

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК:618.2-036.11

На правах рукописи

**МАЛИКОЕВА
СОЧИДА АМИРАЛИЕВНА**

**МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН,
ПЕРЕЖИВШИХ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

по специальности

**Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор С.М. Мухамадиева**

Душанбе – 2020 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	3
Введение.....	4
Общая характеристика работы.....	6
ГЛАВА I. Обзор литературы. Современные медико – организационные аспекты акушерских кровотечений.....	13
1.1 Частота и структуры акушерских кровотечений.....	13
1.2 Причины развития акушерских кровотечений.....	15
1.3 Эффективная перинатальная помощь матерям с акушерскими кровотечениями.....	16
1.4 Анализ случаев «едва выживших» женщин при акушерских кровотечениях.....	26
1.5 Современные принципы анализа критических случаев при акушерских кровотечениях.....	29
ГЛАВА II. Материал исследования.....	34
2.1 Клиническая характеристика обследованных женщин.....	36
2.2 Методы исследования.....	40
ГЛАВА III. Результаты исследований.....	43
3.1 Структура и динамика акушерских кровотечений по данным официальной статистики.....	43
3.2 Анализ медико-социальных причин акушерских кровотечений среди женщин, переживших акушерские кровотечения.....	49
3.3 Факторы риска развития акушерских кровотечений.....	56
3.4 Анализ критических случаев, угрожающих жизни среди женщин, переживших акушерские кровотечения.....	
ГЛАВА IV. Обсуждение полученных результатов.....	65
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	86
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	88
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	90

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

АК – акушерские кровотечения

АКС – анализ критических случаев

ВОЗ- Всемирная Организация Здравоохранения

ГОУ «НИИ АГиП»–Го сударственное учреждение «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана»

ГОУ «ИПОСЗРТ»–Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

КРСМС- конфиденциальное расследование случаев материнской смертности

МС- материнская смертность

НАП-неотложная акушерская помощь

ООН – Организация Объединенных Наций

ОАА-отягощенный акушерский анамнез

ОГА-отягощенный гинекологический анамнез

ПОНРП–преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ПП - предлежание плаценты

ПК – послеродовое кровотечение

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ЭГЗ – Экстрагенитальные заболевания

«near miss» - почти потерянные (едва выжившие)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и востребованность проведения исследования по теме диссертации. Материнская смертность (МС) является характеристикой, интегрирующей все параметры здоровья женщины репродуктивного возраста и зависящей от состояния здравоохранения в стране и результативности взаимодействия социальных, экономических, гигиенических, экологических, просветительских и многих других факторов [8,12,24, 49, 66,101,130, 130,135,148]. Каждый четвёртый случай МС в мире связан с кровотечением. Частота кровотечений в послеродовом периоде составляют 1,7-2% от общего числа родов, в то время как удельный вес МС от них достигает 60% [33, 51, 92,107,117,121,146]. Стремительность нарастания объема кровопотери в сочетании с неотложной необходимостью качественного выполнения алгоритма действий, направленных как на остановку кровотечения, замещение кровопотери, так и на оказание анестезиологического пособия, определяют в большинстве случаев исход случая [30,64,71,78,98,118,123].

В настоящее время большое внимание уделяется показателю, характеризующему критические акушерские состояния, при которых в результате тяжелых осложнений при беременности, в родах и после них женщина, оказавшаяся при смерти, едва не погибает, но все же выживает. Это состояние получило определение — «материнская заболеваемость, едва не лишившая женщину жизни» (near-missmaternalmorbidity) [24,34,88,102, 134,152]. По определению ВОЗ [11], nearmiss — «это женщины, которые были при смерти, но выжили после осложнения, случившегося во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности».

В связи с этим, предпринимаются попытки оценки качества медицинской помощи не только в случае неблагоприятного исхода, но и на ранней стадии лечебного процесса. Согласно международному стандарту, качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, подтверждающих соответствие медицинской помощи

потребностям человека и отвечающих современному уровню медицинской науки и практики [157].

Степень изученности научной работы. Диссертационная работа базируется на обширном материале отечественных и зарубежных научных исследований и практик о значимости АК, определяющих высокие показатели материнской заболеваемости и смертности как во всем мире, так и в Таджикистане. Решение этой проблемы во многом зависит от оказания медицинской помощи, ее доступности, удовлетворенности, адекватности запросам пациента. Результаты исследований, проводимые по этой проблеме, нашли отражение в значительном количестве публикаций в местных и зарубежных изданиях. Однако, целенаправленных исследований по изучению медико-организационных проблем по оказанию помощи среди женщин, переживших акушерские кровотечения, не проводилось. Анализ литературных данных указывает на необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении.

Теоретические и методологические основы исследования

Теоретической основой настоящего исследования явилось изучение материалов международных и таджикских исследований по частоте и структуре АК, факторов развития этого осложнения, медико-социальных особенностей репродуктивного поведения женщин, переживших проблемы при оказании медицинских услуг и поиска путей для обеспечения безопасного материнства.

Методологическим подходом является проведение клинического аудита в родовспомогательных учреждениях, который позволит выявить упущенные возможности при оказании медицинских услуг женщинам с АК, а также решить организационные вопросы по снижению частоты критических акушерских состояний, тем самым снизить материнскую заболеваемость и смертность.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Изучить медико- социальные аспекты здоровья женщин, переживших акушерские кровотечения и разработать предложения по его профилактике этого осложнения, на всех этапах оказания медицинской помощи.

Объект исследования. Исследование проводилось несколькими этапами. На первом этапе для установления частоты и структуры акушерских кровотечений проанализированы данные официальных статистических сборников за период 2014 - 2018 годы. На втором этапе для оценки медико-социальных аспектов здоровья женщин, перенесших акушерские кровотечения и выявления факторов риска их развития ретроспективно проанализированы истории родов 255 женщин, переживших акушерские кровотечения (сплошным методом) Роды происходили в стационаре третьего уровня, за период с 2014 по 2017 годы. Основная группа -161 пациентка с ПК (I), группа сравнения -61 пациентка с ПОНРП (II), 33 - женщины с ПП - (III). Контрольную группу составили 100 родильниц без акушерских кровотечений. Критерии исключения: кровотечения, обусловленные гематологическими и онкологическими заболеваниями.

На третьем этапе проводили интервью с 40 пациентками, перенесшими акушерские кровотечения (на 2-3 сутки после родов).

Объект исследования. Объектом исследования явилось родовспомогательное учреждение третьего уровня – ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗСЗРТ.

Предмет исследования. Предметом исследования явились ежегодные показатели официальных статистических сборников за период 2014-2018 годы, женщины репродуктивного возраста, переживших акушерские кровотечения

Задачи исследования:

1. Проанализировать динамику и структуру акушерских кровотечений на уровне региона за последние пять лет.
2. Установить особенности репродуктивного и соматического здоровья пациенток, переживших акушерские кровотечения.
3. Изучить совокупность причин и факторов риска развития акушерских кровотечений на амбулаторном уровне и оценить качество оказания акушерской помощи данной категории пациенток.
4. Выявить основные проблемы при оказании помощи женщинам, пережившим акушерские кровотечения и выявить упущенные возможности при оказании акушерской помощи при данном осложнении
5. Использовать методику аудита «nearmiss» как дополнительный резерв снижения акушерских кровотечений, материнской смертности и заболеваемости.

Методы исследования. При проведении настоящего исследования изучались общеклинические (общий анализ крови и мочи) и биохимические анализы (АЛТ, АСАД, билирубин прямой и непрямой, фибрин, фибриноген), свертываемость по Ли Уайту, ультразвуковое исследование органов малого таза, почек и щитовидной железы, ЭКГ. При проспективном исследовании всем пациенткам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование.

Статистическая обработка. Статистическая обработка материала проводилась на программе IBM SPSS Statistic сборка 1.0.0.1298 по стандартным методикам вычислений показателей описательной статистики, корреляционного, регрессионного и дисперсионного анализов. Методом статистики для числовых данных при более 2-х независимых группах использовали однофакторный критерий ANOVA, а для категориальных данных при 2 категориях, более 2-х групп и более 2-х категорий использовали критерий хи-квадрат Пирсона, определяли отношение

правдоподобия и линейно-линейную связь. Значимость различий определялась при $p \leq 0,05$. Оценка факторов риска проведена с использованием вычисления относительного риска (RR).

Область исследования. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.01.-Акушерство и гинекология.3.2. Анализ медико-социальных причин акушерских кровотечений среди женщин, переживших акушерские кровотечения. 3. Факторы риска развития акушерских кровотечений. 3.4. Разработка и усовершенствование методов оздоровления женщин, перенесших АК и их использование в клиническую практику.

Этапы исследования. Исследование проводилось в три этапа.

Первый этап - анализ ежегодных статистических сборников Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ и годовые отчеты клиники ГУ НИИ АГиП за пятилетний период (2014 -2018 годы).

Второй - ретроспективный анализ 255 случаев акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин, для оценки медико-социальных аспектов их репродуктивного здоровья и выявления факторов риска развития АК, анализ клинико-лабораторных данных.

Основная группа (I), -161 пациентка с ПК.Группа сравнения (II) – 61женщина с ПОНРП.Группа и (III) - 33 беременные с ПП. Контрольную группу составили 100 родильниц без акушерских кровотечений .

Третий этап – интервьюирование и комплексное клинико-лабораторное обследование 40 пациенток, перенесших АК. Проведение аудита клинических случаев массивных АК.

Основная информация и исследовательская база. Информационной базой для выполнения настоящего исследования явились современные литературные источники отечественных и международных документов, материалы научно-практических конференций, публикации в научно-популярных журналах, рекомендациях ВОЗ, исследований, проведенных в Таджикистане. Данное исследование проводилось на кафедре акушерства и

гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», базой которой является ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана».

Достоверность результатов работы. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации полностью отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведенных исследований. Объем и статистическая обработка полученных данных являются репрезентативными. Основные результаты проведенных исследований внедрены в клиническую практику отделения патологии беременных №1 и в специализированное акушерское отделение НИИ АГиП, используются в учебном процессе кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ИПОСЗРТ» при составлении модульных программ, станций ОСКЕ, проведении лекционных занятий с курсантами по повышению квалификации, клиническими ординаторами и врачами –интерн. Результаты диссертационной работы включены в раздел научной темы кафедры.

Научная новизна. Впервые в регионе проанализирована и изучена динамика и структура АК как причины материнской смертности и их тенденция в динамике за последние пять лет.

Показано, что в структуре причин АК гипотонические кровотечения занимают лидирующую позицию.

Установлено, что высокая частота развития АК и связанная с ними материнская заболеваемость и смертность обусловлена комплексом потенциальных факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной патологии.

Выявлены упущенные возможности при оказании медицинской помощи женщинам, пережившим АК: ненадлежащий уровень антенатального ухода, недостаточная профессиональная подготовки специалистов по оказанию НАП, отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц,

родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ;ненадлежащий послеродовой уход в стационаре, неправильная тактика инфузионно-трансфузионной терапии.

Научно обосновано использование методики аудита «neasmis» как дополнительного резерва по снижению АК, материнской заболеваемости и смертности.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Послеродовые кровотечения являются лидирующими в структуре акушерских кровотечений, которые имеют неустойчивую тенденцию к снижению.
2. Высокая частота развития акушерских кровотечений и связанная с ними материнская заболеваемость обусловлена комплексом факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной патологии.
3. Упущенными возможностями при развитии акушерских кровотечений являются: ненадлежащее дородовое наблюдение, несоблюдение региональных клинических протоколов, недостатки послеродового ухода.
4. Конфиденциальное расследование случаев акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин является дополнительным инструментом оценки качества акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях

Теоретическая значимость исследования. Представленные в диссертации теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации могут быть включены в программу практических и лекционных занятий по теме: выявление факторов риска развития акушерских кровотечений, методам временной остановки кровотечений, навыкам консультирования и послеродового наблюдения.

Практическая значимость. Внедрение разработанных предложений в практику позволит акушер-гинекологам и организаторам здравоохранения

своевременно выявить факторы риска развития и провести профилактику АК на всех уровнях родовспомогательных учреждений.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на VI съезде акушер-гинекологов Таджикистана (2016г.), ежегодичной-научно-практической конференции ИПО СЗРТ с международным участием (2019г), обсуждены на кафедральном заседании кафедры (2020г), межкафедральном экспертном совете по хирургическим дисциплинам ИПОСЗРТ (2020г.), проблемно-экспертной комиссии ГУНИИАГиП (2020)..

Внедрение результатов исследования в практику

Основные положения, выводы и рекомендации используются в практической работе акушеров-гинекологов НИИ АГиП.. Материалы работы внедрены в учебный и научный процесс кафедры акушерства и гинекологии ИПОСЗРТ. Полученные результаты изложены в учебно-методическом пособии « Принципы и методология анализа критических случаев «среди едва выживших» женщин при акушерских кровотечениях» (№..2019г).

Личный вклад автора. Соискатель самостоятельно проводила поиск и анализ мировой и отечественной литературы, сбор и анализ собственного материала, разработал анкеты, участвовал в разработке полученных результатов, участвовал в создании электронной базы, включающей данные ретроспективного анализа медицинской документации и проспективного наблюдения пациенток, публикации статей, написание диссертации и автореферата.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 6 статей в рецензируемых журналах ВАК РТ, разработано 1 учебно-методическое пособие.

Структура и объем и диссертации. Диссертационная работа освещена на страницах компьютерного текста, написана на русском языке, состоит из введения, обзора литературы, 3-х глав собственных исследований,

обсуждения, заключения, библиографии. Работа иллюстрирована 19 рисунками, 14 таблицами. Библиография состоит из 158 источников, включает 57 отечественных и 101 иностранных авторов.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Частота и структура акушерских кровотечений

Акушерские кровотечения (АК) - самая важная причина материнской смертности (МС) во всех странах мира, приводят к тяжелой материнской заболеваемости, инвалидизации, вызванной массивной потерей крови, геморрагическим шоком и полиорганной недостаточностью. ООН провозгласила, что к 2030 году все страны должны добиться снижения материнской смертности за счёт ликвидации предотвратимых причин, к которым относят кровотечения [155].

Каждый четвертый случай материнской смертности связан с акушерскими кровотечениями, и примерно в 80% случаев акушерские кровотечения приводят к развитию других осложнений [24,36,60,64,72,155]. На сегодняшний день около 25% материнских смертей произошли по причине кровотечений в послеродовом периоде [1,33,45,143,147].

В развивающихся странах риск материнской смертности при послеродовых кровотечениях в 100 раз выше, чем в Европе [151]. В России отмечалось снижение показателя материнской смертности от кровотечений, если проследить период времени с конца 80-х до 2015 года на 10%. Частота случаев материнской смертности от кровотечений в различных регионах России в 2007 году составляла от 20 до 22,7%, в 2014 году – занимала 3-е место в структуре причин материнской смертности [4,7, 31].

Исследования, проведенные в Таджикистане показали, что, несмотря на снижение акушерских кровотечений, в структуре снижения материнской смертности в целом, кровотечения за последние 10 лет занимают второе место, и третье - среди прямых акушерских причин МС [20,21].

Необходимо выявлять и принимать решения по их устранению [69, 155].

