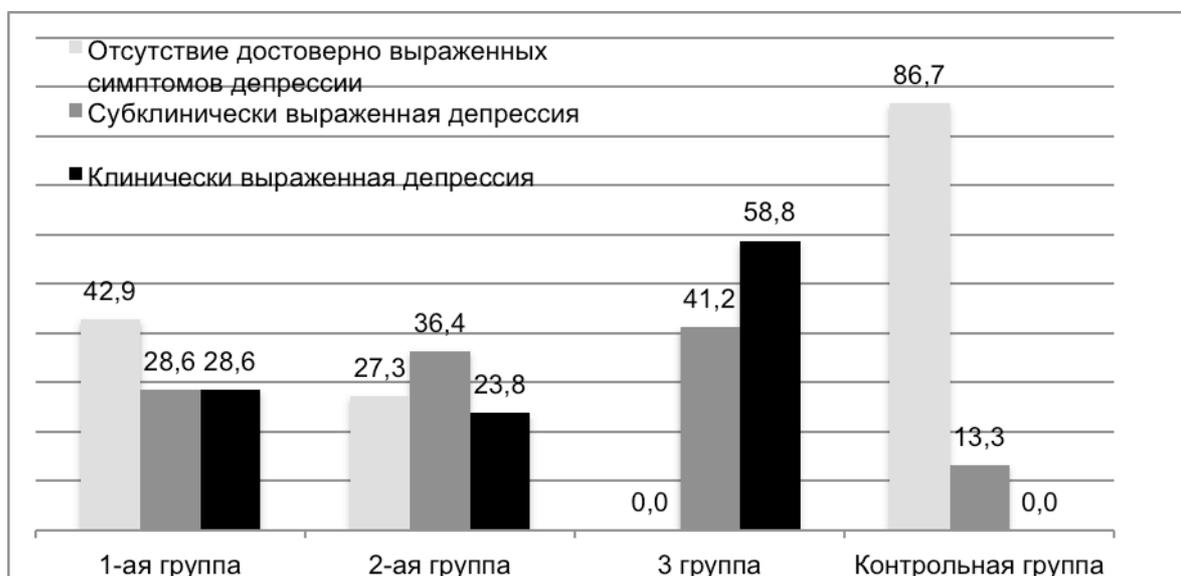


Рисунок 14 - Выраженность депрессии по HADS у пациенток исследуемых групп, %

В группах женщин, перенесших гистерэктомию по причине акушерских кровотечений (2-я и 3-я группы), отмечалась высокая частота субклинически выраженной депрессии (Рисунок 14). Наименьшая доля данного состояния отмечена у женщин с благоприятным исходом акушерских кровотечений (в контрольной группе – 12,5%; $\chi^2=6,518$, $p<0,05$). Отсутствие значительно выраженных симптомов депрессии в данной группе было у достоверно большей доли обследуемых (87,5%; $\chi^2=6,719$, $p<0,05$) по сравнению с остальными. Клинически выраженная депрессия диагностирована у половины пациенток, утративших в результате акушерских кровотечений репродуктивную функцию и ребенка (в 3-й группе). Во 2-й и в 1-й группах женщин данный симптом диагностировали почти в три раза реже (Рисунок 14).

Исследования по Шкале ситуативной и личностной тревожности показали следующие результаты. Наиболее высокими оказались уровни личностной и ситуативной тревожности в группах женщин с утратой репродуктивного органа (2-я и 3-я группы) (Рисунок 15).

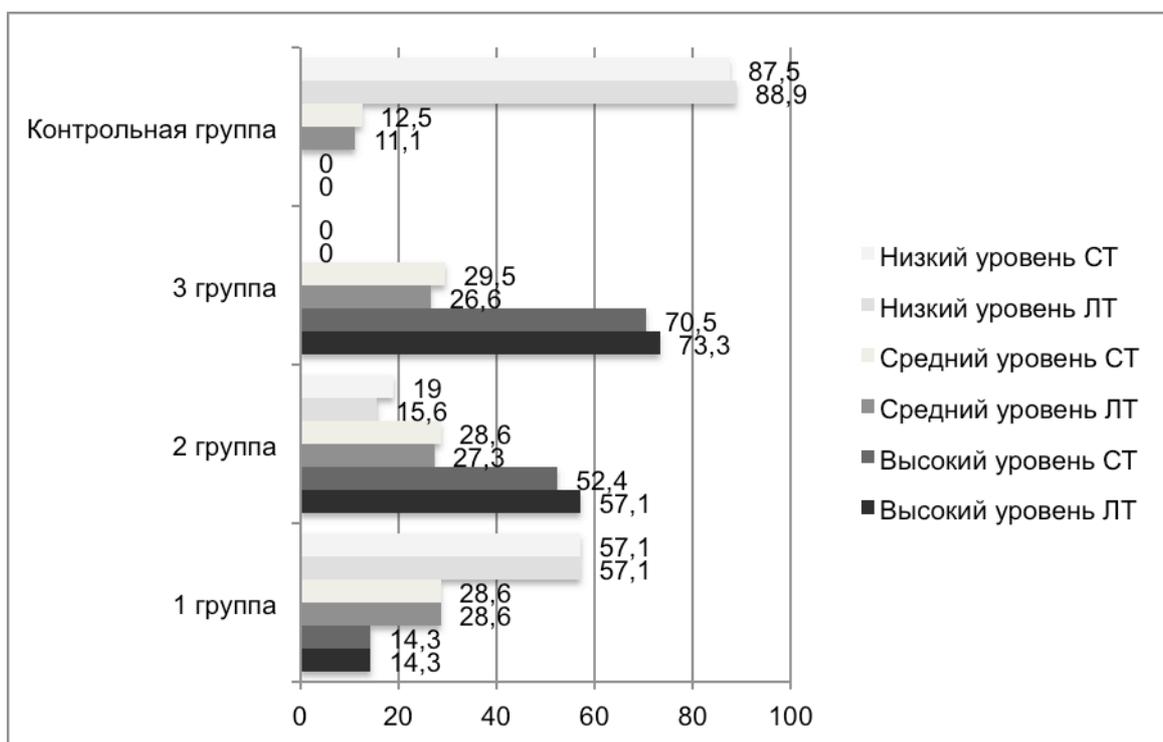


Рисунок 15 - Выраженность личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности по STAI у пациенток исследуемых групп, %

Результаты опросника «Анализ семейной тревоги» (АСТ) по основным тестовым показателям подтверждали полученные данные относительно личностной и ситуативной тревожности (Рисунок 16). Так, повышенный уровень чувства вины, семейной тревоги и семейно-обусловленной нервно-психической напряженности регистрировали во всех группах больных, переживших репродуктивные потери (в 1-й, во 2-й и в 3-й). Уровень данных симптомов в целом превышал таковой у женщин с благоприятными исходами массивных акушерских кровотечений для матери и плода в 2,4 раза ($\chi^2=3,11$, $p<0,05$).

Таким образом, психо-эмоциональные нарушения у пациенток в отдаленном периоде после акушерских кровотечений, повлекших утрату репродуктивного органа (2-ая и 3-я группы) или перинатальные потери (1-ая группа) характеризуются высокой частотой развития снижения настроения (86,5%, $\chi^2=29,794$, $p<0,01$), клинически выраженной тревоги (42,3%, $\chi^2=7,649$, $p<0,01$) и депрессии (32,5%, $\chi^2=5,849$, $p<0,05$). Этим женщин отличают высокие уровни 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%, $\chi^2 = 24,551$, $p < 0,01$).

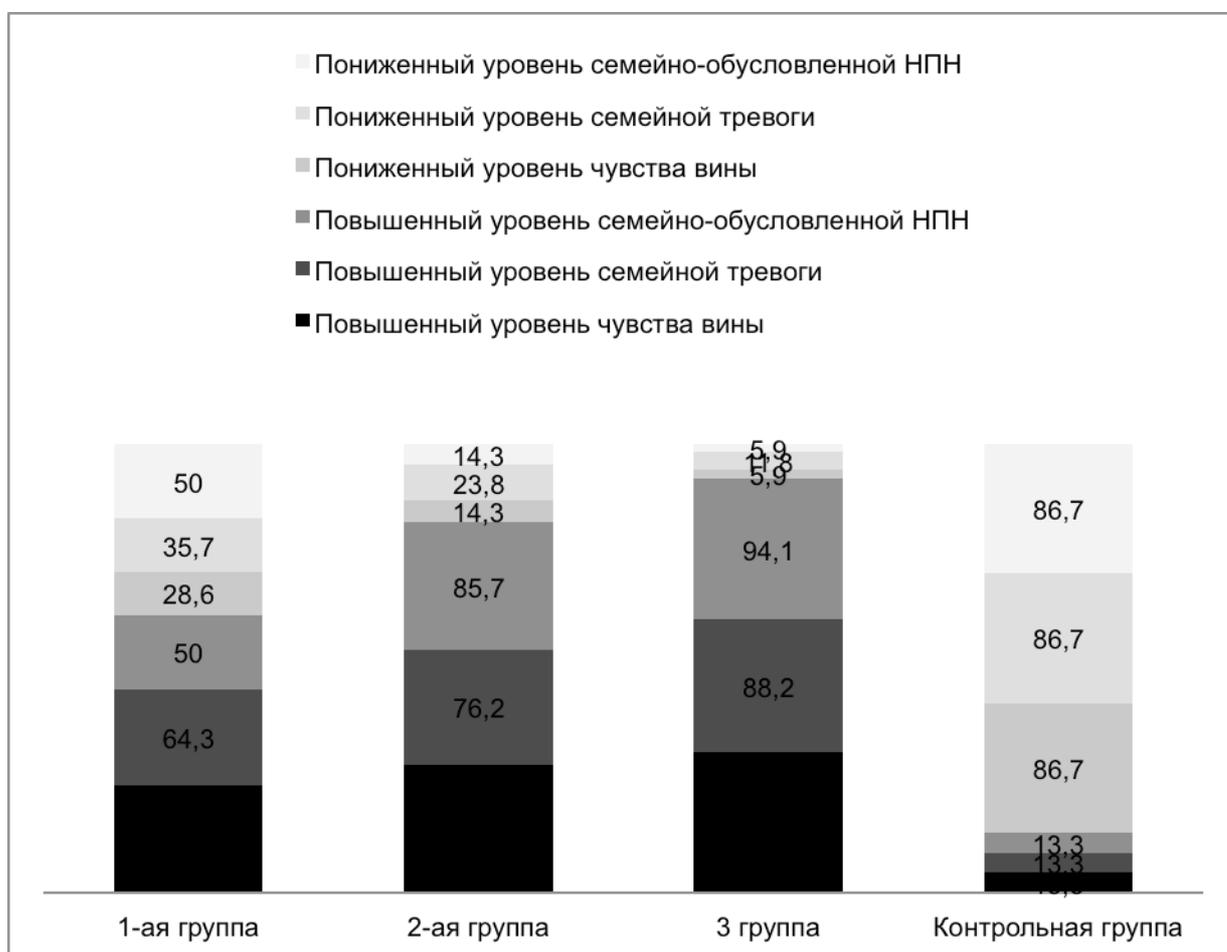


Рисунок 16 – Выраженность семейной тревоги по опроснику «Анализ семейной тревоги» у пациенток исследуемых групп, %

При сочетании репродуктивных потерь в результате акушерских кровотечений (3-я группа) риск развития выявленных нарушений психологического здоровья выше по сравнению с 1-ой, 2-ой и контрольной группами в 2 раза ($OR = 1,977 [1,495-2,614]$, $p < 0,05$).

3.5 Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий при диспансеризации пациенток исследуемых групп

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом МЗ РФ от «01» ноября 2012 г. №

572н не содержит характеристики групп состояния здоровья (СЗ) и диспансерного наблюдения (ДН) женщин, перенесших критические акушерские состояния. В разделе вышеуказанного документа о порядке оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период, как и в других существующих нормативных актах, регламентирующих деятельность акушерско-гинекологической службы, алгоритм диспансеризации «едва не погибших» родильниц отсутствует.

По данным проведенного исследования лишь 11 из 84-х женщин (13,1%) имели компенсированные нарушения репродуктивного, соматического и психологического здоровья. Данные пациентки были отнесены к I группе СЗ. У 73-х из 84-х женщин (86,9%) были выявлены различные формы нарушений репродуктивного, соматического и психологического здоровья. Данным пациенткам индивидуальную программу диспансеризации составляли врачом-консилиумом в составе акушера-гинеколога и профильных специалистов.

Во II группу СЗ вошли 55 из 73-х обследуемых (75,3%) с приобретенными или обострившимися заболеваниями репродуктивной и экстрагенитальной систем, с симптомами постгистерэктомиического синдрома и психопатологическими состояниями. 18 больных (24,7%) с травмами и повреждениями органов мочеполовой системы, пролапсами гениталий, несостоятельностью рубца на матке после КС вошли в III группу СЗ.

Во всех группах состояния здоровья (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 женщины, в III группу ДН - 59 пациенток.

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. Оценка эффективности диспансеризации проводили через год по показателям: «выздоровления», «улучшения», «без изменения» и «ухудшения» (см. раздел «Введение»).

Лечебно-оздоровительные мероприятия проводили в соответствии с нозологическими причинами нарушения репродуктивного, соматического и психологического здоровья.

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

При идентификации причинно-значимого инфекта в эндометрии пациенткам 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 метаболические процессы в эндометрии и восстанавливающие его рецептивность, физиотерапевтические процедуры, улучшающие кровообращение в органах малого таза и активизирующие репаративные процессы (электрофорез с цинком, магнием; лазеротерапию, магнитотерапию, иглорефлексотерапию, озонотерапию).

После завершения комплексного лечения пациенткам с гипоменореей назначали комбинированную циклическую гормональную терапию Фемостон 1/10, 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 назначали 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 нижнего сегмента матки, 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 заинтересованности в беременности пациенткам назначали пролонгированные обратимые гормональные методы контрацепции (одностержневый имплантат с этоногестрелом).

Для больных с аменореей лечебные подходы носили междисциплинарный подход. Совместно со смежными специалистами осуществляли комплексную оценку функционального состояния периферических эндокринных желез, уточняли этиопатогенетическую форму гипопитуитаризма и степень поражения гипофиза.

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 в непрерывном режиме. При наличии противопоказаний - рекомендовали альтернативные МГТ средства (препараты фитоэстрогенов).

По результатам оценки социально-психологических и личностных особенностей пациенток психологом проведена специализированная психокоррекционная программа, направленная на коррекцию негативных последствий психотравмирующего опыта родов, осложненных массивными акушерскими кровотечениями.

3.6 Оценка эффективности диспансеризации женщин в отдаленном периоде после массивных акушерских кровотечений

Проведенные в рамках диспансеризации лечебно-оздоровительные мероприятия исследуемых способствовали восстановлению нормального ритма менструаций у 23-х из 27-ми женщин (85,2%): у 16-ти с гипоменореей и у 7-ми из 11-ти пациенток с вторичной аменореей. У четырех женщин (14,8%) с диагностированным пангипопитуитаризмом менструально-подобные реакции были восстановлены при назначении комбинированной циклической заместительной терапии аналогами половых стероидов.

Мероприятия по коррекции дисбиоза влагалищной микробиоты способствовали нормализации её количественного и качественного состава - достоверному росту частоты выявления облигатных представителей - лактобактерий, снижению концентраций УПМ (Таблица 28).

Допплерометрическое исследование маточной перфузии после комплексного лечения продемонстрировало достоверное снижение значений исследуемых параметров в базальных и спиральных артериях сосудистого бассейна матки не только по сравнению с исходным фоном, но и восстановление значений уголнезависимых индексов кривых скоростей кровотока до нормативных у 20-ти из 24-х больных (80,0%) (Таблица 29).

Гистологическое исследование аспиратов эндометрия на 5-8-ой дни менструального цикла, продемонстрировало отсутствие признаков воспаления. Состояние слизистой полости матки было адекватно дню менструального цикла у 20-ти из 22-х пациенток (90,9%).

Подтверждением восстановления функционального состояния эндометрия у женщин, страдавших олиго- и гипоменореей была нормализация продукции АМГФ, определяемая в смыве из полости матки на 22-24-й дни менструального цикла (Таблица 30).

Таблица 28 - Количественный и качественный состав микробиоты влагалища у пациенток исследуемых групп после лечения (технология ПЦР в реальном времени, Фемофлор 16), %, lg КОЕ

№	Виды м/о	I группа, n=27		II группа, n=43	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
		Частота обнаружения (%) / Количество, lg КОЕ			
Нормофлора					
1	Lactobacillus spp.	25,9/4,5±0,5	81,5/8,3±0,2*	25,6/3,1±0,3	81,4/8,1±0,3*
Факультативно-анаэробные микроорганизмы					
2	Enterobacterium spp.	14,8/3,0±0,1	11,1/2,1±0,1	20,9/4,0±0,2	16,3/3,1±0,1*
3	Streptococcus spp.	33,3/3,0±0,1	25,9/2,4±0,1	20,9/4,1±0,2	16,3/3,6±0,3*
Облигатно-анаэробные микроорганизмы					
5	Gradnerella vaginalis\Prevotella bivia\Porphyromonas spp.	63,0/8,5±0,5	11,1/2,3±0,1*	48,8/7,2±0,3	21,3/2,1±0,1*
6	Eubacterium spp.	59,3/5,8±0,5	14,8/3,1±0,2*	51,2/6,1±0,2	20,9/2,4±0,1*
7	Sneathia spp.\Leptotrihia spp.\Fusobacterium spp.	25,9/4,1±0,5	14,8/2,4±0,3*	18,6/3,7±0,4	4,7/2,5±0,2
8	Megasphaera spp.\Veillonella spp.\Dialister spp.	18,5/3,4±0,2	7,4/3,1±0,2*	Не обнаружено	Не обнаружено
9	Corynebacterium spp.	40,7/4,0±0,3	22,2/2,1±0,2*	51,2/5,0±0,2	26,6/4,1±0,3*
10	Peptostreptococcus spp.	14,8/2,7±0,4	11,1/2,3±0,1	18,6/3,1±0,2	9,3/3,1±0,1
11	Atopobium vaginae	55,6/8,7±0,3	14,8/2,6±0,4*	39,3/5,2±0,3	20,9/2,4±0,2*
Микоплазмы					
12	Mycoplasma hominis	11,1/1,2±0,1	3,7/1,2±0,08	Не обнаружено	Не обнаружено
13	Ureaplasma (urealyticum + parvum)	7,4/1,1±0,1	3,7/1,2±0,08	4,7/2,4±0,1	2,3/1,6±0,2*
Дрожжеподобные грибы					
14	Candida spp.	11,1/4,2±0,3	7,4/3,0±0,1*	20,9/5,1±0,1	6,9/3,0±0,2*

Контрольное исследование рубца на матке после реконструктивной метропластики у 6-ти больных через 3 и 6 месяцев показало формирование

состоятельного рубца: толщина миометрия в проекции послеоперационного рубца более 4 мм, однородность эхоструктуры, удовлетворительная васкуляризация зоны рубца.

Таблица 29 – Допплерометрические показатели кровотока в артериях сосудистого бассейна матки после лечебно-реабилитационных мероприятий (M±m)

Пациентки	Маточные артерии			Радиальные артерии		
	ПИ	ИР	СДО	ПИ	ИР	СДО
До лечения, n=24	2,70± 0,03*	0,88± 0,02*	6,19 ± 1,03*	*1,24± 0,01	0,78± 0,07*	3,82± 0,66*
После лечения, n=24	2,50± 0,02*#	0,73± 0,03*#	4,14± 0,01*#	1,20± 0,02*#	0,70± 0,01	3,25± 0,21*#
Нормативные значения	2,41± 0,01	0,70± 0,04	3,21 ± 0,04	1,19± 0,04	0,67± 0,08	3,05± 0,66

Примечание (p<0,05)* - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с нормативными значениями и (p<0,05)*# - с показателями до лечения

Таблица 29 (продолжение) – доплерометрические показатели кровотока в артериях сосудистого бассейна матки после лечебно-реабилитационных мероприятий (M±m)

Пациентки	Базальные артерии			Спиральные артерии		
	ПИ	ИР	СДО	ПИ	ИР	СДО
До лечения, n=24	0,92± 0,16*	0,63± 0,01*	3,85± 0,02*	0,71± 0,03*	0,69± 0,01*	2,97± 0,04*
После лечения, n=24	0,82± 0,04*#	0,51± 0,01*#	2,4± 0,21	0,64± 0,02*#	0,50± 0,02	2,51± 0,03
Нормативные значения	0,81± 0,09	0,50± 0,07	2,2 ± 0,56	0,62± 0,01	0,49± 0,01	2,42± 0,08

Примечание (p<0,05)*# - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с нормативными значениями и показателями до лечения

Таблица 30 Концентрация АМГФ в менструальной крови исследуемых пациенток после лечения (M±m)

Исследуемые пациентки	АМГФ, нг/мл	
	До лечения	После лечения
I группа (пациентки с нормальным менструальным циклом), n=12	23,6±2,7*	-
I группа (пациентки с олиго-, гипоменореей), n=16	12,4±3,2*	22,6±1,7**
Нормативные значения	16–70	16-70

Примечание (p<0,05)* - достоверность отличий по одноименному признаку по сравнению с нормативными значениями и (p<0,05)** - с показателями до лечения

Нормализация гематологических показателей отмечена у 95,8% пациенток I группы, страдавших анемией.

Положительные результаты диспансеризации отметили также у пациенток II группы, перенесших гистерэктомию (Таблица 31). Установлено достоверное снижение частоты симптомов синдрома постгистерэктомии: вегето-сосудистых (с 46,7% до 11,1%) и психо-эмоциональных нарушений (с 53,3% до 15,6%, $\chi^2 = p < 0,01$), увеличение доли пациенток с компенсированной формой ХПН (с 34,8% до 65,2%, $p < 0,05$), с пиелонефритом в стадии стойкой ремиссии (с 11,1% до 83,3%).

Таблица 31 Динамика жалоб пациенток II группы после лечения

Жалобы	II группа, n=45 до лечения	II группа, n=45 после лечения	χ^2 , p
	%, 95% ДИ	%, 95% ДИ	
Психо-эмоциональные симптомы	53,3 [42,1-67,4]	15,6[9,4-28,1]	14,22 p<0,01
Вегето-сосудистые нарушения	46,7 [37,2-59,4]	11,1[4,3-21,2]	13,84, p<0,01
Быстрая утомляемость	75,6 [64,9–89,3]	24,4[13,4-41,2]	23,51, p<0,01
Гипотония	68,9[59,9–74,7]	55,6[62,4-88,1]	1,70, p>0,05
Сонливость	88,9[79,6–94,7]	46,7[28,4-62,1]	18,36 p<0,01
Снижение памяти	66,7 [54,2–72,6]	57,8[17,6-61,2]	0,76 p>0,05
Ломкость ногтей	53,3 [42,1-67,4]	44,4[32,1-59,3]	0,71 p>0,05
Склонность к запорам	8,9 [3,6-14,1]	6,7[2,1-19,2]	0,16, p>0,05
Сухость кожных покровов	53,3 [42,1-67,4]	44,4[32,1-59,3]	0,71 p>0,05
Сочетание жалоб	86,7 [74,6–89,8]	62,2[55,3–68,7]	7,07, p<0,01

При проведении диспансеризации сократилось число пациенток с симптомами надпочечниковой и тиреоидной недостаточности (с 26,7% до 11,1%, $p < 0,05$), с вторичной анемией (с 66,7% до 26,7%, $p < 0,05$), с частыми рецидивами различных нозологических форм ЭГЗ (с 86,7% до 26,7%, $p < 0,05$).

После лечебно-оздоровительных мероприятий у оптимизирован тип психогестационной доминанты. У 12-ти из 14-ти пациенток (82,4%) наступила желанная беременность в течение 4-х - 6-ти месяцев. Рождение в срок доношенных детей отмечено у всех женщин (100,0%): у 10-ти (83,3%) родами через естественные родовые пути, у 2-х (16,7%) - плановыми кесаревыми сечениями. Родов осложненных акушерскими кровотечениями не было.

Психокоррекционная программа, проведенная медицинским психологом оптимизировала соотношение типов психогестационной доминанты у 85,7% женщин, снизила повышенный уровень тревоги и депрессии (Рисунки 17 и 18).

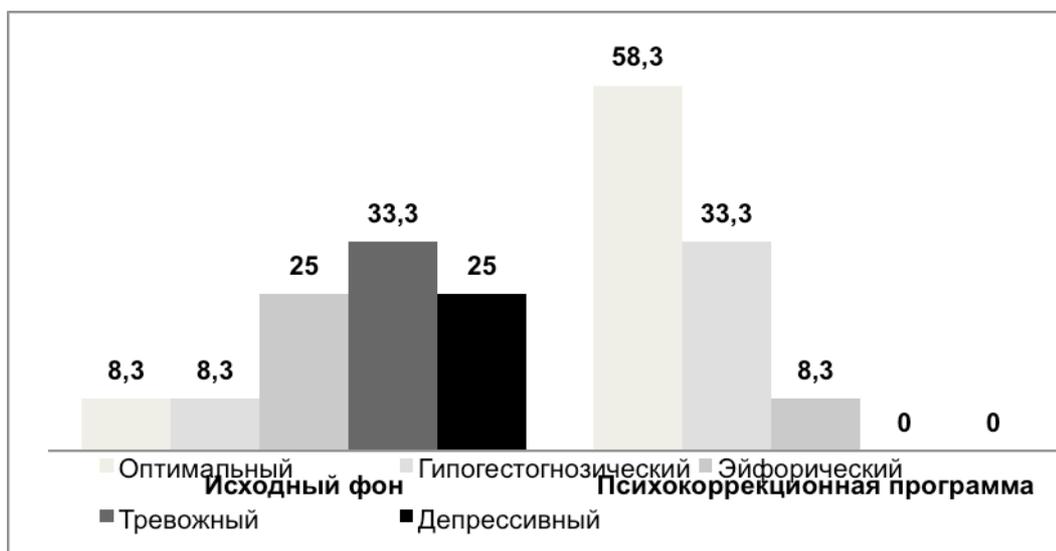


Рисунок 17 - Доминирующие типы психологического компонента гестационной доминанты у пациенток, планирующих беременность после завершения психокоррекционной программы, (%)

У 12-ти женщин без репродуктивных планов, а также у 36-ти перенесших гистерэктомию в результате акушерских кровотечений, купирование имевшихся невротических состояний характеризовалось положительной динамикой основных тестовых показателей – симптомов снижения настроения, тревоги и депрессии (Рисунки 19 и 20).

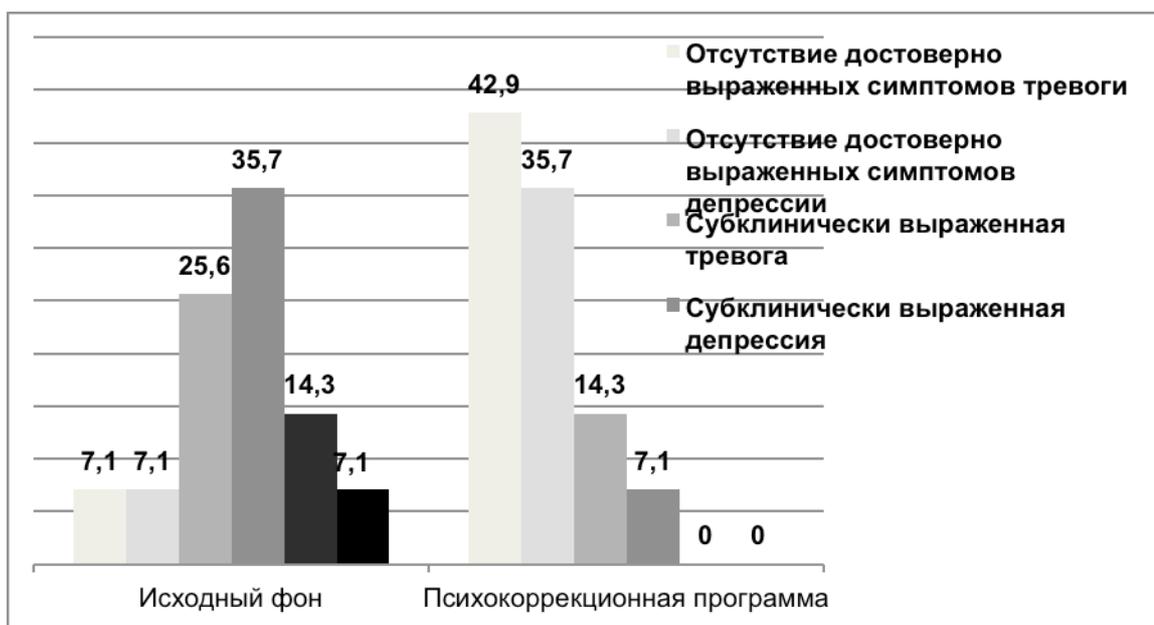


Рисунок 18 - Динамика симптомов тревоги и депрессии по HADS у пациенток, планирующих беременность после завершения психокоррекционной программы, (%)

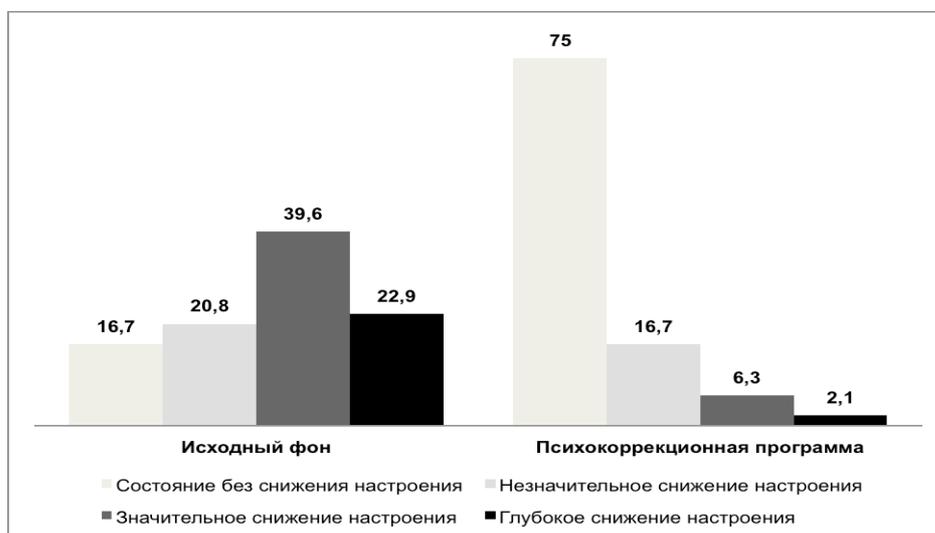


Рисунок 19 - Динамика симптомов снижения настроения по ШСНС у пациенток, не планирующих беременность и перенесших гистерэктомию после завершения психокоррекционной программы, (%)