Несмотря на улучшение качества помощи матерям и детям после внедрения стандартов в практики учреждений стран Средней Азии, случаи материнской смертности от акушерских кровотечений продолжают лидировать в структуре причин материнской смертности. При этом случаи материнской смертности от акушерских кровотечений являются предотвратимыми и чаще связаны с некачественной медицинской помощью. Одной из целей развития тысячелетия являлась снижение показателя материнской смертности на 2/3 [41,157]. В странах Европейского региона были приняты стратегии, которые бы способствовали улучшению качества помощи матерям и детям. Определены наилучшие научные доказательства, включенные в руководства и стандарты ведения женщин с беременностью высокого риска. Однако к 2015 году 4-ая цель была достигнута не во всех странах, которые брали это обязательство [109, 125].

Акушерские кровотечения являются прямой акушерской причиной материнской смертности. Прямые акушерские причины материнской смертности относят к предотвратимым случаям, когда женщину можно было спасти, если бы ей была оказана своевременная качественная медицинская помощь. Некачественная помощь бывает оказана при слабой организации службы, недостаточных знаниях и слабых навыках персонала, оказывающих услуги беременным, роженицам и родильницам, а также в случаях непринятия во внимание наилучших научных доказательств, которые приводятся в клинических рекомендациях по ведению пациентов с той или иной патологией. В странах, где высоки показатели материнской смертности от акушерских кровотечений, уровень оказания помощи беременным низок. Выявление причин недостаточно качественно оказанной помощи женщинам с акушерскими кровотечениями весьма актуальное направление исследований, которое может помочь улучшить показатели материнской заболеваемости и смертности в случаях массивных акушерских кровотечений [24, 41, 53, 56,107,136,151].

1.2. Причины развития акушерских кровотечений

В настоящее время научный интерес представляют исследования, посвященные изучению факторов, приводящих к развитию акушерских кровотечений. Изучение факторов, способствующих развитию кровотечений позволяет предусматривать профилактику этого осложнения беременности, родов и послеродового периода [45]. Одним из факторов, способствующих развитию акушерских кровотечений, является сопутствующая беременности анемия, особенно тяжелой степени. Доказано, что повышение частоты акушерских кровотечений у женщин с анемиями представляет высокий удельный вес умерших во время беременности, в родах и в послеродовом периоде [47,58,76,93,114]. Показана обратная корреляционная связь цифр гемоглобина и частоты акушерских кровотечений [68,92,96,108,129].

Установлено что из ЭГЗ способствующим фактором развития акушерских кровотечений является избыточная масса тела у беременной женщины [14,26,38,71,102]. Среди акушерских осложнений беременности выделены преэклампсия и многоводие, как способствующие факторы акушерских кровотечений [32,73, 86].

Доказано, что затянувшиеся роды, использование утеротоников для индукции и усиления родов также могут приводить к акушерским кровотечениям [36,79, 151, 155]

В последние годы многие страны взяли направление на поддержку политики снижения частоты кесарева сечения [2,27,78]. Показано, что у женщин, во время кесарева сечения риск развития кровотечения возрастает, а у женщин с повторным КС каждым последующим кесаревым сечением возрастает еще больше [2,29,78,81]. Также увеличивают частоту акушерских кровотечений вагинальные оперативные роды [29,146]. Септические осложнения во время беременности, способствующие изменениям со стороны свертывающей системы крови, являются способствующим фактором развития акушерского кровотечения [77,80,90]. Наиболее опасным состоянием беременной женщины является предлежание плаценты,

которое зачастую сопровождается массивным кровотечением и может закончиться материнской смертностью [51,53, 56, 61,106].

Немаловажное значение в снижении частоты критических кровотечений во время беременности, в родах и послеродовом периоде отводится своевременному выявлению врожденных или приобретенных тромбоцитопатий [60,78,83, 144].

Последствиями критических состояний является серьезная материнская заболеваемость, требующая больших материальных затрат, что определяет социально-экономическую значимость критических случаев в акушерстве [3, 35,52]. Осложнениями массивных кровотечений могут быть острая почечная недостаточность, гемическая гипоксия, приводящая к гипоксии мозга, сердечно-сосудистой недостаточности [3,66,80]. Непосредственные причины материнской смертностикак правило, являются последствиями критических состояний женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде [140, 148, 151].

Для выяснения истинных причин материнской смертности и заболеваемости, угрожающей жизни женщин ВОЗ рекомендует использовать инструменты оценки качества оказываемой помощи [10]. В нашей стране используются аудит конфиденциальные расследования случаев материнской смертности на уровне страны и аудит критических случаев на уровне учреждений [16, 18, 44].

1.3. Эффективная перинатальная помощь матерям с акушерскими кровотечениями

Охрана здоровья матери и ребенка находится под постоянным вниманием Правительства Республики Таджикистан и является одним из приоритетных направлений деятельности всех уровней государственных структур и врачебных сообществ, работающих по оказанию услуг матерям и детям. Основные направления в области репродуктивного здоровья женщин отражены в национальных стратегических документах страны [22, 48].

Реализация национальных планов и программ включала многочисленные мероприятия по улучшению качества помощи матерям и детям. С целью внедрения эффективных перинатальных технологий в службу родовспоможения страны внедрены национальные стандарты и клинические протоколы.

Одним из путей снижения материнской смертности от серьезных акушерских осложнений является стратегия профилактики этих осложнений в группах женщин с факторами риска их развития. Факторы риска, которыми можно управлять, необходимо принимать во внимание и по возможности устранять их. Прогнозирование акушерских кровотечений позволяет принять меры профилактики с целью снижения частоты массивных кровотечений, при которых женщина может умереть, а если выживает, что определяет такой случай как критический, то может иметь в последующем серьезную болезнь. Такие меры являются одним из путей снижения материнской смертности [19, 26, 60,62,64].

Некачественная помощь женщинам во время беременности, в родах и в послеродовом периоде является способствующим фактором развития акушерских кровотечений [3,83,120,122, 135].

К эффективным перинатальным услугам, профилактирующим акушерские кровотечения, относят выявление и лечение анемий уже в прегавидарном периоде, а также выявление и профилактики тромбофилии [60,68,80, 108,129]. Ведение родов по партограмме, способствующее уменьшению случаев родостимуляции без показаний, снижению частоты кесарева сечения также относится к факторам, снижающим частоту акушерских кровотечений [59,128]. Индукция родов без показаний и неправильная оценка состояния шейки матки для проведения амниотомии способствуют затянувшимся родам, аномалии родовой деятельности, следовательно и увеличению частоты акушерских кровотечений [89,103] .

Некачественная организация оказания помощи женщинам с акушерскими кровотечениями, такие как недостаточная лабораторная

поддержка, задержка с доставкой крови и компонентов крови, слабая командная работа, транспортные проблемы, отсутствие должного наблюдения за беременными, роженицами и родильницами в акушерских стационарах, увеличивают частоту акушерских кровотечений, способствуют развитию критических состояний и повышению случаев материнской смертности от акушерских кровотечений [5,10,26,100,152].

С целью улучшения качества медицинской помощи во многих странах предусмотрено территориальное распределение перинатальных центров с учетом объемов медицинской помощи и транспортной доступности для женщин [24,32]. В модели трех задержек помощи женщинам с акушерскими кровотечениями, по причине которых может произойти материнская смертность, задержка транспортировки в учреждения высокого уровня играет очень большое значение, так как акушерские кровотечения отличаются внезапностью и возможной потерей больших объемом крови за короткий промежуток времени [41,57,83,85,109,137].

Ввиду важности проблемы кровотечения как ведущей причины материнской смертности и заболеваемости и из-за доказанности ненадлежащего характера помощи в большинстве случаев со смертельным исходом, акушерские кровотечения были приоритетной темой для разработки руководств, основанных на наилучших научных доказательствах [6,13]. Национальные стандарты по акушерским кровотечениям в учреждениях родовспоможения Таджикистана разработаны и внедрены в 2008 году, а в 2018 году – пересмотрены [43]. Внедрение стандартов предусматривало обучение эффективным перинатальным технологиям при оказании помощи беременным, роженицам и родильницам с акушерскими кровотечениями всех работающих в стране акушеров-гинекологов, издание приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты населения об обязательном использовании в практиках специалистов, оказывающих перинатальные услуги, рекомендаций стандартов, разработанным на основе

наилучших научных доказательств, приведенных в руководствах ВОЗ [139, 143].

Доказано, что надлежащие вмешательства будут способствовать снижению частоты как материнской смертности, так и материнской заболеваемости от акушерских кровотечений [2]. Важным моментом в улучшении качества помощи матерям является профилактика послеродовых кровотечений. Показано, что активное ведение последового периода уменьшает частоту гипотонических кровотечений на 50% [50,51,10].

Компонентами активного ведения третьего периода родов являются введение 10Ед. окситоцина внутримышечно в течении первой минуты после рождения ребенка, выделение плаценты с использованием контролируемых тракций за пуповину, массаж матки [50, 149].

Правильная оценка кровопотери в родах и состояния женщины после родов является важным моментом, способствующим снижению частоты критических послеродовых кровотечений [30,154,155]. Наблюдение за состоянием родильницы строго по партограмме способствует своевременной диагностике кровотечения в послеродовом периоде [28,49,154]. В случаях развившегося кровотечения – эффективные меры остановки АК адекватная инфузионная терапия, тщательный мониторинг способствуют снижению частоты критических акушерских кровотечений. Своевременно выясненная причина кровотечения позволяет устранить ее и также способствует улучшению качества помощи при акушерских кровотечениях [30,24,25,62,66,148,149].

Показатели лабораторных анализов (гемоглобин и гематокрит) сразу после кровопотери не представляют истинную картину кровопотери и только через несколько часов после кровотечения они отражают истинную величину кровопотери. В связи с чем, принятие решения о инфузионно-трансфузионной терапии лучше принимать по объему потерянной крови и состоянию женщины, быстрая оценка которой позволяет определить наличие геморрагического шока [51,60,103,105,107].

При оказании помощи беременным, роженицам и родильницам с критическими кровотечениями действия команды специалистов определены согласно аббревиатуры ABC: Assessment – оценка – постоянный контроль за состоянием гемодинамики, дыхания и параметрами крови; Breathing – дыхание – обеспечение вспомогательной оксигенации (на начальном этапе – увлажненный кислород 5–6 л/мин через маску или носовой катетер, при массивной кровопотере – продленная ИВЛ); Circulation – поддержание объема циркулирующей крови за счет инфузионно-трансфузионной терапии [3, 69,153].

Все эти компоненты выполнимы своевременно и качественно при командном подходе оказания помощи. В случаях критических кровотечений диагностика и интенсивная помощь проводятся одновременно. Протоколы, данные которых основаны на данных доказательной медицины, включают информацию о неотложной помощи при акушерских кровотечениях – инфузионная терапия для восполнения объема циркулирующей крови, необходимый перечень лабораторного обследования [6,43]. При первичной диагностике кровотечения показано определение группы крови и резус фактора, определение уровней гемоглобина, гематокрита, фибрина, фибриногена. В случаях массивных кровотечений перечень лабораторного обследования расширяется. Важным моментом является лабораторный мониторинг гемостаза [73,98,153,156].

В национальных стандартах Таджикистана «Акушерские кровотечения» предусмотрена антибиотикопрофилактика при выполнении ручного удаления плаценты ампициллином [43]. Прямых доказательств эффективности антибиотикопрофилактики после ручного отделения плаценты и выделения последа в доступной литературе не найдено. Однако при составлении стандартов авторы приняли во внимание наличие непрямых доказательств преимущества профилактического введения антибиотиков при кесаревом сечении, абортах и некоторых других внутриматочных манипуляциях. Показано, что недостаточно качественная диагностика травм

родовых путей при продолжающемся кровотечении после ручного отделения последа приводит к повышению частоты необоснованных органудаляющих операций [46,155, 159].

Послеродовые кровотечения занимают ведущее место в структуре акушерских кровотечений и основным направлением в профилактике этого осложнения является активное ведение третьего периода родов [2,3,51]. Эксперты ВОЗ рекомендуют проведение контролируемой тракции только обученным персоналом. Оценка необходимости проведения контролируемых тракций за пуповину позволит оптимизировать подход к профилактике послеродовых кровотечений [15,26].

Установлено, что женщины, погибшие от акушерских кровотечений, в отличие от «едва не погибших», имели большую медико -социальную отягощенность и более значимые проблемы при оказании медицинской помощи: несоблюдение региональных клинических протоколов, запоздалое оперативное вмешательство, неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии [30, 39,42,52].

Лечением гипотонических кровотечений является своевременная и правильная последовательность использования утеротонических препаратов. На сегодняшний день утеротоническим препаратом первой линии признан окситоцин, который может применяться как с профилактической целью, так и в случаях развившегося кровотечения. Окситоцин обладает низкой частотой нежелательных эффектов в случаях применения его для профилактики и лечения послеродовых кровотечений, что и определило его использовать в первую очередь [52,59,80,126,159].

Имеющиеся литературные данные о последовательности введения других утеротоников в случае отсутствия эффекта от окситоцина незначительны. Эксперты ВОЗ рекомендуют принимать решение на основании опыта врача, доступности препарата и известных противопоказаний [155,157] В национальных стандартах Таджикистана по акушерским кровотечениям определена последовательность выбора

утеротонических препаратов при отсутствии эффекта от внутривенного введения окситоцина использовать эргометрин (в случае отсутствия противопоказаний), а затем простагландины [43]. Использование простагландинов для лечения и профилактики акушерских послеродовых кровотечений при сравнении с эргометрином не установило преимуществ. В то же время при наличии у женщины гипертензии мизопропрост является препаратом второй очереди ввиду противопоказаний препаратов спорыньи при повышенном артериальном давлении. Появившиеся работы, в которых указывается на отсутствие эффекта от мизопростола после использования окситоцина, требует проведения дальнейших широкомасштабных исследований по последовательности и выбору утеротонических средств при послеродовых акушерских кровотечениях [59,69,85].

Согласно рекомендациям ВОЗ на основе результатов рандомизированных контролируемых исследований при лечении послеродовых кровотечений допустимо применять мизопропрост в дозировке от 600 мкг до 1000 мкг. Рекомендуемые пути введения – сублингвально, перорально или ректально. [42,43,82,83,153,157].

Одним из вмешательств при продолжающемся послеродовом кровотечении, обусловленном гипотонией матки, является баллонная тампонада матки [26,116,153,157]. Ряд исследователей показали, что использование баллонной тампонады матки снизило частоту гистерэктомий при гипотонических кровотечениях [26,36,116]. Другие исследователи считают, что баллонная тампонада матки может быть использована с диагностической целью для решения вопроса о необходимости проведения ампутации или экстирпации матки [2,144]. Эти исследователи показали, что остановка гипотонического кровотечения после проведения баллонной тампонады является показателем благоприятного исхода и отсутствия необходимости гистерэктомии, а продолжающееся кровотечение после заполнения баллона воздухом – указывает на то, что не нужно терять время и немедленно готовить женщину к лапаротомии. [25,116].

Целью использования мер временной остановки кровотечения являются снижение объема кровопотери в процессе оказания поэтапной помощи женщинам. Одним из методов временной остановки кровотечения является сдавление аорты. Показано, что использование сдавления аорты сокращает кровопотерю, неинвазивная, легко выполняемая манипуляция, в этой связи ВОЗ рекомендует использование данного метода при оказании помощи женщинам с послеродовыми кровотечениями. Другим методом временной остановки кровотечения является двуручное сдавление матки, которое широко используется при послеродовых акушерских кровотечениях [115].