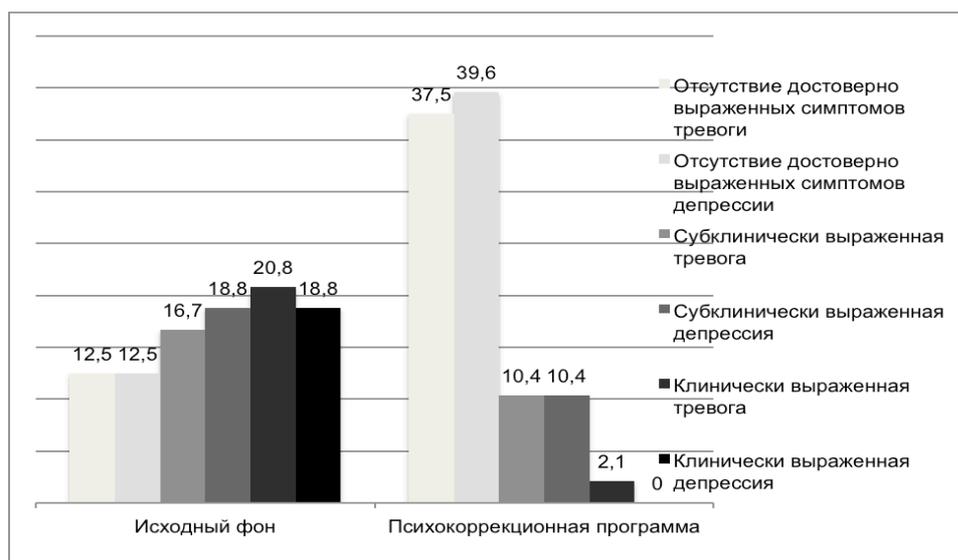


Рисунок 20 - Динамика симптомов тревоги и депрессии по HADS у пациенток, не планирующих беременность и перенесших гистерэктомию после завершения психокоррекционной программы, (%)

Привлечение к психотерапевтической работе членов семьи в формате семейной системной терапии способствовало улучшению межличностных взаимодействий, снижению у женщин уровня агрессии и чувства вины, стабилизации общего фона настроения и гармонизации супружеских отношений в целом.

Наблюдение за женщинами с наступившей желанной беременностью осуществляли в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом МЗ РФ от «01» ноября 2012 г. № 572н.

Проведенная через год оценка эффективности диспансеризации, показала следующее.

В I группе ДН ни у одной пациентки не возникли показания для перевода в группы больных. В результате выздоровления, нормализации клинических и лабораторных показателей состояния репродуктивного и соматического здоровья в I группу ДН из II и III групп ДН были переведены 21,9% женщин. Улучшение показателей репродуктивного соматического и психологического здоровья (стойкая ремиссия заболеваний) отмечено у

61,6% пациенток. Состояние без значимых изменений, а также ухудшение здоровья, выявлено соответственно у 12,3% и 4,1% исследуемых больных.

Резюме.

Исследование катамнеза пациенток, переживших массивную кровопотерю в родах выявило отсутствие последовательных, систематических, патогенетически обоснованных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, которые возможны лишь при условии реальной, а не формальной диспансеризации. Ни в одном из действующих регламентирующих документов не представлена характеристика групп здоровья женщин, перенесших критические акушерские состояния, а их диспансерный учёт после патологических родов не обозначен индивидуальным и обязательным. Схема динамического наблюдения за «едва не погибшими» родильницами отсутствует.

Универсальной рекомендацией для всех родильниц после выписки из стационара являлось направление в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде, которое имело ограниченные сроки (45 дней) и не предполагало их дальнейшего активного мониторинга.

Профилактические гинекологические осмотры сводились к единичным самостоятельным обращениям по мере появления различных жалоб. Ни одна из исследуемых пациенток, приобретя тяжелые осложнения перенесенной патологии, не была распределена акушером-гинекологом или профильным специалистом в индивидуальную группу состояния здоровья (СЗ) и диспансерного наблюдения (ДН).

Низкая частота применения надежных методов контрацепции (13,8%) определяла возникновение нежелательных беременностей в сроках до 6 месяцев после критического состояния, которые у каждой второй женщины (56,5%) завершились искусственным абортом. Эмпиричность предгравидарной подготовки и критериев «готовности» к новой беременности обу-

славливали спонтанное прекращение гестации в виде неразвивающихся беременностей и самопроизвольных абортов у 43,5% женщин. Дисменорея (61,5%) и бесплодие (41,2%) у пациенток с сохраненным репродуктивным органом развились вследствие структурно-функциональных нарушений эндометрия (81,5%) и гипофизарно-яичниковых эндокринопатий (вторичной аменореи центрального генеза - 45,8%, недостаточности лютеиновой фазы – 54,2%).

У 76,2% пациенток, перенесших гистерэктомию прогрессировали хронические ЭГЗ. Развились последствия ОПН: ХПН у 71,9%, рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей у 56,3%, гломерулонефрит и нефрогенная АГ у 21,25%. Вторичные эндокринопатии (недостаточность коры надпочечников и щитовидной железы), симптомы постгистерэктомического синдрома и последствия экстренных оперативных вмешательств (повреждения и травмы мочеточников, функциональное недержание мочи) сопровождали жизнь после пережитой акушерской катастрофы соответственно 26,7%, 46,6% и 26,7% пациенток.

Результаты исследования продемонстрировали необходимость проведения адекватной психотерапевтической помощи женщинам, пережившим утрату детородной функции или плода в результате массивных акушерских кровотечений. Психо-эмоциональные нарушения у этих пациенток характеризуются высокой частотой развития состояний сниженного настроения (86,5%, $\chi^2=29,794$, $p<0,01$), клинически выраженной тревоги (42,3%, $\chi^2=7,649$, $p<0,01$) и депрессии (32,5%, $\chi^2=5,849$, $p<0,05$). Этим больных отличает высокий уровень личностной (46,2%, $\chi^2=12,097$, $p<0,01$) и ситуативной тревожности ($\chi^2=9,713$, $p<0,01$), 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%, $\chi^2=24,551$, $p<0,01$). При сочетании репродуктивных потерь риск развития нарушений психологического здоровья в отдаленном периоде выше в 2 раза ($OR=1,977[1,495-2,614]$, $p<0,05$). Данные пациентки формируют группу риска психологической незавершенности пе-

реживания репродуктивных потерь, что вносит дополнительный вклад в формирование синдрома «приобретенной материнской заболеваемости» в отдаленном периоде.

Проведенная диспансеризация женщин, переживших массивную кровопотерю в родах, основанная на формировании групп состояния здоровья и реабилитационных мероприятий позволила улучшить состояние репродуктивного, соматического и психологического здоровья. В течение года в I группе ДН - «практически здоровых» женщин не возникло показаний для перевода их в группы больных. Удельный вес женщин из II и III групп ДН, снятых в течение года с диспансерного учета с «выздоровлением» составил 21,9%. «Улучшение» состояния репродуктивного соматического и психологического здоровья (компенсированное течение заболевания, редкие и непродолжительные периоды потери трудоспособности) отмечено у 61,6% пациенток. Состояние «без изменений» (субкомпенсированное течение заболевания, частые обострения и продолжительные периоды потери трудоспособности выявляли у 12,3%, а «ухудшение» состояния (декомпенсированное течение, устойчивые патологические изменения, ведущие к стойкой утрате трудоспособности) - у 4,1% исследуемых пациенток.

ГЛАВА IV. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Материнство с древних времён занимало центральное место в духовном сознании человечества, обладая глубоким поэтическим смыслом, не менее важным для человека, чем поэзия любви, героизма и мужества [14]. Потеря матери на пороге этого пути – наибольшая катастрофа из всех человеческих трагедий.

Смерть от осложнений беременности и родов – цена за желанное, но не достигнутое материнство. Поль де Крюи в «Борьбе со смертью» (1936) рассказывает о «сражении» равнодушного врача за жизни матерей, умиравших тысячами в родильной горячке - в 19 веке из-за неразвитости медицины, а в 20-м веке - от безразличия, халатности и косности врачей, отмахивающихся от важных открытий [21].

Всеобщая декларация Прав Человека гласит: «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, включая медицинский уход и необходимое социальное обслуживание» [173]. Бедность и поголовное отсутствие грамотности населения юга Африки, некоторых стран Латинской Америки и Индии являются воплощением нарушения прав человека не только в вопросах благосостояния. По словам Линн Фридман, директора центра предупреждения МС и инвалидности Колумбийского университета общественного здравоохранения, «..это человеческая трагедия, когда женщина умирает во время родов, и ее смерть навсегда меняет жизнь своей семьи для всех будущих поколений [114].

Инструментом успешного контроля качества деятельности службы охраны материнского здоровья признано исследование случаев «едва выживших» пациенток в результате тяжёлых акушерских осложнений (Near miss maternal morbidity – MNM), впервые предложенное Отделом Репродуктивного Здоровья ВОЗ в 2009 году [157].

Справедливо и убедительно указано на ряд потенциальных преимуществ исследования случаев тяжелой акушерской заболеваемости. Первое - если пациентка выжила после угрожающего жизни акушерского осложнения - обсуждение случая на клиничко-анатомической конференции пройдет в более доброжелательной атмосфере критики коллег, чем в случае летального исхода. Второе - разбор такого случая не подразумевает «поиск виновного», а направлен на вычленение позитивных эффектов предпринятой тактики, позволивших предотвратить трагический исход. Третье - если женщину удалось спасти, можно получить важную информацию о ходе событий у нее самой.

В отличие от материнской смерти, «критический случай» – достаточно размытое понятие, неоднозначность которого определяются субъективностью оценки и различной трактовкой клиницистами возникших осложнений беременности или родов [128; 145; 146; 147; 150; 152; 154; 156].

Тем не менее, под критическим состоянием в акушерстве понимают крайнюю степень патологии, при которой требуются искусственное замещение или активная поддержка жизненно важных функций организма матери и плода, в связи с рассогласованием у них ауторегуляции.

Одной из важнейших задач практического здравоохранения для снижения материнской смертности (МС) выступает исследование критических состояний в акушерской и реанимационной практике с учетом подробного анализа причин их развития и мероприятий, проведенных для спасения жизни.

В случае, когда пациентку удалось спасти, нарушение жизненно важных функций организма в результате шока и терминального состояния зачастую сопровождается трагическим исходом для плода и утратой для женщины репродуктивной функции. Отрадно признать, что в настоящее время, гистерэктомия при акушерских кровотечениях все чаще становится лишь «крайней» мерой, завершающим этапом неотложных предшествующих методов хирургического гемостаза, позволяющим сохранить жизнь женщины

[1;2;3]. При этом, экстренные органосохраняющие оперативные вмешательства, выполненные женщинам активного репродуктивного возраста, лишают их функции воспроизводства и их последующая жизнь сопровождается сложным восстановлением рассогласованных функций жизненно важных органов, психологической и социальной адаптацией.

Литературные данные свидетельствуют, что аспекты реабилитации женщин, перенесших угрожающие жизни патологические состояния в родах, неотложную гистерэктомию в критической акушерской ситуации остаются изученными недостаточно. Отсутствие алгоритмов обследования и мониторинга репродуктивного, соматического и психологического здоровья пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения определило цель и задачи настоящего исследования.

В соответствии с поставленными целью и задачами были обследованы 84 пациентки, пережившие угрожающие жизни массивные акушерские кровотечения, зарегистрированные в РО в период с 2012 по 2014 гг., предоставившие добровольное согласие для участия в исследовании их соматического, репродуктивного и психологического здоровья в отдаленном периоде.

Критериями включения являлись перенесенные за 1,5 – 2 года до настоящего исследования массивные акушерские кровотечения во время беременности, в родах или в послеродовом периоде, соответствующие идентификационным критериям «near miss» (ВОЗ, 2009).

Различные исходы массивной кровопотери в отношении репродуктивного органа (сохранение матки в результате успешного гемостаза при акушерских кровотечениях или гистерэктомия) определили распределение женщин в две клинические группы.

I группу составили 39 пациенток, у которых органосохраняющие консервативные и хирургические методы гемостаза при массивных акушерских кровотечениях были эффективными в отношении сохранения репродуктивного органа. Во II группу вошли 45 женщин, перенесшие гистерэктомию.

Для исследования психологического здоровья в отдаленном периоде после пережитого критического состояния были сформированы 4 клинические группы, отличные по исходам массивной кровопотери в родах не только в отношении репродуктивного органа, но и плода – благоприятный или перинатальная потеря. Добровольными участницами данного этапа исследования стали 67 из 84-х пациенток (79,8%). 1-ю группу составили 14 женщин с сохраненной маткой, но потерей плода. Во 2-ю группу вошла 21 пациентка с благоприятными исходами для плода, но с утратой репродуктивного органа. 3-я группа представлена 15-ю женщинами с сочетанием перинатальной потери и гистерэктомии. 4-ю группу (контрольную) составили 17 пациенток, у которых массивные акушерские кровотечения не сопровождались гистерэктомией и перинатальными потерями.

Проспективный этап работы включал исследование соматического, репродуктивного и психологического здоровья пациенток в отдаленном периоде после пережитых критических состояний, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий с последующей оценкой их эффективности.

По данным официальной статистики в РО за пятилетний период (2010-2014 гг) показатели акушерских кровотечений не имели тенденции к снижению. В их структуре кровотечения, развившиеся в последовом и послеродовом периодах оставались лидирующей причиной неотложных гистерэктомий, показатель которых превышал общероссийский уровень в 1,3 раза. Полученные данные подчеркивали актуальность последствий пережитых критических состояний в родах, которые остаются важнейшими причинами приобретенной материнской заболеваемости, отражающих нерешенные вопросы мониторинга и активной диспансеризации данных пациенток.

Анамнестические данные, полученные из архивной медицинской документации, показали, что всех исследуемых пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения 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 ро-

дов ($\chi^2=1,100$, $p>0,05$), частоты медицинских ($\chi^2=0,038$, $p>0,05$) и самопроизвольных абортов ($\chi^2=0,014$, $p>0,05$), неразвивающихся беременностей ($\chi^2=0,072$, $p>0,05$) и перенесенных гинекологических неинфекционных заболеваний ($\chi^2=1,054$, $p>0,05$). Совместно с профильными специалистами нами не выявлено достоверных отличий в частоте перенесенных ЭГЗ в группах с различными исходами акушерских кровотечений ($\chi^2=3,24$, $p>0,05$). Указания в медицинской документации на болезни сердечно-сосудистой ($\chi^2=0,527$, $p>0,05$), мочевыделительной ($\chi^2=0,527$, $p>0,05$), эндокринной систем ($\chi^2=0,440$, $p>0,05$) и дыхательной ($\chi^2=0,227$, $p>0,05$), желудочно-кишечного тракта ($\chi^2=0,011$, $p>0,05$) были сопоставимы.

Преградивными факторами, совокупность которых достоверно повышала риск гистерэктомии при акушерских кровотечениях являлись: неоднократные оперативные гинекологические вмешательства (ОР=1,938 [1,200-3,130], $p<0,05$), сочетание гинекологических заболеваний (ОР=2,012 [1,35-3,00], $p<0,05$), соматический анамнез, отягощенный хроническими болезнями одновременно нескольких экстрагенитальных систем (ОР=3,714 [1,356-10,175], $p<0,05$).

Аналитическое изучение данных медицинской документации позволило выявить ряд антенатальных факторов, значимо чаще встречаемых у тех женщин, чей репродуктивный орган сохранить не удалось при развитии акушерских кровотечений. Угроза прерывания беременности на ранних сроках ($\chi^2=5,371$, $p<0,05$) и рецидивирующие нарушения влагалищной микробиоты ($\chi^2=12,907$, $p<0,01$) повышали риск гистерэктомии в 1,7 раза (ОР=1,716 [1,237-1,504], $p<0,05$). Анемия ($\chi^2=1,302$, $p<0,05$), 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], $p<0,05$).

Прирост антенатальных факторов риска определил перераспределение беременных из категорий «низкого» и «среднего» в группу «высокого» перинатального риска, который достоверно чаще встречался среди исследуемых,

утративших матку в результате массивных акушерских кровотечений ($\chi^2=5,641$, $p<0,05$). Данный фактор повышал риск гистерэктомии при развившихся акушерских кровотечениях более чем в два раза (OR=2,073 [1,39-3,08]), $p<0,05$.

Известно, что в ряду ошибочных, научно необоснованных представлений и подходов, последствия которых характеризуются как проявления «акушерской агрессии», распространена тактика родовозбуждения при незрелых родовых путях, ведущая в последующем к развитию дискоординированной родовой деятельности, к стремительным родам, массивным атоническим кровотечениям, родовому травматизму матери и плода [32; 39; 41; 42; 64; 67; 70; 73; 76].

По данным исследования частота оперативного родоразрешения достоверно не отличалась у пациенток с сохраненной маткой (I группа) или перенесших гистерэктомию (II группа) ($\chi^2=0,420$, $p>0,05$). Однако, доля экстренных КС в группе пациенток, перенесших гистерэктомию была статистически более высокой ($\chi^2=4,232$, $p<0,05$). Риск утраты репродуктивного органа в результате массивной кровопотери при данном способе родоразрешения во II группе был выше в 1,7 раза (OR=1,709 [1,969-3,015], $p<0,05$).

Причины, изменившие первоначальный план ведения родов через естественные родовые пути, определялись как неотложными состояниями, объективно угрожающими жизни роженицы и плода (ПОНРП, преэклампсия в родах, острый интранатальный дистресс плода), так и совокупными осложнениями, представляющими потенциальный перинатальный риск (аномалии родовой деятельности, патологический прелеминарный период, изменение цвета околоплодных вод и их несвоевременное излитие) ($\chi^2=0,308$, $p>0,05$). При этом, ряд факторов, определивших интранатальный прирост баллов перинатального риска во II группе пациенток, утративших в последующем репродуктивный орган в борьбе за жизнь при акушерских кровотечениях отмечали достоверно чаще по сравнению с I группой. Среди них наиболее значимыми были дородовое излитие околоплодных вод при отсутствии родовой

деятельности в течение 6 часов ($\chi^2=4,46$, $p<0,05$) и развитие аномалий родовой деятельности ($\chi^2=9,09$, $p<0,05$). Данные осложнения повышали риск гистерэктомии при развившихся 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], $p<0,05$). У пациенток, перенесших гистерэктомию сочетание данных факторов интранатального риска отмечали достоверно чаще ($\chi^2=11,602$, $p<0,01$). Их совокупность повышала риск гистерэктомии практически в 4 раза (OR=3,896 [1,36-11,7], $p<0,05$).

По данным И.Н. Костина (2012) сумма баллов риска, накопленная за несколько часов родов, может в несколько раз превысить таковую, приобретенную за месяцы беременности [32]. Интранатальный прирост (ИП) – показатель, широко применяемый клиницистами, как объективный параметр течения процесса родов, объединяющий показатели антенатального и интранатального рисков. При этом, важную роль играют пороговые значения показателя для групп женщин различного перинатального риска.

В I группе прирост интранатальных факторов, превышающий допустимые значения для «среднего» риска не был своевременно выявлен у 5-ти из 28-ми пациенток (17,9%), а во II группе - у 15-ти из 17-ти женщин (82,1%) ($\chi^2=21,219$, $p<0,01$). В I группе ИП превысил допустимые значения у одной из 7-ми женщин «высокого» риска (14,3%), а во II группе у 18-ти из 28-ми (64,3%) $\chi^2=5,641$, $p<0,05$. Недооценка превышения пороговых значений прироста интранатальных факторов в группах женщин «среднего» и «высокого» риска увеличивали риск гистерэктомии при акушерских кровотечениях практически в три раза (OR=2,891 [1,763-4,739], $p<0,05$).

В структуре массивных акушерских кровотечений у пациенток исследуемых групп наибольшую долю составляли гипо- и атонические (73,8%), которые у большей половины рожениц (79,0%) развились после оперативного родоразрешения (интраоперационно и/или в раннем послеродовом периоде). Второе место в структуре критических состояний принадлежало крово-

течениям, связанным с плотным прикреплением плаценты (15,5%), третье - кровотечениям, связанным с ПОНРП (10,7%).

Родами через естественные родовые пути беременность завершилась для наименьшей доли рожениц в обеих группах. Частота КС достоверно не отличалась у пациенток с сохраненной маткой (I группа) или перенесших гистерэктомию (II группа) ($\chi^2=0,420$, $p>0,05$), однако экстренных кесаревых сечений в группе пациенток, перенесших гистерэктомию было статистически больше ($\chi^2=4,232$, $p<0,05$). Проведение срочного оперативного родоразрешения достоверно повышало риск гистерэктомии при развившихся кровотечениях (OR=3,239 [1,325-7,917], $p<0,05$).

Общее число примененных органосохраняющих методов хирургического гемостаза в исследуемых группах достоверно не отличалось (82,1% в I группе [78,1-92,3] и 93,3% во II [78,0-99,4], ($\chi^2=2,536$, $p>0,05$). Однако, «затянутые» сроки их проведения определяли прогрессивное увеличение кровопотери, острый дефицит ОЦК, нарушение сердечной деятельности, развитие анемической и циркуляторной форм гипоксии, дестабилизацию системной гемодинамики, быстрое истощение компенсаторно-защитных механизмов.

Полученные результаты свидетельствовали, что исходный объем кровопотери при родах через естественные родовые пути у женщин I и II групп достоверно не отличался и составлял соответственно 21,4% и 20,10% ОЦК ($p>0,05$). Однако при выполнении консервативных гемостатических мероприятий объем кровопотери у пациенток II группы двукратно превысил таковой в I группе (соответственно 15,3% и 7,2% ОЦК, $p<0,05$). При сопоставимой кровопотере в период проведения хирургических органосохраняющих методов остановки кровотечения в I и II группах (соответственно 4,7% и 5,9% ОЦК) консервативная тактика была неэффективна. Общий объем кровопотери во II группе был достоверно выше чем в I группе (соответственно 41,3% и 33,3% ОЦК, $p<0,05$). В целом это увеличило риск последующей гистерэктомии в 2,9 раза (OR=2,933, [1,065-8,083], $p<0,05$).

В ходе планового КС в I и II группах исходный объем кровопотери был также сопоставим (соответственно 20,1% и 23,2% ОЦК, $p>0,05$). Различная продолжительность проведения консервативных методов гемостаза определяла значимо более высокий объем дополнительной кровопотери во II группе чем в I при переходе к хирургическому гемостазу (соответственно 14,4% и 6,1% ОЦК, $p<0,05$). Достоверно более высокий общий объем кровопотери во II группе по сравнению с I группой (соответственно 44,5% и 31,4% ОЦК, $p<0,05$) повысил риск гистерэктомии в 3,4 раза ($OR=3,442$, [2,071-7,263], $p<0,05$).

При экстренном КС отмечена та же закономерность. У пациенток с сохраненной маткой (I группа) кровопотеря на момент завершения консервативных методов остановки кровотечения (30,9% ОЦК), а также её общий объем (36,4% ОЦК) были достоверно ниже по сравнению с таковыми у рожениц II группы (соответственно 42,2% и 48,4% ОЦК, $p<0,05$). При данном способе родоразрешения это увеличило риск потери репродуктивного органа в 4,8 раза ($OR=4,823$, [3,102-6,344], $p<0,05$).

Полученные результаты продемонстрировали значимую роль своевременности проведения органосохраняющих мероприятий в исходах акушерских кровотечений для репродуктивного органа, что согласуется с мнением многих авторов [6; 8; 9; 17; 18; 20; 26; 35; 46; 76]

Важная роль уровня акушерского стационара, в котором произошло критическое состояние, как для матери, так и для плода доказано многими исследователями [2; 24; 29; 38; 70; 42; 73].

Ожидать благоприятного исхода при массивной кровопотере в родах в условиях маломощного учреждения следует лишь при полном объеме неотложных мероприятий, своевременном переводе женщин на высокотехнологичный этап лечения с гарантированным минимумом диагностических ошибок, адекватным обследованием и высококвалифицированной медицинской помощью.

По данным проведенного исследования все лечебные учреждения, в которых было проведено родоразрешение и оказана неотложная медицинская помощь при акушерских кровотечениях пациенткам I и II группы соответствовали II уровню. Достоверно более высокой оказалась частота перегоспитализаций в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) многопрофильных медицинских стационаров г. Ростова-на-Дону во II группе: 40 женщин (88,9%) против 15-ти (38,5%) в I группе, $\chi^2=23,503$, $p<0,05$. Перевод больных в течение первых двух суток после родоразрешения осуществлялся с равной частотой - в I группе (75,0% [63,1-85,3] и 70,4% [57,4-82,6] во II группе – ($\chi^2=0,088$, $p>0,05$). Оказалось, что сроки перегоспитализации пациенток в данном случае не оказывали влияния на риск проведения гистерэктомии (OR=1,072[0,688-1,669], $p>0,05$).

27 рожениц II группы, переведенные из ЛПУ в многопрофильные стационары с сохраненной маткой в последующем все же лишились репродуктивного органа в результате развития септических осложнений, прогрессирования СПОН, поздних послеродовых кровотечений (в среднем на $5,52\pm 0,64$ сутки после родоразрешения).

По данным исследования промедление с переходом от консервативной тактики к оперативному этапу лечения геморрагического шока, недооценка объема кровопотери и тяжести состояния рожениц, определяли бесперспективность органосохраняющих методов и лишали пациенток репродуктивного органа на любом уровне родовспомогательного учреждения. Зачастую это определялось попытками специалистов любыми способами отсрочить гистерэктомию. Несвоевременно проведенные консервативные манипуляции и отсроченный переход к хирургическим органосохраняющим методам остановки кровотечения увеличивали риск последующей гистерэктомии у пациенток II группы в 6,2 раза (OR=6,241, [4,211-7,104], $p<0,05$).

«Запаздывание» с выполнением радикального хирургического гемостаза в сочетании с организационными и лечебно-диагностическими просчетами привело к вовлечению в СПОН достоверно большего числа систем

жизнеобеспечения в группах родильниц, перенесших гистерэктомию, по сравнению с пациентками, чей репродуктивный орган удалось сохранить (в среднем $3,41 \pm 0,07$ систем во II группе и $2,33 \pm 0,07$ – в I группе), ОШ=14,63[4,89-43,76], $p < 0,01$. Количество «поврежденных» систем организма более трех повышало риск гистерэктомии в 7 раз (ОР=6,93 [3,04-15,82] $p < 0,01$).

При проведении посиндромной интенсивной терапии в ОРИТ многопрофильных стационаров динамика лабораторных параметров у пациенток исследуемых групп была различной. Во II группе больных изменения показателей свидетельствовали о прогрессировании синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и СПОН. У этих же пациенток маточная дисфункция характеризовалась замедлением темпов инволюции послеродовой матки, нарушением сократительной способности миометрия, замедлением оттока лохий, развитием метроэндометрита, поздних послеродовых кровотечений. Среди анализируемых лабораторных параметров прогностически значимыми в отношении гистерэктомии были: прогрессивное снижение уровня тромбоцитов (ОР=3,24 [1,01-8,43] $p < 0,01$), рост палочкоядерных нейтрофилов (ОР=2,214 [1,392-6,522], $p < 0,05$). Параметры маточной дисфункции - субинволюция матки, метроэндометрит повышали вероятность удаления репродуктивного органа в 5 раз (ОР=4,938 [1,20-11,13], $p < 0,05$).

При прогрессировании СПОН после применения органосохраняющих хирургических методов гемостаза при массивных акушерских кровотечениях зачастую возникает вопрос о дальнейшем прогнозе для сохраненной матки. С помощью метода множественной регрессии были отобраны 9 информативных прогностических факторов. Разработана компьютерная программа автоматического вычисления прогностического индекса ПИ, который следует учитывать при дифференциации лечебной тактики в отношении сохранения репродуктивного органа в динамике ведения данных пациенток (Глава II, 2.1.6).

Продолжительность пребывания родильниц в условиях ОРИТ была различной: для женщин I группы данный период в среднем составил $4,2 \pm 0,61$ суток, а для пациенток II группы достоверно дольше – $9,1 \pm 1,3$ суток ($p < 0,05$). После стойкого восстановления гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекции метаболических нарушений и стабилизации жизненно важных функций все пациентки были переведены в гинекологические и профильные отделения. Общая продолжительность стационарной помощи в учреждениях родовспоможения, ОРИТ и в профильных отделениях также статистически отличалась. У пациенток с сохраненным репродуктивным органом период лечения до выписки в среднем составлял $18,2 \pm 2,1$ суток, а во II группе – $26,1 \pm 1,6$ суток ($p < 0,05$).

В выписных эпикризах исследуемых пациенток содержались рекомендации о постановке на учет в ЖК по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде, о продолжении антианемической терапии, приеме поливитаминов, половом покое, грудном вскармливании при восстановлении лактации. Женщины, перенесшие ОПН, дополнительно были направлены под динамическое диспансерное наблюдение нефролога для оценки функционального состояния почек и коррекции выявленных осложнений перенесенной массивной кровопотери.

Выздоровление, как рубеж достижения полноценного функционирования органа или системы в случае перенесенной акушерской катастрофы, может быть лишь условным. Зависит это в первую очередь от того, насколько организм в целом (орган, та или иная система) оказался устойчивым к разрушительному действию патологических воздействий, т.е. каковы резервы здоровья в каждом конкретном случае «near miss». Реалиями сегодняшнего дня является неутешительная универсальность подходов к реабилитации женщин после тяжелых акушерских осложнений.

Результаты исследования репродуктивного, соматического и психологического здоровья пациенток после пережитых массивной кровопотери слу-

ствя 1,5-2 года позволили проанализировать и систематизировать происходящие события их жизни.

Все женщины после выписки из стационара фактически были взяты на диспансерный учет в женскую консультацию в соответствии с положением «Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденного приказом МЗ РФ от «01» ноября 2012 г. № 572н. Однако, диспансерное наблюдение за родильницами, едва не погибшими от массивной кровопотери в родах носили формальный характер. Обращения женщин в женскую консультацию были самостоятельными при возникновении тех или иных жалоб. Исключение составляли пациентки, находящиеся на диспансерном учете у нефролога и терапевта с мониторингом восстановления функциональной способности почек после перенесенной ОПН, вызванной геморрагическим шоком.