Экспертами ВОЗ рекомендованы хирургические методы остановки кровотечения, эффективность которых высока и достигает при надлежащем использовании некоторых из них 100%. Одним из таких методов является наложение компрессионных швов по Би-Линчу, модифицированного компрессионного шва без вскрытия матки. Данный метод применения компрессионных швов может использоваться для остановки кровотечения и в случаях отсутствия врачей, владеющих гистерэктомией, дает возможность не терять времени и начинать лапаротомию до прихода ургентной помощи. Кроме того, использование компрессионных швов может быть альтернативой гистерэктомии. Эффективность использования шва по Б-Линчу в некоторых странах составляет 95%. Доказанная эффективность компрессионных швов при массивных кровотечениях позволяет рекомендовать их использование и данная методика хирургической остановки кровотечения включена в стандарты ведения женщин с акушерскими кровотечениями во многих странах [20,78, 85, 145].

Для остановки кровотечения предложены методики перевязки маточных, яичниковых и подвздошных артерий, эффективность которых превышает 60% [2,26,30]. Одним из методов хирургической остановки кровотечения является эмболизация маточных артерий, отнесенная к высокоэффективной методике, так как эффективность достигает 100%.

Однако транскатетерная эмболизация маточных артерий ограничена в применении в акушерских стационарах, так как требует рентгенологического контроля [144]. При выборе методов хирургической остановки кровотечений принимаются во внимание многие факторы – эффективность, возможности учреждения, навыки врачей и персонала, простота выполнения, необходимое время для выполнения. Экспертами ВОЗ в клинических руководствах рекомендованы для оказания помощи женщинам с акушерскими послеродовыми кровотечениями все вышеописанные методы. Однако при составлении местных протоколов, а тем более стандартов, необходимо учитывать возможности и особенности регионов и учреждений, оказывающих перинатальные услуги [2, 15,43].

Национальные стандарты по ведению послеродовых акушерских кровотечений указывают на целесообразность последовательного использования хирургической помощи родильницам с акушерскими кровотечениями – компрессионный шов по Б-Линчу, затем перевязка маточных, яичниковых сосудов, затем – перевязка нисходящих ветвей подвздошных артерий, в случае безэффективности – гистерэктомия [27, 29, 43, 63, 83, 144]. В случаях кровотечений, обусловленных разрывом матки и приращением плаценты, стандарты указывают на необходимость проведения гистерэктомии без предварительного использования других методов остановки кровотечения [2,15,43]. Регионализация учреждений родовспоможения в стране предусматривает возможность выполнения всех этих методов в учреждениях второго и третьего уровней. Намного сложнее обстоит дело с теоретическим уровнем знаний и практическими навыками персонала, что диктует необходимость обучения сотрудников учреждений для улучшения качества помощи матерям [19, 26,42,85, 154].

Учитывая, что стоимость коллоидов намного превышает стоимость кристаллоидов, эксперты ВОЗ рекомендуют применять при оказании неотложной акушерской помощи при кровотечениях раствор Рингера или физиологический раствор [154]. При разработке этих рекомендаций также

принято во внимание, что большие дозы коллоидов вызывают нежелательные эффекты. Скорость введения растворов зависит от объема и темпов кровопотери, состояния пациентки в критической ситуации – при развитии геморрагического шока. Высокая объемная скорость проведения инфузионной терапии может привести к сердечно-сосудистой недостаточности и кардиогенному отеку легких [30,67,70,73,77,84,90]. Особенно высокий риск данных осложнений имеют родильницы в возрасте старше 35 лет с исходной сердечной недостаточностью. Объем введения кристаллоидов составляет 1:3 по отношению к объему кровопотери [70]. Некоторые исследователи считают, что ДВС-синдром при коагулопатии разведения клинически проявляется в случаях замещения объема циркулирующей крови на 100% объема циркулирующей крови, и в таких случаях имеет место снижение факторов свертывания крови [3,110, 115, 124].

Трансфузионная терапия при акушерских кровотечениях предусматривает гемотрансфузию и плазмотрансфузию, при массивных кровотечениях также введение криопреципитата и транексамовой кислоты. Показаниями к переливанию эритроцитарной массы является уровень гемоглобина < 70 г/л при продолжающейся кровопотере или диагностированная гипоксия независимо от уровня гемоглобина. Во всех случаях гемотрансфузий необходимо придерживаться принципа – использовать гемотрансфузию, если опасность для жизни кровопотери превышает риски, возможные от гемотрансфузии [26,30,65,70,73,77,84,90].

К эффективным перинатальным услугам относится плазмотрансфузия, проведенная по показаниям и без опозданий. Согласно рекомендациям ВОЗ, показания к плазмотрансфузии – удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту или изменение показателей фибрина и фибриногена. [67, 70, 84, 157].

Немаловажным моментом является раннее начало инфузионно-трансфузионной терапии, в некоторых случаях даже не дожидаясь лабораторных показателей. Стратегия контроля за проведением инфузионно-

трасфузионной терапии при массивных кровотечениях предусматривает своевременную диагностику критического состояния и нарушения свертывающей системы крови, поддержание допустимой артериальной гипотонии до остановки кровотечения, быстрое устранение источника кровотечения или остановку кровотечения, лечение ацидоза и гипокальциемии, профилактику гипотермии и профилактику гемодилуции. Поддержание умеренной гипотонии до остановки кровотечения уменьшает кровопотерю, так как быстрое повышение артериального давления способствует увеличению объема кровопотери [84, 83, 85, 116, 117, 144, 148, 157].

1.4. Анализ случаев «едва выживших» женщин при акушерских кровотечениях

Инициатива «Что кроется за цифрами?», в частности, анализ «едва выживших» женщин позволяет взглянуть на имеющиеся проблемы, не игнорируя реальные истории конкретных женщин, которые стоят за голыми цифрами. [9]. В последние годы анализ случаев «nearmiss» («почти потерянных», или «едва не погибших», женщин, переживших акушерские кровотечения) показал дополнительные преимущества по сравнению с традиционными разборами материнской летальности [3, 5, 11, 13, 16, 19, 28, 240, 126, 157]. Растущий интерес к этой проблеме находит отражение в увеличении количества систематических обзоров, в которых делаются попытки точного определения критериев состояния «nearmiss», количественной оценки новых характеристик «nearmiss», их распространенности в разных регионах и выяснения причин возникновения [43, 37, 34, 72, 92, 157]. По определению ВОЗ, случаи «nearmiss» составляют женщины, которые были при смерти, но выжили после осложнения, случившегося во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности» [157].

Сравнительный анализ различных факторов, приводящих в одних случаях к материнской смерти, в других — к развитию nearmiss, показывает,

что они в большинстве случаев однотипны и схожи, сходства в этих группах пациентов больше, чем различий. Они сопоставимы по основным клиническим параметрам, структуре экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности, особенностям течения беременности, родов, послеродового периода [10, 16, 18, 31, 34, 52, 56, 92, 94].

На это указывают исследования P.S. Rooraetal, согласно которым при анализе 27 материнских смертей и 131 случая развития критических акушерских состояний установлено, что в исследуемых группах возраст пациенток был равнозначным ($27,0 \pm 4,7$ и $27,8 \pm 4,5$ года), паритет также не имел существенных отличий, как и одинаковая частота первичных причин nearmiss: преэклампсия (32,4 и 34,8 %), соматические заболевания (15,6 и 17,3 %), кровотечения (38,6 и 39,8 %). Однако гестационный возраст был достоверно выше у пациенток с nearmiss: $57,2 \pm 4,8$ против $26,1 \pm 4,2$ %. Наиболее часто пациентки погибали в послеродовом периоде ($47,8 \pm 7,4$ %), в то время как состояние nearmiss в этот период развивалось реже ($25,1 \pm 3,6$ %). Среди причин материнской смертности, по данным авторов, преобладал сепсис ($52,2 \pm 6,4$ %), основной же причиной nearmiss являлись акушерские кровотечения ($44,8 \pm 7,4$ %), гипертензия ($23,6 \pm 4,8$ %), сепсис ($16,4 \pm 2,4$ %). В своем обзоре авторы приводят данные о соотношении случаев «nearmiss» и материнской смертности в разных (Индии 56 : 1, Сирии 60 : 1, Непале 72 : 1), сопоставляют их с показателями в странах Западной Европы (117-223 : 1), подчеркивают важную роль их изучения в динамике. В случаях критических случаев акушерских кровотечений, когда женщины выживают, отмечается тяжелая материнская заболеваемость [3, 10, 12, 28, 72, 105].

Зарубежные исследования, посвященные nearmiss в акушерстве, начали проводиться с конца XX столетия. Так, в источнике, относящемся к 1998 г. [16], приведены результаты изучения 147 случаев nearmiss, согласно которым наиболее частыми причинами были экстренная гистерэктомия (29,5 %), выраженная артериальная гипертензия (27 %), отек легких (16 %). Снижение качества медицинской помощи было выявлено в 82 случаях, нарушения

организации лечебного процесса — в 33, неправильное поведение пациентки установлено в 34 наблюдениях. Еще до рекомендаций ВОЗ (2009) авторы предложили считать критериями развития критических акушерских состояний экстренную гистерэктомию по любой причине, гипо-волемию, требующую переливания крови, отек легких и почечную дисфункцию, нарушение функции внешнего дыхания, дефекты анестезии, метаболические нарушения.

Ряд материалов о случаях «nearmiss» содержит убедительные данные о связи частоты критических осложнений с уровнем регионального валового продукта и уровнем дохода населения. В странах с высоким материальным благосостоянием частота nearmiss колеблется от 3,8 до 12 на 1000 родов, с низким материальным благосостоянием — от 67 до 118 на 1000 родов. К 2015 г. этот показатель в Великобритании составил 1 : 118, в России - 1 : 30, в Санкт-Петербурге предположительно 1: 5 [24, 40,41, 157].

Изучение региональных особенностей частоты, структуры, проблем оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях «едва не погибшим» женщинам может позволить найти резервы для снижения материнской смертности [9, 21, 22, 24,157].

Проведённый сравнительный анализ социально-гигиенических и клинических особенностей погибших и «едва не погибших» женщин от акушерских кровотечений в Таджикистане показал, что погибшие пациентки реже наблюдались в Центрах репродуктивного здоровья, мужья находились в миграции, чаще не имели определенного места жительства, страдали сочетанными экстрагенитальными заболеваниями (анемией, ЙДЗ и заболеваниями почек) чаще имели самопроизвольные выкидыши в анамнезе, значимо чаще страдали воспалительными заболеваниями гениталий. Основными причинами кровотечений у погибших женщин являлась отслойка плаценты при беременности и ранние послеродовые кровотечения [26, 37,38,42].

1.5. Современные принципы анализа критических случаев при акушерских кровотечениях

В последние годы большое значение придается поиску путей снижения материнской и перинатальной смертности [10, 13,16,19, 24, 31, 91,92,98,95,101]. Решение этой проблемы во многом зависит от качества оказания медицинской помощи, ее доступности, удовлетворенности, адекватности запросам пациента [3, 19, 85, 97,96].

В связи с этим, предпринимаются попытки оценки качества медицинской помощи не только в случае неблагоприятного исхода, но и на ранней стадии лечебного процесса. Согласно международному стандарту, качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, подтверждающих соответствие медицинской помощи потребностям человека и отвечающих современному уровню медицинской науки и практики [157].

Акушерские критические случаи – это случаи акушерских осложнений, которые переходят в ситуации, угрожающие жизни женщины, но заканчиваются благополучно – женщины выживают. Однако зачастую у женщин, переживших критические случаи, последствиями бывают серьезные заболевания, значительно ухудшающие качество их жизни [68, 75, 77, 90].

Отличительной особенностью методов оценки качества помощи матерям, описанных в руководстве ВОЗ «Что кроется за цифрами?» является принятие во внимание мнения женщин, если они выжили или родственников – в тех случаях, если они умерли [12, 102].

Анализ критического случая (АКС) – это качественный, глубокий и детальный анализ хороших практик и недостатков, ассоциированных с критическим случаем в конкретном медицинском учреждении. Практика получения информации только из записей в медицинской документации показала, что не всегда можно получить достоверные данные. В связи с этим, процесс анализа критических случаев предусматривает также

конфиденциальные рассказы персонала, задействованного в данном случае и самой пациентки [3,5,11,16,18, 28,46,92,96,127].

Для выявления случаев «nearmiss» некоторые исследователи считают необходимым создание комиссий конфиденциального аудита, «способных вскрывать факты, прячущиеся за данными официальной статистики» с использованием анонимных анкет, опроса родственников, беседы с самой пациенткой, перенесшей критическое состояние [10, 14,19, 42, 44,56,99].

Основными принципами данных методов оценки качества помощи является конфиденциальность, анонимность, мультидисциплинарность, ненаказуемость, сравнение практик со стандартами, принятие во внимание мнения женщин, а в случаях гибели женщины ее родственников. Методология предусматривает анализ от двери до двери, поиск истинных причин упущенных возможностей и на основании их принятие решений, реализация которых будет способствовать улучшению качества помощи матерям [14, 19, 32, 48, 65].

Использование аудита критических случаев во многих странах показало, что даже при ограниченных материальных возможностях поиск истинных причин упущенных возможностей и принятие выполнимых малозатратных решений позволяет снизить частоту критических случаев, а также материнской смертности. Изучение каждого критического случая дает возможность выяснить – что помогло женщине, которая была на грани жизни и смерти выжить. *Абсолютное большинство исследователей считают аудит тяжелых критических состояний надежным способом наблюдения для оценки качества акушерской помощи.* По данным К. Swathietal. [138], количество дефектов медицинской помощи при развитии nearmiss выявляется в 3-4 раза чаще, чем в случаях, когда это состояние было предотвращено. Аудит в этих случаях является инструментом для анализа качества медицинской помощи. Современная отечественная и зарубежная литература содержит обширную информацию о критических акушерских состояниях, возникающих в результате акушерских кровотечений,

преэклампсии и эклампсии, сепсиса, экстрагенитальных заболеваний, последствий аборта [3,17,32,47]. В указанных работах обоснована терминология этих состояний, необходимость их исследования для предотвращения материнской смертности, дана оценка «nearmiss», включая ее критерии, изложенные ВОЗ в документе «Идентификационные критерии случаев тяжелых акушерских осложнений, едва не завершившихся летальным исходом» [152,155].

Интересные данные приводятся о «восприятии мужьями событий, связанных с развитием у их жен тяжелых критических состояний» [113].

Особое внимание обращается на абдоминальное родоразрешение как на высокий риск развития nearmiss. По данным S. Donetietal. [83], из 1259 случаев «nearmiss» 70 % женщин были госпитализированы после операции кесарева сечения. Основными причинами развития nearmiss явились кровотечения (48,6 %), ДВС-синдром (26 %), сепсис (14,8 %).

В настоящее время начинают использовать также перинатальный аудит, принципы и методология которого также способствуют улучшению перинатальных исходов и снижению показателя перинатальной смертности [13].

Результаты изменения некоторых показателей акушерских кровотечений в учреждениях Республики Таджикистан в результате применения аудита критических случаев (АКС) продемонстрировало, что внедрение стандартов и использование АКС в 20 учреждениях страны привело как к снижению частоту акушерских кровотечений, в том числе ассоциированные с нарушением тонуса матки, так и к снижению частоту массивных кровопотерь, органудаляющих операций, а также снижению показатель отношения числа женщин, умерших от акушерских кровотечений, к общему количеству женщин, умерших от кровотечений по всей стране [19].