Рекомендации при выписки из стационара для женщин с сохраненной маткой (I группы) содержали «советы» о контрацепции: у каждой четвертой женщины (20,5%) вариантом защиты от беременности специалистами предлагался «половой покой». 16 женщин использовали барьерные методы (55,2%), 4 – КОК (13,8%), 9 (31,0%) применяли календарный метод или прерванный половой акт. Практически каждая третья (25,6%) пренебрегала контрацепцией.

Несоблюдение принципов оптимального интергенетического интервала после пережитого критического состояния в родах отмечено у 23-х из 39-ти исследуемых женщин I группы (59,0%). Наступившие в течение года беременности (у 13-ти пациенток, 56,5%) были непланируемыми и прерваны искусственными абортами, а желанные (у 10-ти женщин 43,5%) завершились ранними репродуктивными потерями - самопроизвольными абортами и неразвивающимися беременностями.

На момент консультирования 14 из 39-ти исследуемых женщин (35,9%) планировали деторождение. 25 пациенток в связи с отсутствием ре-

продуктивных планов (64,1%) нуждались в выборе надежного метода контрацепции.

Пациентки I и II групп предъявляли различные жалобы, характер которых определялся вариантом репродуктивных потерь, возникших в результате массивных акушерских кровотечений. При уточнении времени их возникновения прослеживалась четкая связь с перенесенным критическим состоянием. 27 из 39-ти исследуемых женщин (69,2%) с сохраненным репродуктивным органом (I группы) отмечали различные нарушения менструального цикла. У 16-ти пациенток развились олиго- и гипоменорея (59,3%). 11 женщин (40,7%) указывали на отсутствие менструально-подобных выделений на протяжении более 12 месяцев.

Отличительной характеристикой больных II группы была высокая частота ранних клинических симптомов постгистерэктомиического синдрома (нейровегетативные нарушения, характеризующиеся приливами, повышенной потливостью, сердцебиением, головными болями). Дебют данных состояний отмечали 21 из 45-ти больных (46,7%) через 6 месяцев ($6,3 \pm 0,42$) после гистерэктомии.

Эхографическое исследование полости матки 27-ми пациенток с различными видами нарушений менструального цикла выявило несоответствие структуры эндометрия фазе менструального цикла на фоне характерных ультразвуковых признаков хронического эндометрита (у 22-х больных - 81,5%), внутриматочных синехий (у 8-ми из 27-ми пациенток - 29,6%), эндометриальных полипов (у 5-ти - 18,5%), несостоятельности рубца на матке после КС (у 8-ми из 18-ти пациенток - 44,4%).

Интерес представляли отдаленные последствия органосохраняющих хирургических методов гемостаза, которые были успешно реализованы у 35-ти из 39-ти женщин с сохраненной маткой. Установлено, что у 11-ти из 35-ти женщин (31,4%) восстановился нормальный ритм менструаций, а у 24-х больных (68,6%) развилась дисменорея. У 4-х пациенток без применения вышеуказанных методов гемостаза нарушения менструального цикла возникли

у 3-х. Полученные результаты свидетельствовали о сопоставимой частоте развития дисменореи у пациенток с применением органосохраняющих хирургических методов гемостаза и без таковых ($\chi^2=0,070$, $p>0,05$), а также об отсутствии их достоверного влияния на нарушения менструальной функции в отдаленном периоде (OR=0,914[0,497-1,680], $p>0,05$).

В литературных источниках представлены доказательные данные о восстановлении кровотока после органосберегающих хирургических методов остановки акушерских кровотечений в случаях безуспешного применения комплекса консервативных подходов, которое обеспечивается быстрой компенсацией кровообращения большим числом коллатералей [20; 27; 8; 1; 33; 41; 16; 46; 11].

По полученным данным, достижение целевого эффекта от проведения органосохраняющих методик (сохранение не только матки, но и её менструальной и репродуктивной функций) возможно в случае их своевременного применения - до наступления декомпенсированных гемодинамических расстройств, определяющих необратимые морфологические и физиологические изменения в генеративном органе. «Несвоевременность» определялась «затянутыми» сроками перехода к активным методикам остановки маточного кровотечения и его объемом, которые наряду с другими факторами риска, как показало проведенное исследование, обусловили безуспешность органосберегающей тактики у пациенток II группы.

Выполненная гистероскопия подтвердила наличие внутриматочной патологии, диагностированной при ультразвуковых исследованиях. Морфологическое исследование биоптатов эндометрия у данных пациенток обнаружило выраженную лимфоцитарную инфильтрацию стромы и клеток эндометрия, которая была доминирующим структурным компонентом воспаления в слизистой матки. Определялись диффузно рассеянные лимфоидные клетки, признаки продуктивных васкулитов, в том числе, кровоизлияния в строму. Структурно-функциональные нарушения эндометриальной функции были обусловлены выявленными воспалительными изменениями. При мик-

робиологическом исследовании эндометриальных образцов доминировали представители условно-патогенной микрофлоры (УПМ), которых выявляли в виде бактериально-микотических микстов у 22-х из 27-ми больных с нарушением менструальной функции в отдаленном периоде после массивных акушерских кровотечений (81,5%). У 5-ти женщин посевы образцов эндометрия были стерильными – 18,5%. Бактериально-вирусные ассоциации, идентифицированные в эндометрии 18-ти больных (81,8%) были представлены УПМ в комбинациях с ВПГ2 и *Chlamydia trachomatis*, ВПГ2 и *Mycoplasma hominis* – у 4-х пациенток (18,2%). При сопоставлении результатов микробиологического исследования эндометриальных образцов, цервикального канала и биотопа влагалища выявлена сильная и умеренная теснота коррелятивной связи.

При исследовании функционального состояния эндометрия установлены достоверно более низкие значения АМГФ у тех больных, которые предъявляли жалобы на нерегулярность менструального цикла по сравнению с пациентками, имеющими его нормальные характеристики ($p < 0,05$).

В отдаленном периоде после акушерской катастрофы прогрессирование различных нозологических форм соматических болезней достоверно чаще отмечали среди пациенток, перенесших гистерэктомию – у 16-ти из 21-ой женщины - 76,2%. В I группе обострение хронических ЭГЗ возникло только у троих из 13-ти женщин (23,1%) ($\chi^2 = 9,19$, $p < 0,01$).

По мнению некоторых авторов, любая патологическая кровопотеря способна вызвать развитие нейроэндокринных синдромов, выраженность которых пропорциональна тяжести геморрагического шока [12; 70; 38]. Структура жалоб и клинических симптомов нарушений в репродуктивной системе у пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения, послужили основанием для проведения сравнительного анализа параметров гормонального профиля.

Сывороточные концентрации гонадотропинов у женщин с нормальным ритмом менструаций и гипоменореей соответствовали нормативным

значениям, но достоверно превышали таковые у больных с вторичной аменореей. По сравнению с пациентками II группы (с удаленной маткой) значения изучаемых гормонов были достоверно более низкими. Наименьшие уровни эстрадиола, прогестерона, кортизола, тестостерона и гормонов щитовидной железы были выявлены у пациенток с развившейся аменореей, что свидетельствовало о выраженной вторичной недостаточности периферических эндокринных желез, развившейся на фоне гипофизарного гипопитуитаризма вследствие перенесенной массивной кровопотери. Более низкие показатели гормонов у женщин, перенесших гистерэктомию указывали на возможные микроциркуляторные и ишемические нарушения в яичниках в результате исключения из их кровоснабжения ветвей маточных артерий.

У женщин в обеих исследуемых группах регистрировали жалобы, косвенно свидетельствующие о развитии вторичных эндокринопатий (симптомов надпочечниковой и тиреоидной недостаточности). Комплексное обследование эндокринолога позволило диагностировать сопоставимую частоту развития вторичного гиперкортицизма и вторичного гипотиреоза: у 26,6% пациенток II группы и у 7,7% I группы ($\chi^2=0,907$, $p>0,01$).

У 13,3% больных, утративших матку (II группа) отмечали осложнения, характерные для экстренно произведенной гистерэктомии при развившемся критическом состоянии: стриктуру мочеточников, функциональное недержание мочи, вентральные грыжи. Среди женщин с сохраненной маткой (I группа) данных патологических процессов не было.

После перенесенной ОПН - тяжелого осложнения массивной кровопотери, у 32 женщин, переживших гистерэктомию (II группа), отмечали рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (56,3%), развитие гломерулонефрита и артериальной гипертензии почечного генеза (21,9%). В I группе возникновение данных нозологий не выявлено ($\chi^2=29,39$, $p<0,01$, $\chi^2=21,25$, $p<0,01$). Риск развития заболеваний мочевыделительной системы у больных, перенесших гистерэктомию был выше по сравнению с женщинами I группы

в 3,8 и в 3,2 раза (соответственно $OR=3,786[2,42-5-93]$, $p<0,05$ и $OR=3,267[2,16-4,64]$, $p<0,05$).

Итак, проведенное исследование позволило установить, что в структуре отдаленных последствий массивных акушерских кровотечений у пациенток с сохраненным репродуктивным органом преобладают расстройства менструального цикла (61,5%) и бесплодие (41,2%), морфологической основой которых являются структурно-функциональные нарушения эндометрия (81,5%) и гипофизарно-яичниковые эндокринопатии (вторичная аменорея центрального генеза - 45,8%, недостаточность лютеиновой фазы – 54,2%). У женщин, перенесших гистерэктомию в результате массивных акушерских кровотечений отмечаются прогрессирование хронических ЭГЗ (76,2%, $\chi^2=9,188$, $p<0,01$), высокая частота хронической почечной недостаточности (71,9%, $\chi^2=41,463$, $p<0,01$), рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей (56,3%, $\chi^2=29,39$, $p<0,01$), гломерулонефрита и нефрогенной артериальной гипертензии (21,25%, $\chi^2=p<0,01$), ранние клинические симптомы постгистерэктомического синдрома (46,6%) и последствия экстренных оперативных вмешательств - повреждения и травмы мочеточников, функциональное недержание мочи (13,3%, $\chi^2=5,600$, $p<0,01$).

Синтез полученных результатов отражает сложившийся «сценарий» случаев «near miss»: миновала катастрофа, едва не стоившая жизни женщине, завершившаяся в ряде случаев потерей репродуктивного органа, предотвращенная крайним напряжением профессиональных, физических и душевных сил акушеров, анестезиологов-реаниматологов и целым рядом условий. Согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденного приказом МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н, после выписки из медицинской организации родильницы формально направлялись в женскую консультацию по месту жительства для наблюдения в послеродовом периоде.

Трудно согласиться с тем, что «едва не погибшая» женщина в результате тяжелых акушерских осложнений, перенесшая потерю ребёнка, репродуктивного органа, а порой то и другое менее нуждается в обследовании, пристальном наблюдении и полноценной реабилитации, чем пациентка с «хроническим аднекситом», «опущением стенок влагалища» или «симптомной миомой матки», которые из года в год пополняют списки диспансерных больных. В реалии, пациентка приобретающая тяжелые осложнения перенесенной акушерской катастрофы предоставлена самой себе, а её физическое и репродуктивное здоровье – попечению специалистов женской консультации при единичных самостоятельных обращениях по мере появления жалоб. При этом её душевное здоровье остается за пределами внимания как участкового акушера-гинеколога, так и профильных специалистов [42].

Проведенное совместно с профильным специалистом исследование психологического здоровья в отдаленном периоде после пережитого критического состояния, добровольными участницами которого стали 67 из 84-х пациенток (79,8%), показало следующее. Психо-эмоциональные нарушения у пациенток в отдаленном периоде после акушерских кровотечений, повлекших гистерэктомию в сочетании с перинатальными потерями (3 группа) характеризовались частым развитием состояний сниженного настроения (86,5%, $\chi^2=29,794$, $p<0,01$), клинически выраженной тревоги (42,3%, $\chi^2=7,649$, $p<0,01$) и депрессии (32,5%, $\chi^2=5,849$, $p<0,05$). Больные отличались значимыми уровнями личностной и ситуативной тревожности (46,2%, $\chi^2=9,713$, $p<0,01$), 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%, $\chi^2=24,551$, $p<0,01$). Т.е. при сочетании репродуктивных потерь (утрате репродуктивного органа и плода) риск развития нарушений психологического здоровья в отдаленном периоде выше в 2 раза ($OR=1,977[1,495-2,614]$, $p<0,05$).

Результаты лабораторных и специальных методов исследования у больных с различными исходами акушерских кровотечений (сохранение ре-

продуктивного органа или его утрата), направленность жалоб на момент обследования, возможность реализации репродуктивных планов определили различные подходы в формировании основных направлений лечебно-оздоровительных мероприятий. Описание сформированных групп состояния здоровья (СЗ) и диспансерного наблюдения (ДН), уровень и объем оказания медицинской помощи подробно представлено в III главе диссертации.

В результате комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий менструальный цикл с полноценной циклической трансформацией эндометрия был восстановлен у 23-х из 27-ми женщин (85,2%) – у 15-ти из 16-ти страдавших олиго- и гипоменореей и у 4-х из 11-ти пациенток с вторичной аменореей (70,4%). Эхографические признаки стратификации слоев эндометрия и доплерометрические показатели кровотока в базальных и спиральных артериях сосудистого бассейна матки были оптимизированы у 20-ти из 24-х больных (80,0%). Гистологическое исследование аспириатов эндометрия на 5-8 дни менструального цикла, продемонстрировало отсутствие признаков воспаления у 20-ти из 22-х пациенток (90,9%). Подтверждением восстановления функционального состояния эндометрия была нормализация продукции АМГФ, определяемая в смыве из полости матки на 22-24 дни менструального цикла.

Контрольное УЗ исследование рубца на матке после реконструктивной метропластики у 6-ти больных через 3 и 6 месяцев показало его состоятельность: толщина миометрия в проекции послеоперационного рубца более 4 мм, отмечены однородность эхоструктуры, удовлетворительная васкуляризация зоны рубца. Выполнена хирургическая коррекция травм и повреждений органов мочеполовой системы, вентральных грыж, спаечной болезни, несостоятельности тазового дна у 6-ти пациенток после неотложных мероприятий при акушерских кровотечениях.

Желанная беременность наступила у 12-ти из 14-ти пациенток (85,7%) в сроки от 4-х до 6-ти месяцев после завершения лечебных и реабилитационных мероприятий. Психокоррекционная программа, проведенная психотера-

певтом оптимизировала соотношение типов психогестационной доминанты, снизила повышенный уровень тревоги. У всех женщин (100,0%) беременность завершилась в срок рождением доношенных детей: у 10-ти (83,3%) родами через естественные родовые пути, у 2-х (16,7%) - плановым кесаревым сечением. Родов осложненных акушерскими кровотечениями не было.

У пациенток, перенесших гистерэктомию в результате массивной кровопотери в родах) также отмечены положительные результаты. Достоверно снижена частота симптомов постгистерэктомического синдрома: вегетососудистых (с 46,7% до 11,1%) и психо-эмоциональных нарушений (с 53,3% до 15,6%, $\chi^2 = p < 0,01$). Увеличена доля пациенток с компенсированной формой ХПН (34,8% до 65,2%, $p < 0,05$), со стойкой ремиссией рецидивирующих нарушений мочевыводящих путей (до 83,3%). Сокращена доля больных с симптомами надпочечниковой и тиреоидной недостаточности (с 26,7% до 11,1%, $p < 0,05$), с вторичной анемией (с 66,7% до 26,7%, $p < 0,05$), с сочетанием различных нозологических форм ЭГЗ (с 86,7% до 26,7%, $p < 0,05$).