В Таджикистане аудит критических случаев используется во многих учреждениях 2-го и 3-го уровней. Результаты исследований, проводимые по этой проблеме, нашли отражение в значительном количестве публикаций в

местных и зарубежных изданиях. Авторами показано, что наиболее частыми причинами упущенных возможностей развития критических акушерских кровотечений в учреждениях страны являются низкий уровень теоретической и практической подготовки персонала, организация службы и необходимость пересмотра местных протоколов. В публикациях за период с 2010 по настоящее время показана динамика улучшения качества помощи матерям с акушерскими кровотечениями в результате внедрения аудита критических случаев. Также установлено, что аудит критических случаев является резервом снижения материнской смертности – в некоторых учреждениях, в которых успешно используется аудит критических случаев, снизилось количество случаев материнской смертности от акушерских кровотечений. Авторами показано значение голоса матери в поиске истинных причин упущенных возможностей. Ряд публикаций посвящен значению аудита критических случаев в улучшении знаний персонала учреждений при условии регулярного использования данной методики в качестве инструмента оценки действий при оказании помощи женщинам с тяжелыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями.

РЕЗЮМЕ

Анализ современных источников по акушерским кровотечениям, в том числе исследователей нашей страны, показал, что акушерские кровотечения до настоящего времени остаются актуальной проблемой во всех странах, так как являются ведущей причиной материнской смертности во всем мире.

При этом затруднительно сравнение частоты АК в разных странах мира и в разных регионах одной страны, а также ее динамики в разные годы из-за региональных особенностей различия источников информации.

Аудит случаев «nearmiss» дает важную информацию об упущениях врачебной деятельности, способствующих возникновению материнской заболеваемости, оценить работу акушеров-гинекологов в период, предшествующий возникновению критического состояния. Внутренний контроль качества медицинской помощи, проводимый в

родовспомогательных учреждениях, а также решение организационных вопросов позволит снизить частоту критических акушерских состояний и уменьшить материнские потери. Ряд нерешенных вопросов обосновали выбор настоящего исследования.

ГЛАВА II.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось несколькими этапами. На первом этапе проанализированы ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ за 2014-2018гг;

На втором этапе для оценки медико-социальных аспектов здоровья женщин, перенесших акушерские кровотечения и выявления факторов риска их развития по специально разработанной анкете нами проведено ретроспективное исследование 255 историй родов пациенток с акушерскими кровотечениями, были госпитализированы в ГУ НИИ АГ и П МЗ и СЗН РТ (стационар третьего уровня,) за период с 2014 по 2017 годы. В вопроснике были рассмотрены: социальный статус, возраст матери, паритет родов, наличие соматической патологии, экстрагенитальные заболевания, контрацептивный анамнез, особенности акушерско-гинекологического анамнеза (возраст менархе и дебют половой жизни, наличие в анамнезе аборт, замерших беременностей, самопроизвольных выкидышей, промежутков между родами), осложнения настоящей беременности, вес и рост ребенка при рождении, индекс массы тела, и результаты лабораторных исследований при поступлении (группа крови, уровень эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и тромбоцитов в общем анализе крови). Потенциальные факторы риска были распределены на группы согласно их стандартному клиническому значению: возраст (младше 19 лет, 19-34, старше 35 лет), вес плода при рождении (менее 2500, 2500-3999, 4000 г и больше).

Критерии исключения: кровотечения, связанные с гематологическими и онкологическими заболеваниями патологией.

Учет объема кровопотери осуществлялся визуальным методом определения кровопотери (оценивались объем крови, собранный в почкообразный лоток стандартным объемом 600-800 мл, интенсивность пропитывания операционного материала и белья кровью + 30% от

предполагаемой величины). Гравиметрический метод осуществлялся путем прямого сбора крови в градуированные емкости (мешки-коллекторы, цилиндры или CellSaver) совместно со взвешиванием пропитанных кровью салфеток и операционного белья.

Послеродовое кровотечение было определено, согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), когда кровопотеря женщины были более 500 мл при самостоятельных родах и 1000 мл после кесарева сечения [155].

На третьем этапе апробирована методология анализа критических случаев (АКС) акушерских кровотечений. Исследованию подлежали те случаи послеродовых акушерских кровотечений, когда объём кровопотери достигал критического, либо имели место следующие осложнения: геморрагический шок, гистерэктомия, необходимость гемотрансфузии.

Процесс АКС предусматривал конфиденциальные рассказы персонала, задействованного в данном случае и информация самой пациентки.

Этапы процесса аудита критических случаев включали:

1. Выявление критических случаев
2. Выбор случая для аудита
3. Интервью пациентов
4. Приглашение людей, вовлеченных в данный случай
5. Подготовка резюме случая
6. Оценка во время заседания представленного для женщины ухода
7. Выявление причин недостатков
8. Определение решений для их устранения
9. Рекомендации относительно решений.

По специально разработанной анкете на 2-3 сутки после родов проведено интервьюирование 40 пациенток, перенесших послеродовые акушерские кровотечения. Вопросник содержал блоки, характеризующие медико-социальный статус женщин, элементы помощи, осуществленные на антенатальном и госпитальном уровне (на должном и не должном уровне).

Нами проанализированы обменные карты, истории родов и новорождённых, карты анализа критических случаев (АКС) и интервью самих женщин переживших критические состояния.

При АКС мы использовали «Протокол о документальном оформлении и представлении отчета об анализе критических случаев, угрожающих жизни женщины, на уровне учреждений (заполняется по каждому рассмотренному случаю), утвержденный Приказом МЗСЗРТ от 03.11.2008 г., № 607.

2.1. Клиническая характеристика обследованных женщин

Для проведения настоящего исследования проанализированы истории родов 255 женщин, переживших акушерские кровотечения (сплошным методом). Средний возраст пациенток составлял $29,1 \pm 0,6$ лет. Основная группа - 161 пациентка с ПК (I), группа сравнения 61 - с ПОНРП (II), 33 - с ПП - (III). Контрольную группу составили 100 родильниц без акушерских кровотечений.

Возраст обследованных представлен в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1 - Возрастная структура обследованных женщин (n=255)

Возрастные группы	I (n=161)		II (n=61)		III (n=33)		Всего (n= 255)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15-19	5	$3,1 \pm 1,3$	1	$1,7 \pm 1,3$	5	$15,1 \pm 7,7$	11	$4,3 \pm 7,7$
20-24	54	$33,6 \pm 3,7$	13	$21,3 \pm 4,7$	7	$21,2 \pm 7,1$	74	$29,0 \pm 7,1$
25-29	49	$30,4 \pm 3,7$	19	$31,1 \pm 5,2$	13	$39,4 \pm 9,5$	81	$31,7 \pm 9,4$
30-34	37	$23,0 \pm 1,9$	19	$31,1 \pm 5,3$	7	$21,2 \pm 8,3$	63	$24,7 \pm 8,2$
35-39	10	$6,2 \pm 1,6$	7	$11,5 \pm 4,0$	1	$3,0 \pm 3,8$	18	$7,0 \pm 3,6$
40-44	6	$3,7 \pm 1,5$	2	$3,3 \pm 1,8$	--	--	8	$3,1 \pm 1,5$

Как видно из представленных данных, из общего количества женщин, в возрасте 15-19 лет был 11 пациенток, что составляет 4,3%, 20-24 года - 74 (29,0%), 30-34 года - 24,7%, 35-44 года - 26 (10,1%) женщин.

Таблица 2.1.2 - Распределение пациенток по месту жительства (n=255)

Место жительства	I (n=161)		II (n=61)		III (n=33)		Всего (n= 255)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Город	18	11,1%	17	27,8%	4	12,1%	39	15,3%
Село	143	88,8%	44	72,1%	29	87,8%	216	84,7%

Среди обследованных женщин сельских жительниц было 216(84,7±3,4%),городских 39 (15,3±1,9%)

В проведенном исследовании первородящих было 74(29,1±5,7%), повторнородящих (2-3 родов) - 133 -(52,2±5,7 %), многорожавших - 48-(18,8±2,8 %) женщин.

Таблица 2.1.3 - Паритет обследованных женщин(n=255)

Паритет	I (n=161 (P3))		II (n=61 (P1))		III (n=33 (P2))		Всего (n=255)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первородящие	55	34,1±5,7*	15	24,5±5,5	4	12,1±5,7	74	29,1±5,7
Повторнородившие (2-3 родов)	81	50,3±3,9	36	59,0±6,3	16	48,5±5,7	133	52,1±5,7
Многорожавшие (4 и более)	25	15,5±2,8*	10	16,39±4,9	13	39,4±5,5*	48	18,8±2,8
Итого	161	100	61	100	33	100	255	100

В структуре экстрагенитальной патологии 81,9±5,2% составляли пациентки, страдающих анемией различной степени, 49,8±5,2% -женщины с заболеваниями почек, 41,9±5,2% - щитовидной железы, 6,6±5,1% - с патологией сердечно-сосудистой системы, 5,1±5,0% - желудочно-кишечного тракта.

Таблица 2.1.4 - Структура экстрагенитальных заболеваний среди обследованных женщин(n=255)

Нозология	I n=161 (P I)		II (n=61 (P1))		III (n=33 (P2))		Всего (n=255)	
	Абс ·	%	Абс ·	%	Абс ·	%	Абс ·	%
Анемия	149	99,5±5,1	41	67,2±5,2	19	57,5±5,4	209	81,9±5,2
Заболевания ЦЖ	78	48,4±5,2	17	27,8±±4,8	12	36,3±5,8	107	41,9±5,2
Сердечно-сосудистые заболевания	8	4,9±5,0	4	6,5±5,4	5	15,1±5,8	17	26,5±5,1
Заболевания почек	90	55,9±5,2	25	40,9±5,3	12	36,3±5,2	127	49,8±5,2
Заболевания ЖКТ	5	3,1±5,3	5	8,2±5,4	3	9,0±5,1	13	5,1±3,0
Сахарный диабет	9	5,5±5,1	4	6,5±6,1	3	9,0±4,8	16	6,2±5,4
Ожирение	5	3,1±5,0	3	4,9±5,7	4	12,1±5,2	12	4,7±5,0
Варикозная болезнь	4	2,4±5,5	4	6,5±6,1	3	9,0±5,1	11	4,3±1,4

Из общего количества обследованных не использовали методы контрацепции 35 пациенток, что составляет 13,7±4,3%. Остальные 220 использовали ВМС 117 (53,1±3,1%), 15 (6,8±2,9%) ежемесячно получали инъекции Депо-провера, 21 (9,5±3,0%) принимали оральные контрацептивы (таблица 2.1.5) Барьерные методы контрацепции использовали 35 супружеских пар (15,9±3,2 %), методом лактационной аменореи пользовались 32 родильницы (14,5±3,0 %).

Таблица 2.1.5 - Контрацептивный анамнез обследованных женщин (n=220)

Использованные методы контрацепции	I (n=141 (P I))		II (n=51 (P II))		III (n=28 (P III))		Всего III 220	
	Абс. ·	%	Абс. ·	%	Абс. ·	%	Абс. ·	%
ВМС	71	50,3±0,8	32	62,7±4,3	14	50,0±3,3	117	53,1±3,1
Депо-провера	9	6,3±1,5	4	7,8±4,3	2	7,1±3,2	15	6,8±2,9
Оральные контрацептивы	12	8,5±1,4*	5	9,8±4,3	4	14,2±2,*	21	9,5±3,0
Барьерные	22	15,6±2,0	8	15,6±4,3	5	17,8±3,2	35	15,9±3,2
МЛА	27	19,1±0,7*	2	3,9±4,3	3	10,7±3,1*	32	14,5±3,0

Исход настоящей беременности был следующий: доношенными родились 184(72,1±2,9%) новорожденных, недоношенными 66(25,8±14,5%), антенатальная гибель установлена у 5(1,9±4,5%) новорожденных.

Таблица 2.1.6 - Перинатальные исходы у женщин с акушерскими кровотечениями(n=255)

Состояние новорожденных	I (n=161 (P1))		II (n= 61 (P2))		III (n=33 (P2))		Всего (n=255)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Доношенный	137*	83,8±2,9	33	54,1±6,4	14	42,4±8,6	184	72,1±2,9
Недоношенный	24	14,9±2,8%	25	40,9±6,3	17	51,5±8,7	66	25,8±14,5
Аntenатальная гибель плода	-	-	3	4,9±2,8	2	6,0±4,1	5	1,9±14,
Домашние роды	-	-	-	-	7	4,3±1,6	7	2,7±1,6
Умеренная асфиксия	14	8,7±2,2	14	45,9±5,9	9	6,3±7,7	37	14,5±14
Тяжелая асфиксия	2	1,2±0,8*	12	18±4,9	7	21,2±7,7	21	8,2±1,6
Без асфиксии	155	98,1±1,0	12	36,8±6,1*	24	75,7±7,4	191	74,9±14
Ср. вес новорожденного	-	3514,1±52,5*	-	2701,0±149	-	2059,2±178	-	2758±52,5
Ср. рост новорожденного	-	48,8±1,3*	-	46,3±1,0	-	40,0±1,6	-	45,0±1,3*

- (p<0,01)

Таким образом, в исследовании участвовали женщины активного репродуктивного возраста, большинство с сочетанными ЭГЗи перенесшие акушерские кровотечения

2.2. Методы исследования

При проведении настоящего исследования применялись:Общеклинические(общий анализ крови и мочи) и

биохимические анализы(АЛАТ,АСАД, билирубин прямой и непрямой, фибрин,фибриноген), свертываемость по Ли Уайту.

Ультразвуковое исследование органов малого таза производили с помощью аппарата LOGIC 3 линейным датчиком, работающего в масштабе реального времени с секторальным и влагалищным датчиком с частотой 3,5 и 5 МГц. Измеряли все основные размеры матки и яичников.**УЗИ почек и щитовидной железы** проводилось на аппарате LOGIC 3 линейным датчиком с частотой 10 МГц.

Степень увеличения ЩЖ определялась согласно современной классификации зоба (ВОЗ, 1994). Рассчитывают объем каждой доли. Согласно международным нормативам, по этой формуле у взрослых зоб диагностируют, если объем щитовидной железы у женщин больше 18 мл [Бутова и др., 2004].

ЭКГ проводилось на электрокардиографе одно-трех канальном миниатюрном ЭК 3Т-01-«Р-Д» научно-производственного предприятия Монитор.

Тяжесть состояния рожениц и родильниц при кровотечении определяли по шоковому индексу, который характеризуется соотношением пульс/систолическое артериальное давлени. В норме этот индекс равен 0,5/60/120. При легкой или средней тяжести геморрагического шока шоковый индекс приближается или равен 1,0. При тяжелом шоке/кровопотеря, превышающая 30% ОЦК/ индекс превышает 1,0.

Методы исследования системы гемостаза:1. Определение концентрации фибриногена с помощью метода Рутберг, прикроватный тест (по Ли Уайту)з.

Статистическая обработка материала проводилась на программе IBM SPSS Statistic сборка 1.0.0.1298 по стандартным методикам вычислений показателей описательной статистики, корреляционного, регрессионного и дисперсионного анализов. Методом статистики для числовых данных при более 2-х независимыз группах использовали однофакторный критерий ANOVA, а для категориальных данных при 2 категориях, более 2-х групп и

более 2-х категорий использований критерий хи-квадрат Пирсона, определяли отношение правдоподобия и линейно-линейную связь. Значимость различий определялась при $p \leq 0,05$.

Таким образом, в настоящей работе использовались доступные, информативные и безопасные методы исследования, позволяющие провести комплексную оценку женщин с акушерскими кровотечениями.

ГЛАВА III

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

3.1 Структура и динамика акушерских кровотечений по данным официальной статистики в РТ

Цель настоящего исследования: провести анализ официальных статистических источников и изучить структуру и динамику частоты акушерских кровотечений за последние 5 лет.

Нами установлено, что в структуре материнской смертности акушерские кровотечения являются лидирующими (Рисунок 3.1.1).

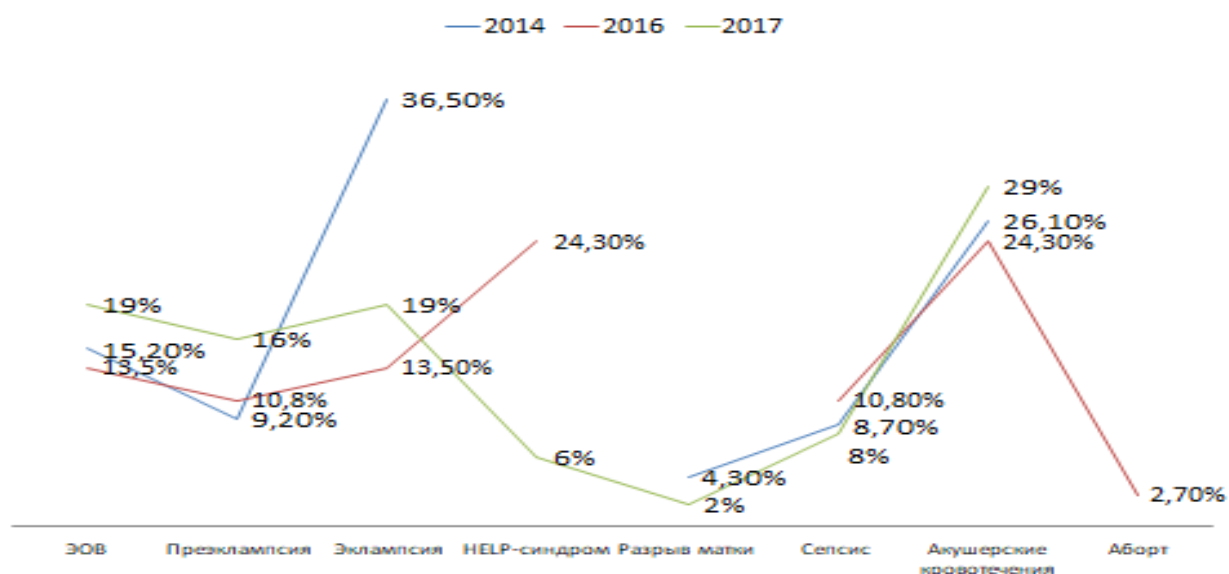


Рисунок.3.1.1 Динамика и частота акушерских кровотечений в структуре материнской смертности (%).

Как видно из представленных данных, если в 2014 году первое место (36,5) в структуре материнской смертности занимала эклампсия, то акушерские кровотечения составляли 26,1%. В 2016 году акушерские кровотечения и HELLP-синдром составляли 24,3%. В 2017 году материнская смертность от эклампсии снизилась почти в 2 раза, от HELLP-синдрома – в 4 раза за последние 2 года, тогда как процент акушерских кровотечений как причина возрос до 29%.

Изучение частоты акушерских кровотечений по отношению к общему количеству родов также свидетельствовало об отсутствии тенденции к снижению данного показателя (таблице.3.1.1)

Таблица 3.1.1 - Структура и динамика акушерских кровотечений по данным официальной статистики в РТ

	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Республика										
Кровотечение	984	11.9± 0,35	878	10.3± 0,32	685	7.9±0 ,28	1117	12.8± 0,36	1137	12.5± 0,35
ПП	381	4.6±0 ,23	434	5.1±0 ,23	502	5.8±0 ,25	301	3.4±0 ,2	319	3.5±0 ,19
ПОНРП	1269	15.4± 0,39	1697	20.0± 0,43	1707	19.7± 0,4	1636	18.7± 0,41	1572	17.3± 0,39
ПК	2434	29.5± 0,5	2720	32.0± 0,5	2791	32.2± 0,5	3141	35.9± 0,51	3386	37.1± 0,5
Хатлонская область										
Кровотечение	463	15.8± 0,67	275	9.1±0 ,5	65	2.1±0 ,25	265	8.7±0 ,5	174	5.3±0 ,39
ПП	192	6.5±0 ,45	233	7.7±0 ,48	212	6.9±0 ,45	108	3.5±0 ,3	148	4.5±0 ,36
ПОНРП	510	17.4± 0,7	757	25.1± 0,78	568	18.4± 0,69	592	19.4± 0,71	514	15.7± 0,63
ПК	929	31.7± 0,8	974	32.3± 0,8	1092	35.3± 0,85	1045	34,3± 0,86	1353	41.3± 0,85
Согдийская область										
Кровотечение	290	11.9± 0,65	274	11.0± 0,62	367	14.5± 0,69	242	9.4±0 ,57	478	18.0± 0,74
ПП	88	3.6±0 ,37	106	4.3±0 ,4	68	2.7±0 ,32	58	2.2±0 ,3	68	2,5±0 ,3
ПОНРП	299	12.3± 0,66	450	18.1± 0,77	309	12.2± 0,65	420	16.3± 0,7	369	13.9± 0,67
ПК	937	38.5± 0,98	953	38.3± 0,97	828	32.7± 0,93	860	33.4± 0,9	818	30.8± 0,89
ГБАО										
Кровотечение	22	10.3± 2,0	30	13.9± 2,4	5	2.3±1 ,0	27	12.6± 2,3	34	14.5± 2,3
ПП	6	2.8±1 ,1	6	2.8±1 ,1	6	2.7±1 ,1	11	5.1±1 ,5	4	1.7±0 ,8
ПОНРП	11	5.2±1 ,5	24	11.1± 2,1	8	3.7±1 ,3	33	15,4± 2,5	41	17,5± 2,5
ПК	25	11.7± 2,7	65	30.2± 3,1	34	15.6± 2,5	135	63,0± 3,3	80	34,2± 3,1

Так, в целом по стране частота акушерских кровотечений в 2014 году составляла 11,9%, как представлено в таблице. В 2016 году этот показатель

снижился в 1,5 раза и составил 7,9%, тогда как в 2018 году акушерские кровотечения вновь увеличились почти в 2 раз и составили 12,5%.

За анализируемый период в Хатлонской области частота акушерских кровотечений имеет тенденцию к снижению, составляя в 2014 году 15,8%, а в 2016 году этот показатель резко снизилась в 7,5 раза и составила 2,1%, а в 2018 году-5,3%.

В Согдийской области частота акушерских кровотечений в 2014 году составляла 11,9%, в 2016 году этот показатель увеличился до 14,5%, в 2018 - возрос в 1,5 раза и составил 18%.

В ГБАО частота акушерских кровотечений имеет неустойчивую тенденцию, составляя в 2014 году 10,3%, в 2016 году - 2,3% (показатель уменьшился в 4,4 раза), а в 2018 году – 14,5% (за последние 2 года показатель увеличился 6,3 раза).

Следовательно, данные официальных статистических источников указывают на неустойчивую тенденцию частоты акушерских кровотечений и возрастание этого показателя как в целом по стране, так и по областям. Нами установлено, что за анализируемый период в структуре акушерских кровотечений первое место занимают послеродовые кровотечения (рисунок.3.1.2)

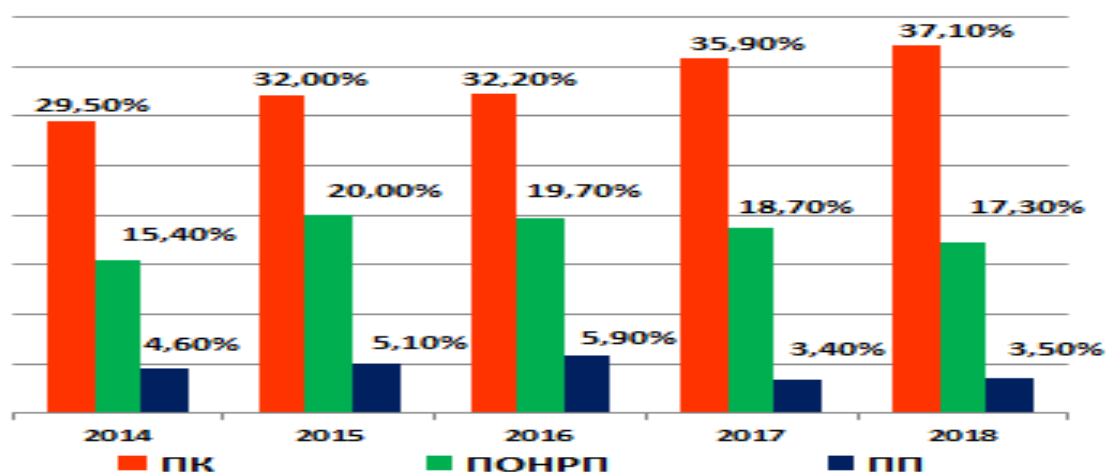


Рисунок.3.1.2 – Структура акушерских кровотечений в РТ (2014-2018гг)

Так, по республике этот показатель в 2014 году составлял 29,5%, в 2016 году – 32,3%, а в 2018-37,1%. В Хатлонской области частота

послеродовых кровотечений составляла в 2014 году -31,7%, в 2016 году -35,7%, в 2018 году -41,3%.

В Согдийской области послеродовые кровотечения в 2014 году составляли 38,6%, в 2016 году -39,7%, а в 2018 году – несколько снизился, составляя 30,8%. В ГБАО этот показатель за указанные годы возрос в 3 раза, составляя соответственно 11,7%, 15,5% и 35,3%. Анализом установлено, что частота ПОНРП в целом по стране в 2014 году составляла 15,5%, в 2016 году – 19,7%, в 2018 году -17,2%. В Хатлонской области этот показатель почти идентичен и составлял соответственно по годам 17,4%, 18,4% и 15,7%.

В Согдийской области эти данные несколько ниже и нет тенденции к ее дальнейшему снижению: в 2014 году -12,3%, в 2016 -12,2% и в 2018 -13,9%.

В ГБАО частота ПОНРП за анализируемый период увеличилась с 5,2% в 2014 году до 11,7% - в 2016 году (в 2,2 раза), в 2018 году - 18,1% (в 1,5 раза за последние 2 года). В структуре акушерских кровотечений предлежание плаценты не превышало 5%, составляя в целом по стране 3,5%.

Анализ ежегодных отчетов клиники НИИ АГиП показал, что частота акушерских кровотечений за анализируемый период являлась стабильной и колебалась от 2,3% до 2,7%. В структуре акушерских кровотечений лидирующей являлась ПОНРП. Так, в 2014 году этот показатель составлял 73,8%, в 2016 году снизился в 1,3 раза, составляя 56,2%, а к 2018 году вновь повысился и составил 66% (рисунок.3.1.3).

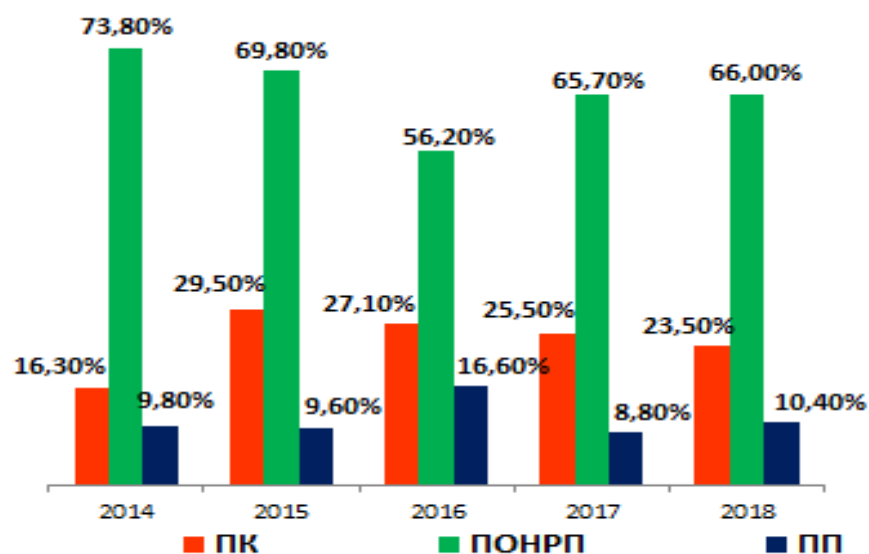


Рисунок.3.1.3 Динамика акушерских кровотечений в ГУ «НИИАГиПТаджикистана»

С предлежанием плаценты в 2014 году поступили 9,8%, в 2016 году этот показатель увеличился в 1,6 раза, составляя 16,5% и в 2018 году с указанной патологией поступили 10,4% (показатель уменьшился в 1,5 раза последние 2 года).

Следует отметить, что за анализируемый период частота послеродовых кровотечений колебалась. Так, в 2014 году этот показатель составлял 16,3%, в 2016 году увеличился в 1,6 раза, составляя 27,1% и в 2018 году вновь снизился в 1,4 раза, составляя 23,5%.

Как видно из представленных в таблице данных, удельный вес кровотечений объемом до 1000,0 мл составлял с 2014 по 2016 годы 86,3%, а в 2018 году -84,7%; от 1000 до 1500мл удельный вес акушерских кровотечений в 2014 году составлял 7,3%, в 2015 - 29,7%, в 2016 -18,0% и в 2018 году-10,5%.

Таблица 3.1.2. - Объем акушерских кровотечений в НИИ АГиП

	2014		2015		2016		2017		2018	
	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%
500-999	208	89,6±2,0*	204	66±2,7*	194	77,6±2,6*	134	64,1±3,3**	227	84,7±2,2
1000-1500	17	7,3±1,7	92	29,7±2,6**	45	18±2,4	65	31,1±3,2**	28	10,5±1,9**
1500-2500	5	2,1±0,9	9	2,9±0,9	5	2,0±0,8	10	4,8±1,5	13	4,9±1,3
>2500	2	0,9±0,6	4	1,3±0,6	6	2,4±0,9	-	-	-	-

* p<0,05

***p<0,001

** p1-p4=p<0,01

*p1-p2=p<0,05

*p1-p3=p<0,05 *p4-p5=p<0,01

Данные цифры демонстрируют качество помощи женщинам уже при развитии кровотечения: 1/3 кровотечений объемом от 1000,0 до 1500,0 мл в 2001 году с последующим снижением этого показателя в 3 раза в 2015 году характеризуют улучшение качества неотложной акушерской помощи и ведения женщин с кровотечениями. Однако, повторный рост данного показателя в 2016 году свидетельствует о неустойчивости данного процесса в динамике.

Выявлена корреляционная зависимость между объемом кровопотери и типом кровотечения.