Проведенная через год оценка результатов лечебно-оздоровительных мероприятий в рамках активной диспансеризации женщин, переживших массивную кровопотерю в родах, по показателям эффективности демонстрировала следующее.

В I группе ДН - женщин не возникло показаний для перевода их в группы больных. Во II и III группах ДН удельный вес женщин, снятых в течение года с диспансерного учета с «выздоровлением» составил 21,9%. «Улучшение» состояния репродуктивного соматического и психологического здоровья отмечено у 61,6% пациенток. Состояние «без изменений» (субкомпенсированное течение заболевания, частые обострения и продолжительные периоды потери трудоспособности) выявляли у 12,3%, а «ухудшение» состояния (декомпенсированное течение, устойчивые патологические изменения, ведущие к стойкой утрате трудоспособности) - у 4,1% исследуемых женщин.

По результатам проведенного исследования выявлено, что диспансеризация женщин, переживших массивные акушерские кровотечения принятая даже в отдаленном периоде восстанавливает репродуктивное, соматическое и психологическое здоровье у 83,5% пациенток. Однако, отсутствие её эффекта у 16,5% женщин определяет целесообразность раннего активного начала лечебно-оздоровительных мероприятий для своевременной профилактики декомпенсированных форм заболеваний репродуктивной и экстрагенитальной систем. Полученные результаты позволили разработать алгоритм ранней активной диспансеризации пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения. Данный подход предусматривает информирование акушера-гинеколога женской консультации о выписке из стационара родильницы, пережившей массивное акушерское кровотечение. Рекомендуется активный патронаж родильницы на дому и определение срока её визита в ЖК для проведения всех этапов диспансеризации. Акушер-гинеколог совместно с профильными специалистами осуществляют индивидуальный объем лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии со сформированными группами состояния здоровья и диспансерного наблюдения. Оценку эффективности диспансеризации следует проводить по показателям состояния здоровья в течение года.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Репродуктивное здоровье женщины – наиболее уязвимая и хрупкая из всех систем женского организма, применительно к которой аспекты диспансеризации приобретают особое значение. Потеря репродуктивного органа при сохранении ребёнка – менее травмирующее обстоятельство в сравнении с одновременной потерей ребёнка и матки. Женщины, утратившие надежду на репродуктивное будущее, также нуждаются в лечебно-оздоровительных мероприятиях в рамках медикаментозной и психологической реабилитации с привлечением профильных квалифицированных специалистов.

В результате проведенных исследований установлена высокая распространенность нарушений репродуктивного и соматического здоровья женщин, выживших после массивных акушерских кровотечений. Изучение психо-эмоционального профиля пациенток свидетельствует о том, что переживание психотравмирующего опыта предшествующей беременности с одной стороны поддерживает неосознанную субъективную «боязнь материнства», а с другой – желание восполнить утрату ребенка новой беременностью. Это определяет необходимость своевременного проведения комплекса диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков, восстановление здоровья и формирование полной психологической готовности к реализации репродуктивной функции.

Резервом своевременной диагностики и коррекции последствий перенесенного критического состояния у данного контингента пациенток является ранняя активная диспансеризация, основанная на формировании групп состояния здоровья и диспансерного наблюдения. Для клиницистов это не менее важная по значимости задача чем спасение жизни женщины в критической акушерской ситуации.

Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на своевременное выявление нарушений здоровья, их профилактику, восстановление и поддержку дееспособности организма едва не погибшей родильни-

цы, должен координировать акушер-гинеколог при выписке пациентки из стационара.

В масштабах регионов заслуживает обсуждения создание специализированного центра консультирования и координации последующих направленных диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с первоначальной причиной перенесенной акушерской катастрофы, с последующим контролем состояния здоровья пациентки.

Внедрение алгоритма ранней активной диспансеризации пациенток, едва не погибших в результате массивных акушерских кровотечений- реальный шаг на пути восстановления многих аспектов здоровья у данного контингента женщин.

На основании полученных данных можно сделать следующие **выводы:**

1. Показатели акушерских кровотечений в РО за период 2010-2014 гг не имели тенденции к снижению. Кровотечения в последовом и послеродовом 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 гипофизарно-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 симптоматики 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 выводы позволяют сформулировать **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 развития 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 постгистерэктомиического 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 группе 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 последипломной профессиональной подготовки специалистов следует включить вопросы диспансеризации женщин, переживших массивные акушерские кровотечения.

Перспективы дальнейшей разработки темы. Изучение особенностей здоровья женщин, переживших акушерские катастрофы в зависимости от первоначальной причины перенесенного критического акушерского состояния.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АКТГ – адренокортикотропный гормон
АМГФ – антимюллеров гормон фертильности
АСТ – анализ семейной тревоги
E₂ – эстрадиол
ИР – индекс резистентности
КС – кесарево сечение
ЛГ – лютеинизирующий гормон
МКБ - Международная классификация болезней
МС – материнская смертность
ОПН – острая почечная недостаточность
ПГ – прогестерон
ПИ - пульсационный индекс
ПРЛ – пролактин
РО – Ростовская область
РИА – радиоиммунологический анализ
СДО - систоло-диастолическое отношение
СПОН – синдром полиорганной недостаточности
ТТГ – тиреотропный гормон
УЗИ – ультразвуковое исследование
УПМ – условно-патогенная микрофлора
ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
ХПН – хроническая почечная недостаточность
ШСНС - шкала сниженного настроения – субдепрессии
ЭГЗ – экстрагенитальные заболевания
ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение
HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии
STAI - шкала ситуативной и личностной тревожности
Ts – тестостерон

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авраменко, Н.В. Перевязка внутренних подвздошных артерий как метод выбора хирургической остановки кровотечений в акушерско-гинекологической практике / Н.В. Авраменко, Ю.Ф. Петряев, Д.Е. Барковский // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 5-6.
2. Айламазян, Э.К. Аудит качества медицинской помощи при критических состояниях в акушерстве (near miss) / Э.К. Айламазян, В.О. Атласов, К.В. Ярославский, В.К. Ярославский // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Том LXV, вып.4. – С. 15-23.
3. Айламазян, Э.К. Еще один взгляд на проблему акушерских кровотечений / Э.К. Айламазян, М.А. Репина, Т.У. Кузьминых // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – № 3. – С. 3-11.
4. Айламазян, Э.К. Акушерство: национальное руководство / под редакцией Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1200 с.
5. Акушерство: Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 1200 с.
6. Артымук, Н.В. Активное ведение III периода родов в профилактике послеродовых кровотечений / Н. В. Артымук и др. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. LXIII, № 2. – С. 22-27.
7. Аудит критических акушерских состояний в Российской Федерации в 2014 году. Методическое письмо от 9 октября 2015г. №15-4/10/2-5996.
8. Баев, О.Р. Профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде: активная или выжидательная тактика? / О. Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 27-30.
9. Бапаева, Г.Б. Состояние коагуляционного звена гемостаза у женщин группы риска при послеродовых кровотечениях в зависимости от паритета родов / Г. Б. Бапаева, С. Н. Кулбаева // Наука и здравоохранение. – 2015. – № 1. – С. 60-69.

10. Баранов, И.И. Эпидемиология материнской смертности в мире/ И.И. Баранов, З.З. Токова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – №1. – С.13-18.
11. Баринов, С.В. Комбинированное лечение послеродовых кровотечений при кесаревом сечении с применением управляемой баллонной тампонады / С. В. Баринов и др. // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 1. – С. 32-37.
12. Башмакова, Н.В. Профилактика материнской смертности: мониторинг при беременности и в родах / Н.В. Башмакова, В.В. Ковалев, С.В. Татарева и др. // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2. – С. 86-92.
13. Белокриницкая, Т.Е. Аудит случаев «near miss» в Забайкальском крае в 2014 году / Т.Е. Белокриницкая, С.А. Иозефсон, В.Ф. Лига и др. // Забайкальский медицинский вестник. – 2015. – №2. – С. 137-141.
14. Бердяев, Н.А. Русская идея. Основные проблемы русской мысли XIX века и начала XX века. – Париж: YMCA-Press, 1946. – 258 с.
15. Бурдули, Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2008. – 128 с.
16. Волков, А.Е. Гемодинамика матки после хирургического гемостаза при акушерских кровотечениях / А.Е. Волков // SonoAce Ultrasound №26 – журнал по ультразвукографии. – 2014. – С.34-41.
17. Гасанова, С.С. Особенности течения беременности у родильниц гипотоническими кровотечениями в ранний послеродовый период / С.С. Гасанова, Э.М. Алиева, Н.Ш. Алиева // Здоровье женщины. – 2014. – № 6. – С. 77–79.
18. Гусева, Е.М. Возможности профилактики кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах / Е. М. Гусева // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, неонатологии и неонатальной хирургии: мат. науч.-практ. конф., Пермь, 9 апр. 2015 г. – Пермь, 2015. – С. 3-11.
19. Давыдов, А.И. Вращение плаценты как причина послеродового кровотечения: вопросы и ответы / А. И. Давыдов и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2014. – Т. 13, № 3. – С. 52-62.

20. Давыдов, А.И. Послеродовые кровотечения: органосохраняющие методы лечения: доклад / А.И. Давыдов // Вестник СурГУ. Медицина. – 2010. – № 6. – С. 56-57.
21. Поль де Крюи. Борьба со смертью. – М.: Молодая гвардия, 1936. – 361 с.
22. Демографический ежегодник России [Электронный ресурс]. – М.: Росстат, 2014. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312.
23. Дубинкина, К.А. Декларация тысячелетия: есть ли прогресс за 10 лет? / К.А. Дубинкина // Социодинамика. – 2013. – №10. – С. 38-51.
24. Евдокимов, Е.А. Критические состояния в акушерско-реанимационной практике / Е.А. Евдокимов И.В. Лирцман, Н.Е. Буров и др. // Медицинский алфавит. – 2010. – Т.1-2, №8 – С. 40-43.
25. Евдокимов, Е.А. Неотложные состояния в акушерства – опят работы выездного центра реанимации / Е.А. Евдокимов, И.В. Братищев, М.А. Курцер // Анестезиология и реаниматология. – 2012. – № 6. – С. 21-25.
26. Жаркин, Н.А. Интраоперационная остановка и профилактика акушерских кровотечений / Н.А. Жаркин, Ю. В. Булавская, Ф.Н. Жаркин // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – Т. 14, № 4. – С 100-103.
27. Жаркин, Н.А. Эффективность баллонной тампонады при акушерских кровотечениях: многоцентровое исследование / Н.А. Жаркин, Т.А. Веровская, Т.М. Воропаева // Медицинский алфавит. – 2010. – Т.3, №13 – С. 37-38.
28. Зайнулина, М.С. Стратегия преодоления материнской смертности, обусловленной кровотечением / М.С. Зайнулина, Е.А. Корнюшина, М.И. Кривонос // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Т. 64, № 2. – С. 33-41.
29. Иванников, С.Е. Факторы риска и причины послеродовых кровотечений более 1000 мл, оценка лечебных и профилактических мероприятий / С. Е. Иванников, И. И. Киличева, С. А. Кравченко // Вестник СурГУ. Медицина. – 2014. – № 4. – С. 40-44.

30. Каюмова, А.В. Случаи «NEAR MISS» в акушерской практике как тактический резерв профилактики материнской смертности / А.В. Каюмова, Н.В. Башмакова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 112-113.
31. Костин, И.Н. Интранатальные факторы риска и неонатальные исходы / И.Н. Костин, Н.Ю. Лаврова, С.А. Князев и др. // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2010. – №6. – С. 71-75.
32. Костин, И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: автореф. дисс. ...докт. мед. наук: 14.01.01 / Костин Игорь Николаевич. – М., 2012. – 48 с.
33. Красникова, Н.А. Дифференцированный подход к методам хирургического лечения гипотонических кровотечений: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01 / Красникова Нина Андреевна. – М., 2011. – 25 с.
34. Кукарская, И. И. Аудит случаев «near miss» – современная стратегия профилактики материнской смертности // Медицинская наука и образование Урала. – 2011. – Т. 82, №3. – С. 60-62.
35. Кукарская, И.И. Анализ критических состояний в акушерско-реанимационной практике Областного перинатального центра в 2011 году / И. И. Кукарская и др. // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – № 3. – С.16-19.
36. Кукарская, И.И. Мониторинг «near miss»: делимся опытом / И.И. Кукарская // Status Praesens. – 2014. – №4 (21). – С. 9-17.
37. Кукарская, И.И. Ошибки акушерско-гинекологической помощи у женщин, умерших во время беременности, родов и послеродовом периоде / И.И. Кукарская // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 222-226.
38. Кукарская, И.И. Управляемая баллонная тампонада матки при операции кесарева сечения как метод профилактики острой массивной кровопотери / И.И. Кукарская // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 7. – С. 80-83.
39. Кукарская, И.И. Эффективность мониторинга near-miss: опыт Тюменской области // StatusPraesens. – 2014. – №4 (21). – С. 9-17.

40. Кулаков, В.И. Здоровье и качество жизни женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии, произведенной по поводу миомы матки / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.И. Оскольская и др. // *Акушерство и гинекология* – 1999. – №1. – С. 31-35.
41. Курцер, М.А. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде / М.А. Курцер и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2012. – № 7. – С. 36-41.
42. Лебедеко, Е.Ю. На грани материнских потерь / Е.Ю. Лебедеко. – М.: Status Praesens, 2015. – 181с.
43. 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. 3-8.
44. Лебедеко, Е.Ю. Резервы снижения материнской смертности на современном этапе: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.01 / Лебедеко Елизавета Юрьевна – Ростов-на-Дону, 2010. – 45 с.
45. Макаров, О.В. Некоторые аспекты отдаленных результатов гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста / О.В. Макаров, Ю.Э. Доброхотова, Н.В. Любченко // *Акушерство и гинекология* – 2000. – №3. – С.12- 14.
46. Маслякова, Г.Н. Анализ причин гистерэктомий у пациенток с акушерскими послеродовыми кровотечениями (по данным ГУЗ «Перинатальный центр» г. Саратова) / Г.Н. Маслякова и др. // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 1. – С. 168-176.
47. Материнская смертность. Информационный бюллетень ВОЗ №348, Ноябрь 2015 г. ВОЗ – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/> (Дата обращения 15.02.2016).

48. Милованов, А.П. Пути снижения акушерских потерь /А.П. Милованов, Е.Ю. Лебедеко, А.Ф. Михельсон // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4, Ч. 1. – С. 74-78.
49. Михельсон, А.Ф. Едва не погибшие женщины. Что помогло им выжить? Дефиниции и возможности прогноза / А.Ф. Михельсон, Е.Ю. Лебедеко, А.Н. Рымашевский и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 118-120.
50. МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т.1-3. – М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2003. – 2435 с.
51. О мониторинге критических состояний в акушерстве на территории Воронежской области. Департамент здравоохранения Воронежской области. – Приказ№ 601 от 06.04.2015.
52. Олифирова, Н.И. Психология семейных кризисов / Н.И. Олифирова, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента – СПб., 2006. – С.281-283.
53. Основные показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребёнка в Российской Федерации. – М.; ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава Российской Федерации, 2013. – 205 с.
54. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М.; ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава Российской Федерации, 2015. – 175 с.
55. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М.; ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава Российской Федерации, 2016. – 167 с.
56. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М.; ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава Российской Федерации, 2017. – 168 с.
57. Паукер, В.А. Здоровье женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии, произведённой по поводу миомы матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Паукер Владимир Александрович – М., 1997. – 21с.