Ретроспективное исследование показание к КС показало, что из 255 женщин, переживших акушерские кровотечения КС произведено 142 пациенткам, что составляет 55,6%, то есть, каждой второй женщине. Основными показаниями к абдоминальному родоразрешению явились акушерские кровотечения и наличие рубца на матке.(рисунок 3.1.4)

Как видно из представленных данных, по поводу рубца на матке КС произведено в $6,5 \pm 3,2\%$ случаев с ПОНРП и $15 \pm 6,2\%$ - с ПП.

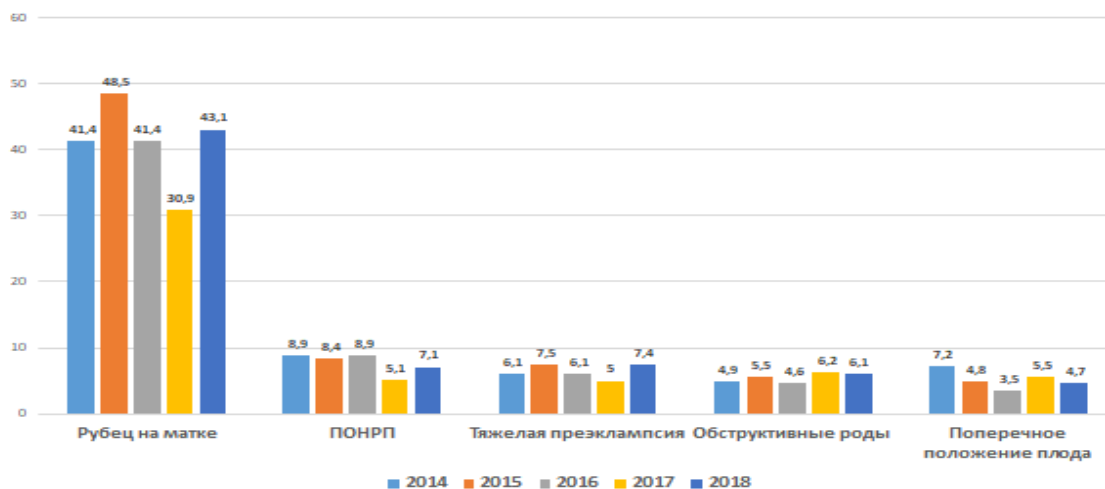


Рисунок.3.1.4 Показания к кесареву сечению

Каждой третьей роженице ($31,1 \pm 3,6\%$) произведена послеродовая лапаротомия. Начавшееся кровотечение явилось показанием к лапаротомии в $21,4 \pm 7,7\%$ случаях пациенткам с ПОНРП, $70 \pm 14,5\%$ - с ПП и $8,6 \pm 3,4\%$ - роженицам с ПК. Операция произведена в течение $26,2 \pm 1,7$ минут с момента поступления пациенткам с ПОНРП и $31,3 \pm 3,4$ минут беременным с ПП.

3.2. Анализ медико-социальных причин акушерских кровотечений среди женщин, переживших акушерские кровотечения

Цель настоящего исследования: представить медико-социальный портрет женщин, переживших акушерские кровотечения.

Результаты исследований показали, что средний возраст обследованных составлял в среднем $29,4 \pm 0,4$ года (рисунок.3.2.1.)

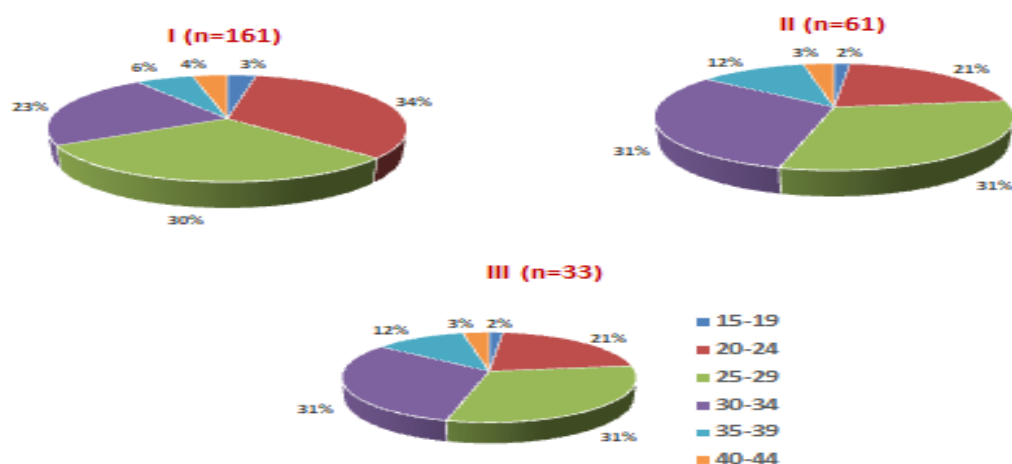


Рисунок.3.2.1 Возрастная структура обследованных женщин (n=255)

Как видно из представленных данных, каждая третья женщина, пережившая акушерские кровотечения (29,0%), была раннего репродуктивного возраста (20-24 года), более половины (56,4%) - активного (25-34 года) и каждая десятая (10,1%) находилась в позднем репродуктивном (35-44 года) возрасте.

Выявлена корреляционная зависимость между возрастом и причиной кровотечения (рисунок.3.2.2)

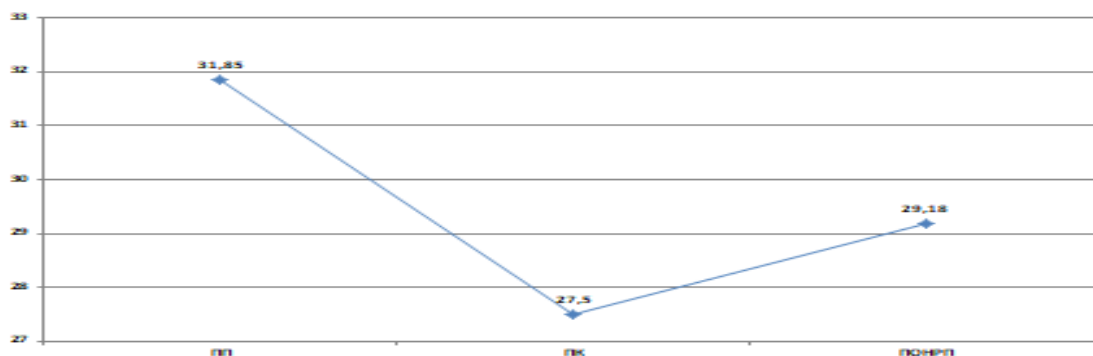


Рисунок.3.2.2 – Корреляционная зависимость между возрастом и причиной кровотечения

Женщин раннего репродуктивного возраста было больше в группе с послеродовыми кровотечениями, тогда как пациенток находившихся в активном репродуктивном возрасте, было больше в группе с ПОНРП (62,2%) и предлежанием плаценты (60,6%) по сравнению с ПК (53,0%). Женщин

позднего репродуктивного возраста было в 1,4 раза больше в группе с ПОНРП (14,8%) по сравнению с пациентками с ПК (9,9%).

С предлежание плаценты были госпитализированы в основном юные пациентки (15-19лет).

Большая часть обследованных женщин являлись сельским жительницами ($84,7 \pm 3,4\%$), городских было $15,3 \pm 1,9\%$, при этом городских пациенток с ПК было в 1,3 раза больше по сравнению со II-ой ($27,8 \pm 5,7$ и $12,1 \pm 5,6\%$ соответственно) и в 4,4 раза больше по сравнению с III-ей ($6,2 \pm 1,9\%$) ($p < 0,01$).

Социальный статус женщин представлен на рисунке 3.2.3

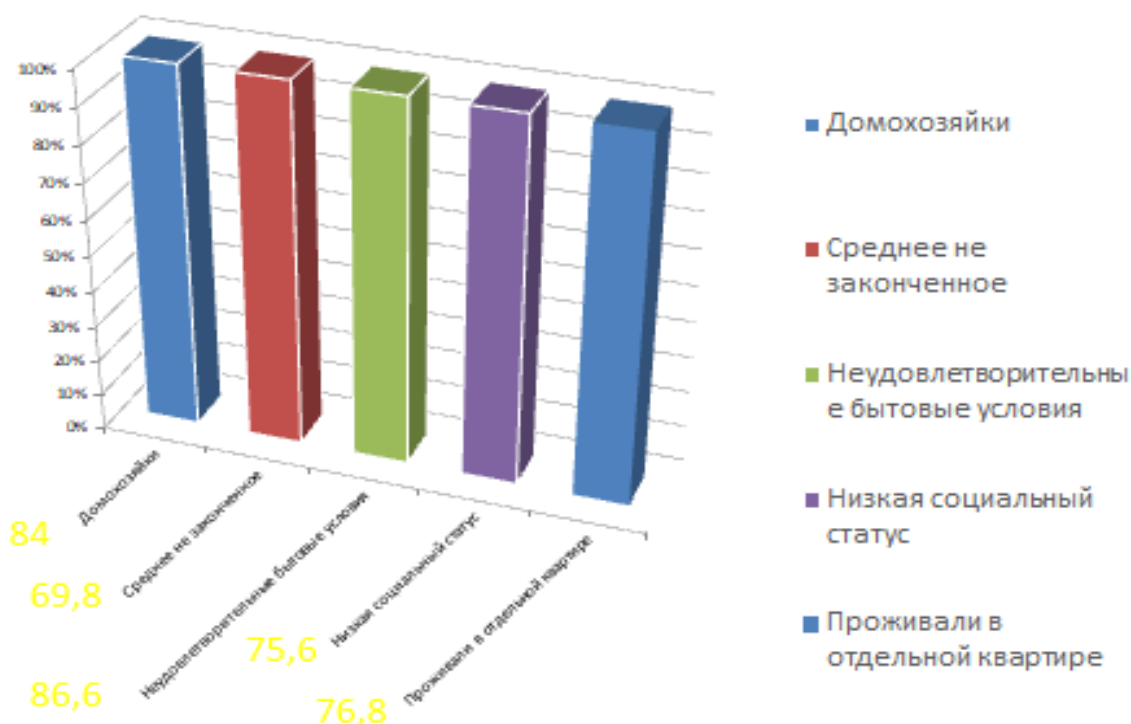
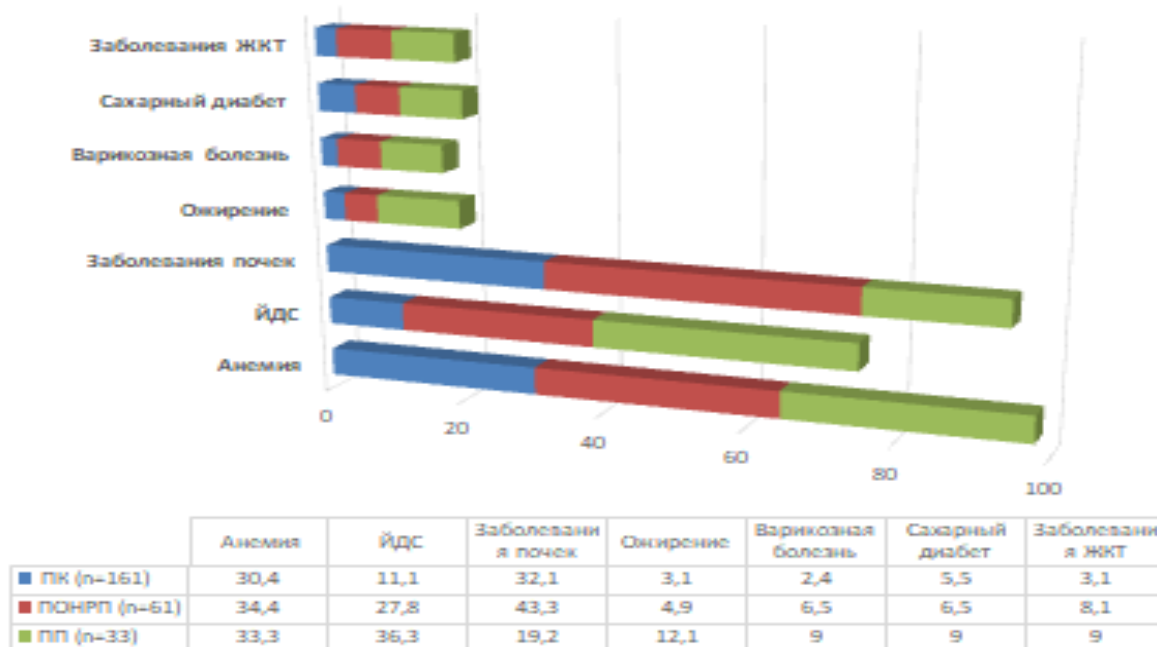


Рисунок.3.2.3 - Социальный статус женщин, перенесших акушерские кровотечения. (n=255)

Как видно из представленных данных, большинство были домохозяйками (84%), более 60% имели среднее незаконченное образование ($69,8 \pm 5,7\%$), более 70% - низкий социальный статус ($75,6 \pm 5,7\%$), 58,4 % пациенток состояли в зарегистрированном браке. Бытовые условия были удовлетворительными у 88,6 %, 76,8 % проживали в отдельной квартире.

Установлено, что практически соматически здоровых пациенток во время исследования не было. В структуре экстрагенитальной патологии лидировали заболевания почек и анемия различной степени тяжести (таблица 2).



$p < 0,01$

Рисунок.3.2.4 Структура экстрагенитальных заболеваний среди обследованных женщин (n=255)

Как видно из представленных данных, анемия различной степени установлена у 209 (81,9±5,2%) пациентки и одинаково часто встречалась во всех группах ($p > 0,05$). Заболевания почек у пациенток I-ой группы установлены в 1,2 раза больше по сравнению с II-ой (55,9±5,8 и 40,3±5,2% соответственно) и в 1,3 раза больше по сравнению с III-ей (36,3±5,2%) ($p < 0,01$). Реже имели место заболевания щитовидной железы - 107 (41,9±5,2) и варикозная болезнь - 11 (4,3±5,4%). Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 17 (6,6±5,1%), заболевания желудочно-кишечного тракта - у 13 (5,1±3,0) женщин. Сахарный диабет и ожирение диагностированы в - 6,2±2,0% и в 4,3±3,0% случаях соответственно.

У всех пациенток в анамнезе были различные гинекологические заболевания (таблица.3.2.1)

Таблица 3.2.1 - Структура гинекологических заболеваний среди обследованных женщин (n=255)

Нозология	I (n=161)		II (n=61)		III (n=33)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс..	%
Миома матки	5	3,1±5,4	4	*6,5±6,7	2	*6,0±4,3
Нарушение менструального цикла	3	1,2±5,3	2	3,2±5,6	4	*12,1±3,9
Метроэндометрит	14	8,6±5,4	12	*19,6±6,8	10	*30,3±4,3
Сальпингит и оофорит	14	8,6±3,9	6	9,8±4,5	12	36,3±3,0
Кисты яичников	7	4,3±2,9	3	4,9±3,3	5	15,1±2,2
Бесплодие	4	2,4±2,3	1	1,6±1,9	2	6,0±1,6
Заболевания шейки матки	16	9,9±4,9	8	13,1±6,9	7	21,2±4,1

* $P < 0,05$

Как видно из представленных данных, среди всех обследованных женщин у 11(4,3%) диагностирована миома матки и 15 (5,8%) – кисты яичников, 9 (3,5%) пациентки имели в анамнезе нарушение менструального цикла, страдали хроническим метроэндометритом и салипингооофоритом 36 (14,1%) и 32 (12,5% соответственно) женщин. Указали на бесплодие в анамнезе 7 пациенток (2,7%) и патологические процессы шейки матки – 31 (12,1%). Сравнительный анализ показал, что миому матки имели в 2 раза чаще в группе женщин с ПОНРП и ПП по сравнению с пациентками I группы с ПК.