58. Пекарев, О.Г. Материнская смертность в Сибирском федеральном округе и пути её снижения / О.Г. Пекарев, Е.О. Пекарева // Акушерство и гинекология. – 2010. – №4. – С. 34-36.
59. Пестрикова, Т.Ю. Мониторинг показателей материнской смертности в Дальневосточном федеральном округе в 2014 году / Т.Ю. Пестрикова // Вестник здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. – №2. – Вып. 21.
60. Пестрикова, Т.Ю. Материнская и перинатальная смертность в Дальневосточном федеральном округе / Т.Ю. Пестрикова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 46-50.
61. Погорелова, А.Б. Качество медицинской помощи при гистерэктомии по акушерским и гинекологическим показателям / Погорелова А.Б., Волгина В.Ф., Рябинкина И.Н. В кн.: Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М: Пантори, 2005. – С.41-43.
62. Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость и права человека. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций №21/6 от 12.10.2011.
63. Радзинский, В.Е. По материалам информационного бюллетеня ВОЗ о материнской смертности в мире / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин, Т.А. Добрецова // StatusPraesens. —М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2014. – №1(18). – С. 11-19.
64. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия v 2.0 / В.Е. Радзинский. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2017. – 872 с.
65. Растегаева, И.Н. Научное обоснование повышения роли диспансеризации в охране здоровья беременных женщин и родильниц: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.02 / Растегаева Ирина Николаевна. – М., 2013. – 46 с.
66. Ратушняк, С.С. Национальные системы аудита случаев материнской смерти – международные рекомендации и опыт развитых стран / С.С. Ратушняк, М.П. Шувалова // Акушерство и гинекология. – 2013. – №8. – С. 81-86.

67. Репина, М.А. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблемы маточного гемостаза / М.А. Репина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. 60, № 3. – С. 18-23.
68. Российский статистический ежегодник 2010 [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078. Росстат, 2011.
69. Рябинкина, Т.С. Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12–3 марта 2013 года) / Т.С. Рябинкина, Х.Ю. Симоновская, С.А. Маклецова. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. – 24 с.
70. Серов, В.Н. Неотложные состояния в акушерстве / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов и др. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 774с.
71. Спилберг, Ч.Д. Исследование тревожности. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин, ред. и сост. И.Б. Дерманова И.Б. – СПб., 2002. – С.124-126.
72. Стратегии ликвидации предотвратимой материнской смертности (ЛПМС). – Женева: ВОЗ, 2014. – URL: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/russian_epmm.pdf.
73. Стрижаков, А.Н. Лечение и профилактика послеродовых кровотечений при высоком риске их развития / А.Н. Стрижаков и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2015. – Т. 14, № 2. – С. 33-43.
74. Сурина, М.Н. Near miss и материнская смертность в Кемеровской области / М.Н. Сурина, Е.М. Зеленина, Н.В. Артымук // Мать и дитя в Кузбассе. – 2013. – №1 (52). – С. 3-7.
75. Толстой, Л.Н. Анна Каренина / Л.Н. Толстой. - Роман графа Л.Н. Толстого в восьми частях. Москва: в типографии Т. Рис, 1878. - Т.2. 492 с.

76. Торчинов, А.Р. Акушерские кровотечения на фоне гестоза: современная лечебная тактика [Электронный ресурс]: обзор литературы / А. Р. Торчинов и др. // Вестник новых медицинских технологий: электронный журнал. – 2014. – № 1. – URL:<http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/00.html>
77. Федорова, Е.В. Применение цветного доплеровского картирования и доплерометрии в гинекологии / Е.В. Федорова, А.Д. Липман. – М.: Видар-М., 2002. – 104 с.
78. Филимончикова, И.Д. Материнская смертность (причины, качество помощи, меры профилактики): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 / Филимончикова Ирина Давидовна. – М., 2004. – 48 с.
79. Филимончикова, И.Д. Экспертная оценка качества и роль управляемых факторов в снижении материнской смертности // Акушерство и гинекология – 2004. – №5. – С. 17-21.
80. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год. – ООН, Нью-Йорк, 2015. – 72 с. – URL: <http://www.un.org/ru/millenniumgoals/mdgreport2015.pdf>
81. Чумакова, О.В. О совершенствовании оказания медицинской помощи матерям и новорождённым на современном этапе / О.В. Чумакова, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева и др. // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т.7, №5. – С. 16-19.
82. Adeoye, I.A. Incidence, determinants and perinatal outcomes of near miss maternal morbidity in Ile-Ife Nigeria: a prospective case control study / I.A. Adeoye, A.A. Onayade, A.O. Fatusi // BMC Pregnancy Childbirth. – 2013. – Vol.13. – P.93.
83. Almerie, M.Q. Obstetric near miss and maternal mortality in university hospital, Damascus, Syria: a retrospective study / M.Q. Almerie, Y. Almerie, H.E. Matar et al. // BMC Pregnancy Childbirth. – 2010. – Vol.10. – P. 65.
84. Amaral, E. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: The Vigimoma Project / E. Amaral, J.P. Souza, F. Surita et al. // BMC Pregnancy Childbirth. – 2011. - Vol.11. – P.9.

85. Amsel, R. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations / R. Amsel, P.A. Totten, C.A. Spiegel et al. // *Am J Med* 1983. - Vol.74. – P.14-22.
86. Andreucci, C.D. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review / C.D. Andreucci, J. Bussadori, R. Pacagnella et al. and on behalf of the Brazilian COMMAG Study Group and the WHO Maternal Morbidity Working Group // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2015. - №15. – P.307.
87. Armstrong, C.E. A probabilistic method to estimate the burden of maternal morbidity in resource-poor settings: preliminary development and evaluation / C.E. Armstrong, E. Fottrell, U. Högberg et al. // *Emerg Themes Epidemiol*. – 2014. – Vol.11, №1. – P.3.
88. Armstrong, C.E. Magnitude of maternal and neonatal mortality in Tanzania: A systematic review / C.E. Armstrong, M. Magoma, C. Ronsmans // *Int J Gynaecol Obstet*. – 2015. – Vol. 130(1). – P.98-100.
89. Barrett, G. Women's sexual health after childbirth / Barrett G., Pendry E., Peacock J. et al. // *BJOG*. – 2000. – Vol.107, №2. – P. 186-195.
90. Baskett, T.F. Maternal intensive care and near-miss mortality / T.F. Baskett, J. Sternadel // *Br. J. Obstet. Gynaecol*. – 1998. – Vol.105, №9. – P.981-984.
91. Baskett, T.F. Severe obstetric maternal morbidity: a 15-year population-based study / T.F. Baskett, C.M. O'Connell // *J. Obstet. Gynaecol*. – 2005. – Vol. 25 (1). – P. 7-9. [PMID: 16147683].
92. Bazuaye, A. Tackling maternal mortality in Africa after 2015: what should the priorities be? / A. Bazuaye, F.E. Okonofua // *Afr. J. Reprod. Health*. – 2013. – Jun. – Vol. 17 (2). – P. 9-7. [PMID: 24069747].
93. Berg, C.J. Pregnancy-related mortality in the United States, 1998 to 2005 / C.J. Berg, W.M. Callaghan, C. Syverson et al. // *Obstet. Gynecol*. – 2010. – Vol. 116, Issue 6. – P. 1302-1309. [PMID: 21099595].
94. Bhattacharyya, S. Developing a framework to review near-miss maternal morbidity in India: a structured review and key stakeholder analysis / S.

- Bhattacharyya, A. Srivastava, M. Knight // *BMC Health Serv Res.* – 2014. – Vol.14. – P.553.
95. Bingham, D. Maternal mortality in the United States: a human rights failure / D. Bingham, N. Strauss, F. Coeytaux // *Contraception.* – 2011. – Vol. 83. – P. 189-193. [PMID: 21310278].
96. Brummen, H.J. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? / H.J. Brummen, H.W. Bruinse, G. van de Pol et al. // *BJOG.* – 2006. – Vol.113(8). – P.914-918.
97. Bukar, M. Maternal mortality at federal medical centre yola, adamawa state: a five-year review / M. Bukar et al. // *Ann. Med. Health Sci. Res.* – 2013. – Vol. 3 (4). – P. 568-571. [PMID: 24380010].
98. Callum, J.L. Reporting of near-miss events for transfusion medicine: improving transfusion safety / J.L. Callum, H.S. Kaplan, L.L. Merkley et al. // *Transfusion.* – 2001. – Vol. 41(10). – P. 1204-1211. [PMID: 11606817].
99. Cantwell, R. Saving mother' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom / R. Cantwell, T.Clutton-Brock, G. Cooper et al. // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 2011. – Vol.118(Suppl.1). – P.1-203.
100. Chayachinda, C. Dyspareunia and Sexual Dysfunction after Vaginal Delivery in Thai Primiparous Women with Episiotomy / C. Chayachinda, V. Titapant, A. Ungkanungdecha // *J Sex Med.* – 2015. – Vol.12(5). – P.1275-1282.
101. Chhabra, P. Maternal Near Miss: An Indicator for Maternal Health and Maternal Care / P. Chhabra // *Indian J Community Medv.* – 2014 Jul-Sep. – Vol.39 (3). – P. 132-137. [PMC4134527].
102. Coeytaux, F. Reducing maternal mortality: a global imperative / Coeytaux F., Bingham D., Langer A. // *Contraception.* – 2011. – Vol. 83. – P. 95-98. [PMID: 21237332].
103. Colbourn, T. et al. Maternal mortality in Malawi, 1977–2012 / T. Colbourn // *BMJ Open.* – 2013. – Vol. 3(12). – Art. №.004150. [PMID: 24353257].

104. Conde-Agudelo, A. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study / A. Conde-Agudelo, J.M. Belizan, C. Lammers // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 192. – P. 342-349. [PMID: 15695970].
105. Confidential Maternal Death Enquiry in Ireland, Report for Triennium 2009-2011. Cork: MDE, August, 2012.
106. Creanga, A.A. Maternal mortality and morbidity in the United States: where are we Now? / A.A. Creanga et al. // *J. Womens Health (Larchmt)*. – 2014. – Vol. 23 (1). – P. 3-9. [PMID: 24383493].
107. Darmstadt, G.L. A strategy for reducing maternal and newborn deaths by 2015 and beyond / Darmstadt G.L. et al. // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2013. – Vol. 13. – P. 216. [PMID: 24261785].
108. Dias, M.A. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascir no Brasil / M.A. Dias, R.M. Domingues, O. Schilithz A. et al. // *Cad Saúde Pública*. – 2014. – Vol.30(Suppl 1). – P. 169-181.
109. Donati, S. Obstetric near-miss cases among women admitted to intensive care units in Italy / S. Donati, S. Senatore, A. Ronconi et al. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2012. – Vol. 91, № 4. – P. 452-457.
110. Dr. Kassebaum Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 / Dr. Kassebaum, J. Nicholas et al. // *The Lancet*. – 2 May 2014. – DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6.
111. Edwards, J.E. An update on maternal mortality and morbidity in the United States / J.E. Edwards, J.C. Hanke // *Nurs. Womens Health*. – 2013. – Vol. 17 (5). – P. 376-388. [PMID: 24138657].
112. Elliott K. Main Decisions Required for Operating a Maternal Mortality Review Committee: The California Experience / K. Main Elliott // *Semin. Perinatol.* – 2012. – Vol. 36 (1). – P. 37-41. [PMID: 22280864].
113. Farquhar, C. Beyond the numbers: classifying contributory factors and potentially avoidable maternal deaths in New Zealand, 2006-2009 / C.Farquhar,

- L.Sadler, V. Masson et al // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 205(4). – P. 331. – e1-8.
114. Francine Coeytaux *Maternal Mortality in the United States: A Human Rights Failure* / Francine Coeytaux, Debra Bingham, Nan Strauss // **Contraception Editorial. – March 2011.**
115. Freud, Z. *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse* / Freud Z. // Jahrgang 4, Heft 6, Leipzig und Wien, Hugo Heller & Cie. – 1918. – S. 288-301.
116. Fuhr, D.C. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis / D.C .Fuhr, C. Calvert, C. Ronsmans et al. // *The Lancet Psychiatry.* – 2014. – Vol. 1(3). – P.213-225.
117. Galvao, L.P. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, North-east Brazil / L.P. Galvao, F. Alvim-Pereira, C.M. de Mendonça et al. // *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2014. – Vol. 14. – P.25. doi: 10.1186/1471-2393-14-25.
118. Ganaba? R. Women’s sexual health and contraceptive needs after a severe obstetric complication (‘near-miss’): a cohort study in Burkina Faso / R. Ganaba, T. Marshall, I. Sombié et al. // *Reprod Health.* – 2010. – Vol. 7. – P.22.
119. Gilmore, K. What will it take to eliminate preventable maternal deaths? / K. Gilmore, T.A. Gebreyesus // *Lancet.* – 2012. – Vol. 380(9837). – P.87-88.
120. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet.* – 2016. – Vol. 388. – P. 1775-1812.
121. Godal, T. Accelerating the global response to reduce maternal mortality / T. Godal, L. Quam // *Lancet.* – 2012. – Vol. 379. – P.2025-2026.
122. Haddad, S.M. Applying the maternal near miss approach for the evaluation of quality of obstetric care: a worked example from a Multicenter Surveillance Study / S.M. Haddad, J.G. Cecatti, J.P. Souza et al. // *BioMed Res Int.* – 2014. – Vol. 2014. – P.989815.

123. Hogan, M.C. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 / M.C. Hogan, K.J. Foreman, M. Naghavi et al. // *The Lancet*. – 2010. – May 8. – Vol. 375. – P. 1609-1623.
124. Illah, E. Causes and risk factors for maternal mortality in rural Tanzania—case of Rufiji Health and Demographic Surveillance Site (HDSS) / E. Illah, G. Mbaruku, H. Masanja et al. // *Afr. J. Reprod. Health*. – 2013. – Vol. 17(3). – P. 119-130. [PMID: 24069774].
125. Jabir, M. Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq / M. Jabir, I. Abdul-Salam, D.M. Suheil et al. // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2013. – Vol. 13. – P.11.
126. Jeffrey C. King Maternal Mortality in the United States – Why Is It Important and What Are We Doing About It? / Jeffrey C. King // *Semin. Perinatol*. – 2012. – Vol. 36. – P. 14-18. [PMID: 22280860].
127. Kalra, P. Obstetric near miss morbidity and maternal mortality in a Tertiary Care Centre in Western Rajasthan / P. Kalra, C.P. Kachhwaha // *Indian J Public Health*. – 2014. – Vol. 58. – P.199-201.
128. Kaye, D. Maternal mortality and associated near-misses among emergency intrapartum obstetric referrals in Mulago Hospital, Kampala, Uganda / D. Kaye, F. Mirembe, F. Aziga et al. // *East. Afr. Med. J.* – 2003. – Vol. 80 (3). – P. 144-149. [PMID: 12762430].
129. Kaye, D.K. Systematic review of the magnitude and case fatality ratio for severe maternal morbidity in sub-Saharan Africa between 1995 and 2010 / D.K. Kaye, O. Kakaire, O. Michael // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2011. – Vol. 11. – P.65.
130. Kaye, D.K. Maternal morbidity and near-miss mortality among women referred for emergency obstetric care in rural Uganda / D.K. Kaye, O. Kakaire, M.O. Osinde // *Int. J. Gynaecol. Obstet*. – 2011. – Vol. 114 (1). – P. 84-85. [PMID: 21570683].