Нарушением менструального цикла страдали достоверно больше женщины с ПП

Метроэндометритом – в 1,5 раза больше в группе с ПП по сравнению с пациентками с ПОНРП и 3,5 раза – по сравнению с женщинами с ПК. ($P < 0,05$)

У пациенток с ПП заболевания шейки матки имели место в 1,6 раза больше пациентки с ПП по сравнению с женщинами с ПОНРП и в 2,2 раза по сравнению с женщинами с ПК ($P < 0,05$)

Представленные на рисунке данные указывают, что в структуре паритета родов каждая вторая была повторнородящей (51,6%), каждая третья – первородящей (29,1%).

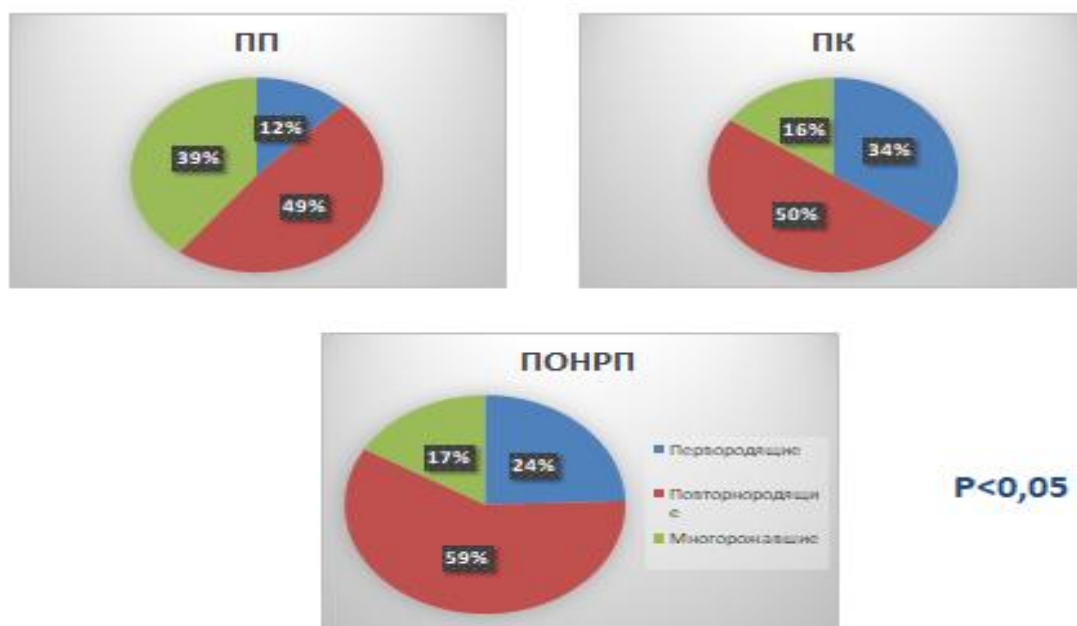


Рисунок.3.2.5 Паритет родов женщин, перенесших акушерские кровотечения. (n=255)

Выявлена корреляционная зависимость между паритетом родов и типом кровотечения.

В группе пациенток с послеродовыми кровотечениями количество первородящих ($34,1 \pm 5,7\%$) было в 1,3 раза чаще по сравнению с женщинами с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты ($24,6 \pm 5,7\%$) и в 2,8 раза больше по сравнению с беременными с предлежанием плаценты ($12,1 \pm 5,7\%$) ($p < 0,01$). Тогда как среди последней группы многорожавших было в 2,1 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП ($39,3 \pm 2,8$ и $18,0 \pm 5,5$ соответственно) и в 2,5 раза больше по сравнению с пациентками с ПК ($15,5 \pm 2,8\%$) ($p < 0,01$).

Установлено, что среди 106 обследованных женщин интергенетический интервал у 70,7% был менее 2-х лет.

Анализ контрацептивного анамнеза показал, что из общего количества обследованных не использовали методы контрацепции 35 пациенток, что составляет $15,5 \pm 4,3\%$. Остальные 220 использовали ВМС (117 ($53 \pm 3,1\%$)), 15 ($6,8 \pm 2,9\%$) ежемесячно получали инъекции Депо-провера, 21 ($9,5 \pm 3,0\%$) принимали оральные контрацептивы (рисунок.3.2.6).

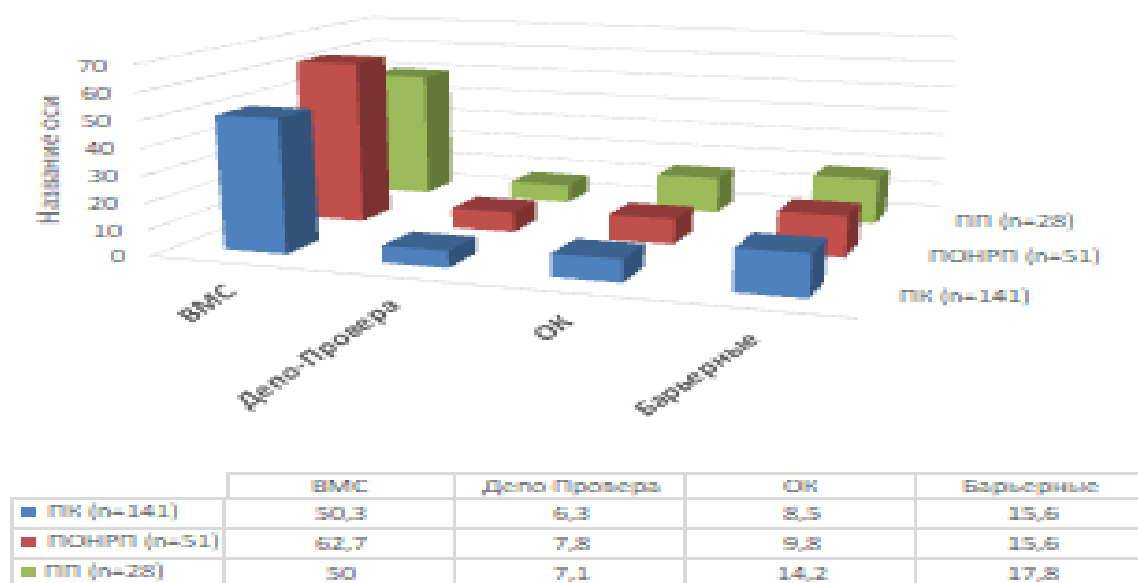


Рисунок. 3.2.6 Контрацептивный анамнез обследованных женщин(n=220)

Барьерные методы контрацепции использовали 35 супружеских пар ($15,9 \pm 3,2\%$), методом лактационной аменореи пользовались 32 родильницы ($14,5 \pm 3,0\%$). Вышеуказанные методы предохранения от нежелательной беременности одинаково часто использовали во всех обследуемых группах, кроме МЛА, которым женщины I-ой группы ($19,1 \pm 0,7\%$) пользовались почти в 5 раз чаще по сравнению с пациентками II-ой ($3,9 \pm 4,3\%$) и в 1,7 раза чаще по сравнению с пациентками III группы ($10,7 \pm 3,1\%$) ($p < 0,01$).

Таким образом, высокая частота развития акушерских кровотечений и связанная с ними материнская смертность обусловлена комплексом факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин и их медико-социальной отягощенностью.

3.3. Факторы риска развития акушерских кровотечений

Цель исследования: выявить факторы риска развития акушерских кровотечений.

Течение настоящей беременности протекало без особенностей у 113 (44,3±3,9%), при этом у женщин с послеродовыми кровотечениями - у 96 (59,6±3,9%), с ПОНРП - 12(19,6±5,1%), с ПП - 5 (15,1±6,0%) .

Осложнения настоящей беременности представлены в таблиц 3.3.1

Таблица 3.3.1. - Осложнение беременности у женщин, перенесших акушерские кровотечения.(n=142)

Осложнение	I (n=65)		II (n=49)		III (n=28)		Всего (n=142)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рвота беременных	44	67,9±3,5	24	48,9±6,2	10	35,7±8,0	78	54,9±3,9
Анемия	14	21,5±2,2	1	2,0±1,6	3	10,7±9,0	18	12,6±8,1
Угрозы прерывания	1	1,5±1,4	2	4,0±3,4	2	7,1±9,5	5	3,5±3,4
ОРВИ	33	50,7±3,1	19	38,7±5,9	10	35,7±8,0	62	43,6±5,8
Пиелонефрит	9	13,8±1,5	6	12,2±2,7	3	10,7±9,1	18	12,6±2,7

**-(p<0,01)

Как видно из представленных данных, осложненное течение беременности у пациенток с послеродовым кровотечением (65-40,3%) было 2 раза меньше по сравнению с женщинами с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (49-80,3%) и с предлежанием плаценты (28-84,8%)(p<0,01).Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез установлен у 18,4%.

Аналитическое изучение данных медицинской документации 255 женщин перенесших акушерские кровотечения, позволил выявить ряд антенатальных факторов.

Установлено, что состояли на учете по поводу настоящей беременности 119 обследованных, что составляет $46,06 \pm 8,4\%$, остальные 136 ($53,3 \pm 8,5\%$) не наблюдались у акушера-гинеколога по неизвестным причинам (таблица 3.3.2)

Таблица 3.3.2. - Антенатальное наблюдение за женщинами, перенесшими акушерские кровотечения.(n=255)

Наблюдение	I (n=161)		II (n=61)		III (n=33)		Всего (n=255)	
	Абс. ·	%	Абс. ·	%	Абс. ·	%	Абс. ·	%
Состояли на учете	67	$41,6 \pm 3,8$ *	28	$45,9 \pm 6,4$	24	$72,7 \pm 8,5$ *	119	$46,06 \pm 8,4$ 4
Не состояли на учете	94	$58,3 \pm 3,8$ *	33	$54,1 \pm 6,4$	9	$27,2 \pm 8,5$ *	136	$53,3 \pm 8,5$

*-($p < 0,01$)

Из представленных данных видно, состояли на учете у акушера-гинеколога больше в группе женщин с предлежанием плаценты, а не состояли-среди пациенток с послеродовым кровотечением.

Выявлена зависимость между качеством антенатального ухода и типом акушерских кровотечений.($p < 0,05$; критерии хи-квадрат -0,05).

Установлено, что среди всех женщин, переживших акушерские кровотечения, не состояли на учете $58,3 \pm 3,8\%$ пациенток с ПК, что 2 раза больше по сравнению с группой беременных с ПП ($27,2 \pm 8,5\%$)($p < 0,01$).

Анализом установлено, что среди пациенток, перенесших акушерские кровотечения, более 59% поздно взяты на учет (с ПК - $58,1 \pm 3,2\%$, с ПП - $55,0 \pm 3,1\%$, с ПОНРП - $57,3 \pm 3,1\%$, что, возможно, связано с высокой миграцией населения. В группе женщин с ПК, $61,2 \pm 3,4\%$, были охвачены антенатальной помощью после 12 недель беременности и $38,8 \pm 3,3\%$ - после 22 недель, что в 2 раза выше по сравнению с пациентками из группы ПП. Из общего количества женщин, перенесших акушерские кровотечения, за

период антенатального ухода более $72,4 \pm 3,1\%$, посетили медработника всего 3 раза а среди пациенток с ПП – $78,9 \pm 3,2\%$.

К сожалению, антенатальное наблюдение данной категории женщин за весь период беременности проводился акушером-гинекологом только в $12,1 \pm 3,1\%$ случаев, остальные $57,7 \pm 3,1\%$ - семейным врачом и $30,2 \pm 3,1\%$ акушеркой (рисунок.3.3.1).

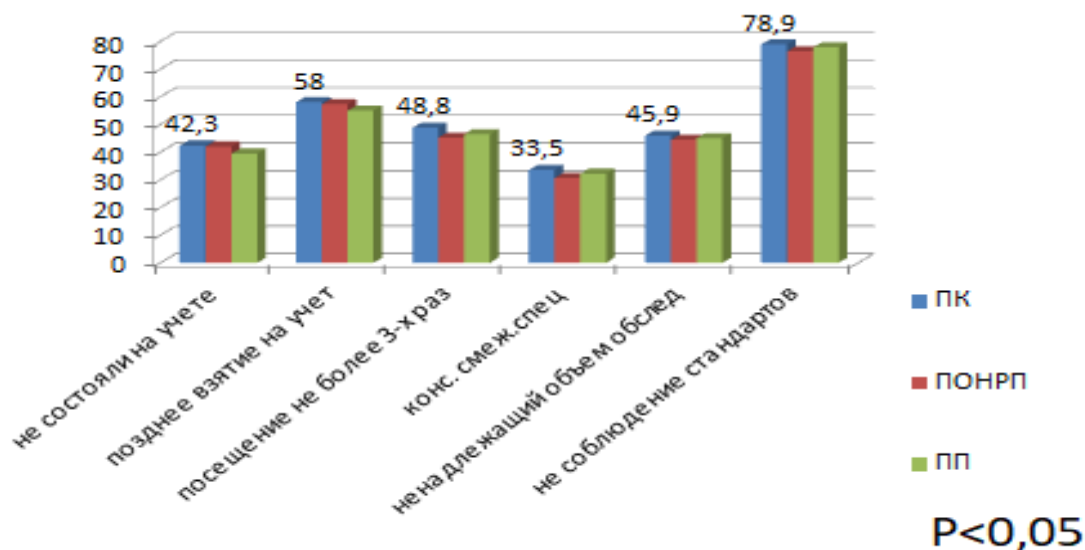


Рисунок.3.3.1 Факторы риска развития акушерских кровотечений на амбулаторном уровне (n=255)

Таблица 3.3.3. Направление на госпитализацию женщин, перенесших акушерские кровотечения. (n=255)

Направление	I (n=161)		II (n=61)		III (n=33)		Всего (n=255)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Имели направление	39	$23,6 \pm 3,4\%$ *	26	$42,6 \pm 6,3$	14	$42,4 \pm 8,6$	79	$30,9 \pm 3,4$
Без направления	122	$75,2 \pm 3,4\%$ *	35	$57,4 \pm 6,3$	19	$57,6 \pm 8,6$	176	$69,0 \pm 3,4$

*-($p < 0,01$)

Как видно из представленных данных, в группе родильниц с ПК без направления в стационар поступили $75,2 \pm 3,4\%$, что в 1,3 раза больше по

сравнению с пациентками с ПОНРП и ПП ($57,4 \pm 6,3$) и $57,6 \pm 8,6\%$ соответственно) ($p < 0,05$).