131. Kedar, K. Maternal near miss Death among Woman with Eclampsia in Tertiary Care / K. Kedar, A. Choudhary // *Int J Sci Stud.* – 2015. – Vol. 3(6). – P.93-98.
132. Knight, M. Maternal near-miss case reviews: the UK approach / M. Knight, G. Lewis, C.D. Acosta et al. // *BJOG.* – 2014. – Vol. 121 (Suppl 4). – P.112-116.
133. Luz, A.G. Impact of a nationwide study for surveillance of maternal near-miss on the quality of care provided by participating centers: a quantitative and qualitative approach / A.G. Luz, M.J. Osis, M. Ribeiro et al. // *BMC Pregnancy Childbirth.* – 2014. – Vol. 14. – P.122.
134. Lynch, C.M. Near miss maternal morbidity / C.M. Lynch, C. Sheridan, F.M. Breathnach // *Ir. Med. J.* – 2008. – Vol. 101(5). – P. 134-136. [PMID: 18624257].
135. Main, E.K. Maternal mortality: New strategies for measurement and prevention / E.K. Main // *Curr. Opin. Obstet.Gynecol.* – 2010. – Vol. 22. – P. 511-516. [PMID: 20978441].
136. Marsh, F. Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function / F. Marsh, R. Lynne, L. Christine et al. // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* – 2011. – Vol. 154(2). – P.223-227.
137. Mbekenga, C.K. Prolonged sexual abstinence after childbirth: gendered Norms and perceived family health risks, Focus group discussions in a Tanzanian suburb / C.K. Mbekenga, A.B. Pembe, E. Darj et al. // *BMC Int HealthHum Rights.* – 2013. – Vol. 13. – P.14.
138. Mous, M. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints / M. Mous, S.A. Muller, de J.W. Leeuw // *BJOG.* – 2008. – Vol. 115(2). – P.234-238.
139. Nabukalu D. Mortality in women of reproductive age in rural South Africa / D. Nabukalu et al. // *Glob. Health Action.* – 2013. – Dec 19. – Vol. 6. – Art. №. 22834. [PMID: 24360403].
140. Nakamura-Pereira, M. Sistema de Informaçoes Hospitalares do Sistema

Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno / M. Nakamura-Pereira, W. Mendes-Silva, M.A. Dias et al. // *Cad Saúde Pública*. – 2014. - Vol. 29(7). – P.1333-1345.

141. Nelissen, E. Applicability of the WHO maternal near miss criteria in a low-resource setting / E. Nelissen, E. Mduma, J. Broerse et al. // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8(4). – e61248.

142. Nelissen, E.J. Maternal near miss and mortality in a rural referral hospital in Northern Tanzania: a cross-sectional study / E.J. Nelissen, E. Mduma, H.L. Ersdal et al. // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2013. – Vol. 13. – P. 141. [PMID: 23826935].

143. Okereke, E. Knowledge of safe motherhood among women in rural communities in Northern Nigeria: implications for maternal mortality / E. Okereke, S. Aradeon, A. Akerele et al. // *Reproductive Health*. – 2013. – Vol. 10. – P. 62. [PMID: 24160692].

144. Oladapo, O.T. National data system on near miss and maternal death: shifting from maternal risk to public health impact in Nigeria / O.T. Oladapo, O.O. Adetoro, O. Fakeye et al. // *Reprod. Health*. – 2009. – Vol. 6 (1). – P. 8. [PMID: 19508717].

145. Pacagnella, R.C. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework / R.C. Pacagnella, J.G. Cecatti, M.J. Osis et al. // *Reprod Health Matters*. – 2012. – Vol. 20(39). – P.155-163.

146. Pacagnella, R.C. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. / R.C. Pacagnella, J.G. Cecatti, M.A. Parpinelli et al. // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2014. – Vol. 14. – P.159.

147. Pacheco, A.J. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study / Pacheco A.J., Katz L., Souza A.S. et al. // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2014. – Vol. 14. – P. 91.

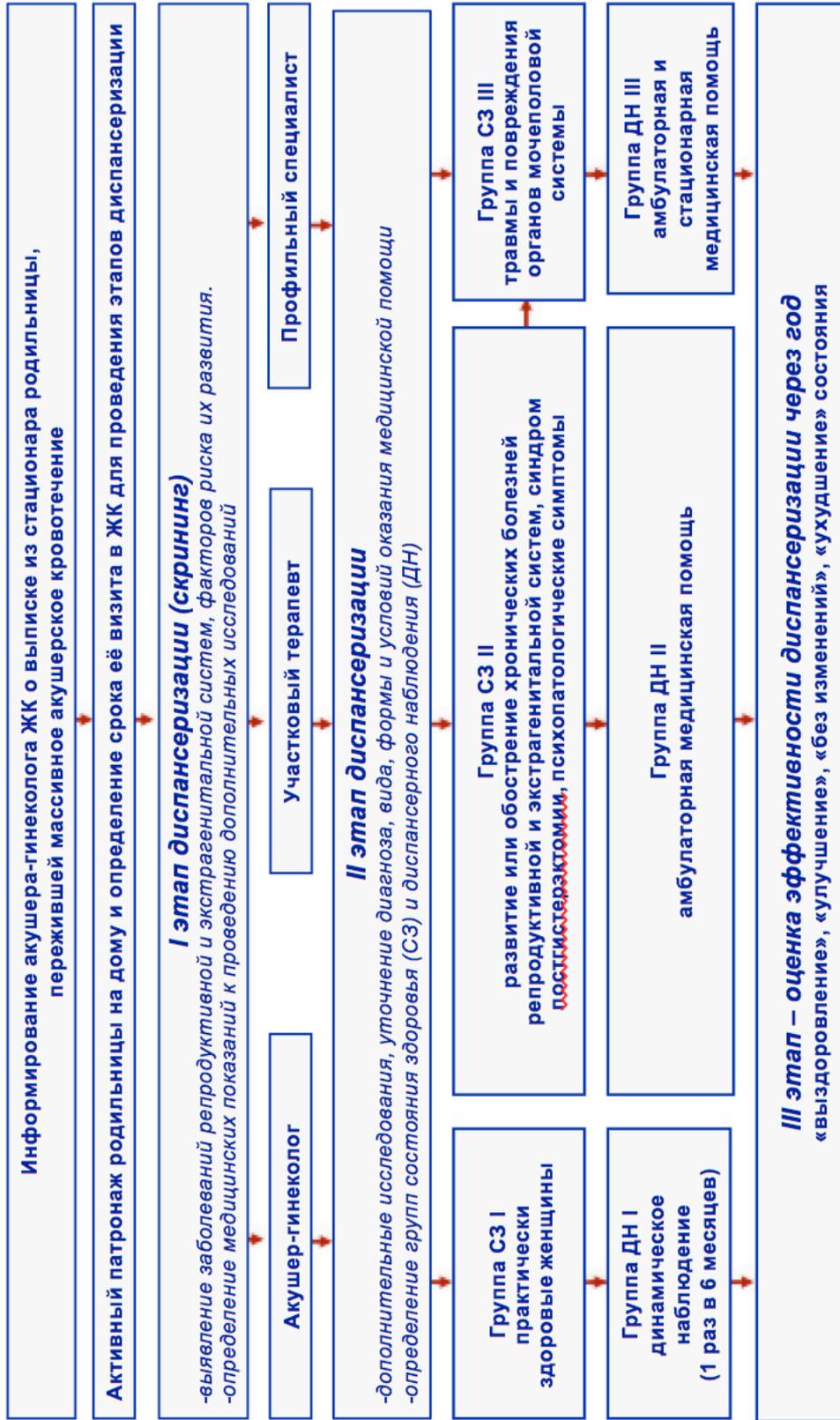
148. Paily, V.P. Confidential Review of Maternal Deaths in Kerala: a country

- case study / V.P. Paily, K. Ambujam, Nair V. Rajasekharan et al. // BJOG. – 2014. – Vol. 121: (Suppl. 4). – P. 61-66.
149. Pattinson, R.C. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries / R.C. Pattinson, M. Hall // BrMed Bull. – 2003. – Vol.67. – P. 231-243.
150. Penney, G. Near miss audit in obstetrics / G. Penney, V. Brace // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 19. – P. 145-150. [PMID: 17353683].
151. Proportion of births attended by a skilled health worker 2008 updates. – Geneva: WHO. – 2008.
152. Purandare C.N. Maternal near miss review: a way forward / Purandare C.N. // J Obstet Gynaecol India. – 2013. – Vol. 63(4). – P.213-215.
153. Reichenheim, M.E. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators / M.E. Reichenheim, F. Zylbersztajn, C.L. Moraes et al. // Arch. Gynecol. Obstet. – 2009. – Vol. 280 (3). – P. 337-343. [PMID: 19112576].
154. Reime, B. Maternal near-miss among women with a migrant background in Germany / B. Reime, P.A. Janssen, L. Farris et al. // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2012. – Vol. 91. – P.824-829.
155. Rulisa, S. Maternal near miss and mortality in a tertiary care hospital in Rwanda / S. Rulisa, I. Umuziranenge, M. Small // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2015. – Vol. 15. – P.203
156. Say, L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis / L. Say // Lancet Global Health. – 2014. – Vol. 2(6). – P. e323–333. [PMID: 25103301].
157. Say, L. WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care / L. Say, J.P. Souza, R.C. Pattinson // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2009. – Vol. 23 (3). – P. 287-296.
158. Say, L. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care / L. Say, J.P. Souza, R.C. Pattinson et al. // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2009. – Vol. 23 (3). – P. 287-296. [PMID: 19303368].

159. Shreastha, I. Material near miss in a Tertiary Care Teaching Hospital / I. Shreastha, Pr. Shrestha, R. Tuladher // American J Public Health Research. – 2015. – Vol. 3(5). – P.17-22.
160. Signorello, L.B. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women / L.B. Signorello, B.L. Harlow, A.K. Chekos et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2001. - Vol. 184(5). – P.881-888.
161. Singh, G.K. Widening Rural-Urban Disparities in All-Cause Mortality and Mortality from Major Causes of Death in the USA, 1969–2009 / G.K. Singh, M. Siahpush // J. Urban. Health. – 2013. – Vol. 91(2). – P. 272-292.[PMID: 24366854].
162. Sivalingam, N. Clinical experience with management of “near-miss” cases in obstetrics / N. Sivalingam, K.W. Looi // Med. J. Malaysia. – 1999. – Vol. 54. – P. 496-503. [PMID: 11072469].
163. Solana-Arellano, E. Women's dyspareunia after childbirth: a case study in a hospital in Acapulco, Mexico / E. Solana-Arellano, A. Villegas-Arrizón, J. Legorreta-Soberanis et al. // Rev Panam Salud Publica. – 2008. - Vol. 3(1). – P.44-51. Spanish.
164. Song, M. Association between sexual health and delivery mode / Song M., Ishii H., Toda M. et al. // Sex Med. – 2014. – Vol. 2(4). – P.153-158.
165. Souza, A. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study / A. Souza, P. Dwyer, M. Charity et al. // BJOG. – 2015 Mar 6. – doi: 10.1111/1471-0528.13331.
166. Souza, J.P. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health / J.P. Souza, J.G. Cecatti, A. Faundes et al. // Bull. World. Health. Organ. – 2010. – Vol. 88 (2). – P.113-119. [PMID: 20428368].
167. Souza, J.P. An emerging «maternal near-miss syndrome»: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth / J.P. Souza, J.G. Cecatti,

- M.A. Parpinelli et al. // *Birth*. – 2009. – Vol. 36 (2). – P. 149- 158. [PMID: 19489809].
168. Spielberger, C.D. Cross-cultural measurement of anxiety / C.D. Spielberger, S. Sharma. – In: C. D. Spielberger, R. Diaz-Guerrero (eds.) *Cross-cultural anxiety*. Washington, D. C: Hemisphere Publishing Corporation, 1976. – P. 13-25.
169. Sujata, P. Evaluation of obstetric near miss and maternal deaths in a tertiary care teaching hospital / P. Sujata, S. Janmeiaya, P. Rajkumari et al. // *Intern J Recent Scientific Research*. – 2016. – Vol. 7. – P. 9001-9005.
170. The WHO maternal near-miss approach and the maternal severity index model (msi): tools for assessing the management of severe maternal morbidity / Souza J.P. et al. // *PloS One*. – 2012. – Vol. 7 (8). – e44129. - doi: 10.1371/journal.pone.0044129.
171. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013 / Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. — Geneva: WHO, 2014. — 56 p.
172. Tuncalp, O. et al. The prevalence of maternal near miss: a systematic review // Tuncalp O., Hindin M.J., Souza J.P. et al. // *BJOG*. – 2012. – Vol. 119 (6). – P. 653–661. [PMID: 22489760].
173. Universal Declaration of Human Rights, G.A. res. 217A (III), in United Nations Doc. A/810. – U.N., 1948. – 5 p.
174. Wahlberg, A. Increased risk of severe maternal morbidity (near-miss) among immigrant women in Sweden: a population register-based study / A. Wahlberg, M. Roost, B. Haglund // *BJOG*. – 2013. – Vol. 120. – P.1605-1612.
175. Waterstone, M. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study / M. Waterstone, S. Bewley, C. Worde // *British. Medical. J.* – 2001. – Vol. 322. – P. 1089-1093. [PMID: 11337436].
176. Weeks, A. Personal accounts of «near-miss» maternal mortalities in Kampala, Uganda / A. Weeks, T. Lavender, E. Nazziwa et al. // *BJOG*. – 2005. – Vol. 112(9). – P.1302-1307.

177. What about the mothers? Bouvier-Colle M., Mohangoo A., Gissler M., Nevak-Antolic Z., Vutuc C., Szamotulska K., Zeitlin J. for The Euro-Peristat Scientific Committee. An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 2012. - Vol. 119. – P.880-890.
178. WHO statement on caesarean section rates executive summary. – WHO, 2015. – 8 p.
179. Wilson, R.E. The paradox of obstetric «near misses»: converting maternal mortality into morbidity / R.E. Wilson, H.M. Salihu // *Reprod. Health.* – 2009. – Vol. 6 (1). – P. 88. [PMID: 18320871].
180. Zanette, E. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study / E. Zanette, M.A. Parpinelli, F.G. Surita et al. // *Reprod Health.* – 2014. – Vol. 11(1). – P.4.
181. Zigmond, A.S. The hospital anxiety and depression scale / Zigmond A.S., Snaith R.P. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol.67. – P. 361-370.
182. Zung, W.W.K. The depression status inventory: an adjunct to the self-rating depression scale / W.W.K. Zung // *J Clin Psychol.* – 1972. – Vol. 28. – P.539-543.
183. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO; 2012. – 59 p.



Алгоритм ранней активной диспансеризации пациенток, перенесших массивные акушерские кровотечения