При сравнительном анализе с контрольной группой установлены следующие различия (рисунок.3.3.2)

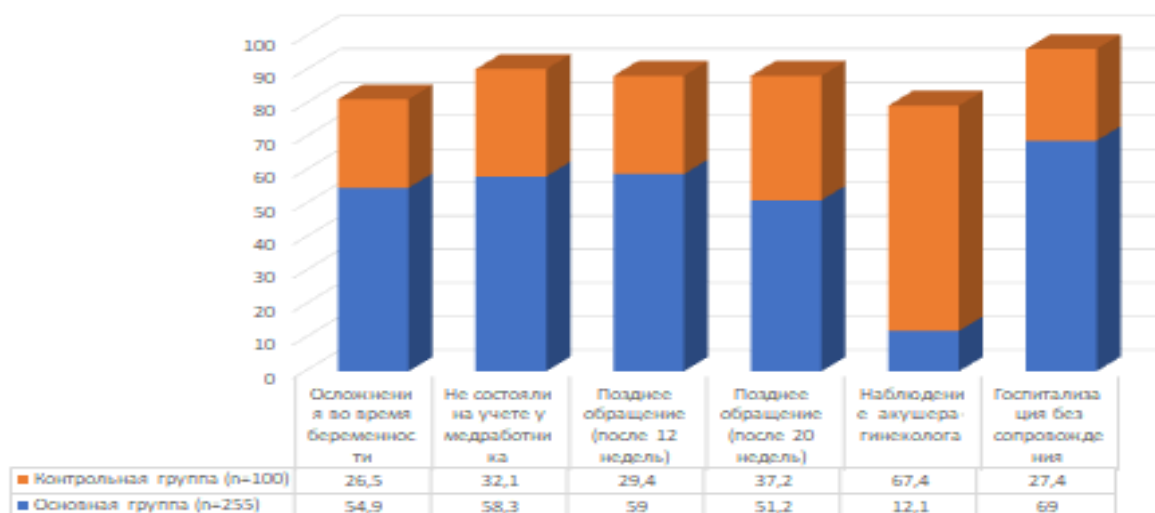


Рисунок.3.3.2 Факторы риска развития акушерских кровотечений на амбулаторном уровне.

В основной группе осложнения беременности имели и не состояли на учете у медицинского работника – в 2 раза больше, обратились после 12 недель беременности – в 1,7 раза чаще, после 20 недель – в 1,3 раза меньше, наблюдались у акушера-гинеколога – в 5,5 раза меньше, госпитализированы в стационар без направления - в 2,5 раза больше.

Выявлена зависимость между сроком гестации и типом кровотечения. При доношенном сроке беременности госпитализированы $37,9 \pm 0,3\%$ родильниц, $35,1 \pm 0,6\%$ женщины с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и, $34,3 \pm 0,7$; с предлежанием плаценты

После домашних родов госпитализированы 7 ($4,3 \pm 1,6\%$) родильниц с ПК.

Установлено, что из общего количества женщин, переживших акушерские кровотечения, в удовлетворительном состоянии поступили более 60% ($63,1 \pm 8,1$, каждая пятая ($22,3 \pm 8,2\%$)- в состоянии средней тяжести и в $14,5 \pm 5,8,0\%$ случаев состояние оценено как тяжелое (таблица 3.3.4)

Таблица 3.3.4. - Состояние женщин, перенесшими акушерские кровотечения при поступлении в НИИ АГиП. (n=255).

Состояние	I (n=161)		II (n=61)		III (n=33)		Всего (n=255)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс. ..	%	Абс.	%
Удовлетворительное	110	64,5±3,7	29	45,9±6,4	22	69,7±8,0	161	63,1±8,1
Средней тяжести	32	19,9±3,1	14	22,9±5,8	11	33,3±8,2	57	22,3±8,2
Тяжелое	19	11,8±3,1	18	29,5±5,8	-	-	37	14,5±5,8

*p<0,01

Как видно из представленных данных, в состоянии средней тяжести поступила каждая третья женщина с предлежанием плаценты (33,3±8,2%), каждая пятая – с ПОНРП (22,9±5,8,0%) и каждая четвертая – с послеродовым кровотечением. (19,9±3,1%). При поступлении состояние оценено как тяжелое у каждой третьей женщины с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (29,5±5,8,0%) и у каждой десятой – с послеродовым кровотечением (11,8±3,1%)

При поступлении состояние оценено как тяжелое у каждой третьей женщины с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (29,5±5,8,0%) и у каждой десятой – с послеродовым кровотечением (11,8±3,1%)

Операция произведена в течение 26,2±1,7 минут с момента поступления пациенток с ПОНРП и 31,3±3,4 минут с предлежанием плаценты.

По поводу рубца на матке кесарево сечение произведено 9 пациенткам с ПОНРП (6,5±3,2%) и 15±6,2% беременным с ПП. Начавшееся кровотечение явилось показанием к лапаротомии в 17 (41,5±7,7%) случаях пациенткам с ПОНРП, 70±14,5% - с ПП и 8,6±3,4% родильницам с ПК. Разрыв матки произошел у 1 (0,6±0,6%) у пациентки с ПК.

В $31,1 \pm 3,6\%$ родильницам произведена послеродовая лапаротомия.

Ампутация матки произведена 1 родильнице с послеродовым кровотечением.

Согласно данным истории родов, неотложная акушерская помощь, соответствующая клиническим протоколам, оказана 250 обследованным женщинам (98%),: 159 ($98,7 \pm 0,8\%$)- родильницам с послеродовыми кровотечениями, 58 ($95,5 \pm 2,7\%$)- женщинам с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и всем пациенткам с предлежанием плаценты (100%),

Гемотрансфузия произведена 29 ($51,2 \pm 1,9\%$) и, плазмотрансфузия- 22 ($48,0 \pm 1,4\%$) пациенткам;

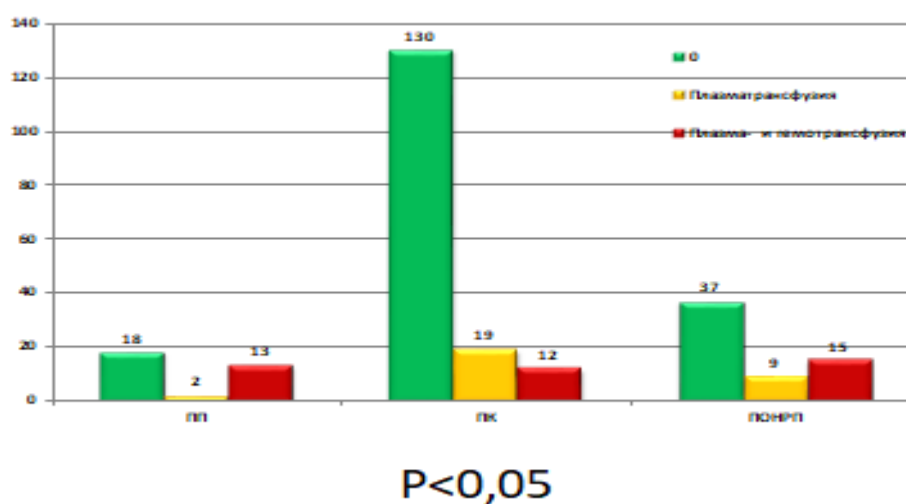


Рисунок.3.3.3 Инфузионно-трансфузионная терапия, у переживших акушерские кровотечения (n=255)

Выявлена корреляционная зависимость между объемом инфузионно-трансфузионной терапией и типом кровотечения.

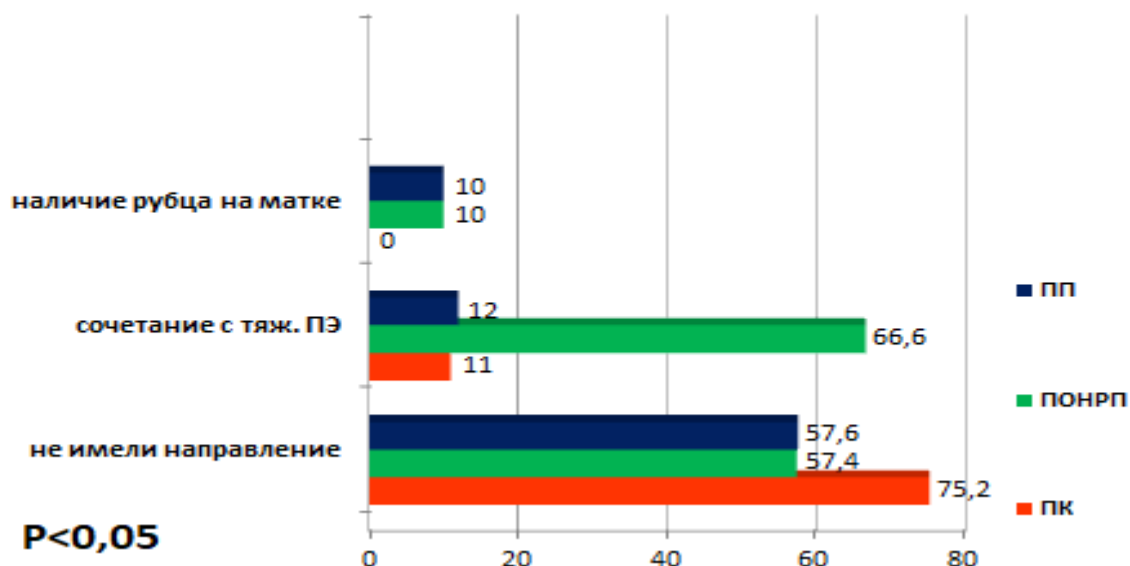


Рисунок.3.3.4 Факторы риска развития акушерских кровотечений на стационарном уровне (n=255)

Согласно анализу карт новорожденных, перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения были следующими (таблице 3.3.5).

Как видно из представленных данных, большая часть новорожденных родились доношенными ($73,6 \pm 2,2\%$), при этом в группе родильниц с послеродовыми кровотечениями их было в 1,5 раза больше по сравнению с женщинами с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и почти в 2 раза – по сравнению с пациентками с предлежанием плаценты ($p < 0,01$).

Установлено, что по сравнению с основной группой недоношенных новорожденных было в 3,6 раза больше в группе женщин с предлежанием плаценты и в 2,8 раза – у пациенток с предлежанием плаценты ($p < 0,01$).

Таблица 3.3.5. - Перинатальные исходы у «едва выживших» рожениц при акушерских кровотечениях. (n=250)

Состояние	I (n=161)		II (n=58)		III (n=31)		Всего (n=250)	
	Абс. .	%	Абс. .	%	Абс. .	%	Абс. .	%
Доношенный	137	85,0±2,9 *	33	56,8±6,4	14	45,1±8,6	184	73,6±2,2
Недоношенный	24	14,9±2,8	25	43,1±6,3 *	17	54,8±8,7 *	66	26,4±6,2
Оценка по шкале Апгар								
7 баллов	14	8,7±2,2	28	48,2±5,9 *	7	22,5±7,7 *	49	19,6±5,9
6 баллов и ниже	2	1,2±0,8* *	11	19,0±4,9 *	5	16,1±7,7 *	18	7,2±5,4,8
8-9 баллов	145	90,0±1*, 0	19	32,7±6,1 *	19	61,2±7,4	183	73,2±3,4

*-(p<0,01)

Состояние новорожденных оценивали по пятибальной системе шкалы Апгар (частота сердечных сокращений, дыхание, цвет кожных покровов, мышечный тонус, рефлексы)

Из общего количества новорожденных, более 70,0% родились в удовлетворительном состоянии (8-9 баллов), причем большинство в группе женщин с послеродовыми кровотечениями. Новорожденных оценкой по шкале Апгар 7 баллов и ниже было больше в группе женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и с предлежанием плаценты (p<0,01).

С антенатальной гибелью плода поступили 5 женщин (4,0±4,5%), 3(4,9±2,8%) – с ПОНРП и 2(6,0±4,1%) с ПП.

Среднее пребывание койко дней составляло $6,6 \pm 0,2$ к/д – в I-ой, $8,6 \pm 0,4$ к/д во II-ой группе и $11 \pm 1,2$ к/д в III-ей группах. Выписаны в удовлетворительном состоянии с ребенком 253 ($96,7 \pm 2,3$ %) родильницы, без ребенка – 22 ($8,6 \pm 1,4$ %). Переведена в терапевтическое отделение ГКБ №1 г. Душанбе 1 ($1,6 \pm 1,6$ %), умерла 1 ($1,6 \pm 1,6$ %) пациентка из группы с ПОНРП.

РЕЗЮМЕ

В структуре материнской смертности акушерские кровотечения являются лидирующими. Среди причин акушерских кровотечений послеродовые кровотечения занимают первое место. Женщины, пережившие акушерские кровотечения имеют большую медико-социальную отягощенность и более значимые проблемы при оказании медицинской помощи. Потенциальными факторами риска акушерских кровотечений явились: - недооценка факторов риска (кровотечение, преэклампсия, разрыв матки); • отсутствие мониторинга факторов риска во время беременности; • позднее обращение в ЦРЗ (срок > 12 недель); недооценка риска экстрагенитальных заболеваний (анемия, гипертензия, заболевание почек, инфекция родовых путей), недостаточно квалифицированная консультация смежных специалистов; неполное лабораторное обследование. Факторами риска развития акушерских кровотечений в стационаре являются: не соблюдение клинических протоколов показания к инфузионно-трансфузионной терапии, ненадлежащий послеродовой уход.

Организационно-методические факторы: отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц, родильниц; отсутствие функционирующей трехуровневой системы оказания помощи пациенткам; недостаточный уровень профессиональной подготовки специалистов, задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, неудовлетворительное использование региональных нормативных документов по ведению пациенток.

ГЛАВА IV.

АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ПОСЛЕРОДОВЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Цель настоящего исследования: оценить методологию конфиденциального расследования критических случаев послеродовых акушерских кровотечений с целью профилактики возникновения смертельно опасных состояний и улучшения качества оказания неотложной акушерской помощи при данном осложнении.

Этапы проведения аудита и блоки вопросов описаны в разделе «Материал и методы исследования».

По специально разработанному вопроснику проведено интервьюирование 40 родильниц, переживших послеродовое акушерское кровотечение

Полученные результаты позволили нам оценить методологию конфиденциального расследования критических случаев АК с целью профилактики возникновения смертельно опасных состояний и улучшения качества оказания неотложной акушерской помощи при данном осложнении.

При интервьюировании 40 родильниц, переживших АК получена дополнительная информация и выявлены организационные проблемы. Кроме зарегистрированных в обменной карте данных о наличии соматических заболеваний, 14,2% указали на варикозную болезнь, 11,3% -заболевания щитовидной железы и 17,8% - заболевания печени. Каждая третья пациентка страдала хроническим пиелонефритом (35%).

Среди обследованных пациенток ОАА имели 60,0% (аборты, выкидыши с выскабливанием полости матки, перинатальные потери, осложнения после предыдущих родов), ОГА -7,5% (метроэндометриты, патологические процессы шейки матки).

При анализе обменных карт и интервьюировании также получена дополнительная информация. Установлено, что не состояли на учете у

акушера – гинеколога и не посещали врача -77,5%, из которых полное лабное обследование проведено 47,2%.

Родильницы указали на большую физическую нагрузку (77,6%) и на нерациональное питание во время беременности (72,5%).

Со слов родильниц, малое количество визитов на первичном звене связано с ранним сроком госпитализации некоторых из беременных по различным причинам (начавшиеся преждевременные роды, частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипертензивные осложнения и др.). Не получили консультацию об опасных симптомах-97,6%, не консультировали о предстоящих родах-85,7%. Испытали испуг при появлении кровотечения- 73,8% женщин.

Машиной скорой помощи доставлены всего 7,5% женщин, остальные - родственниками, без сопровождения медицинского работника.

Основные причины госпитализации женщин, переживших АК представлены на рисунке 4.1.1

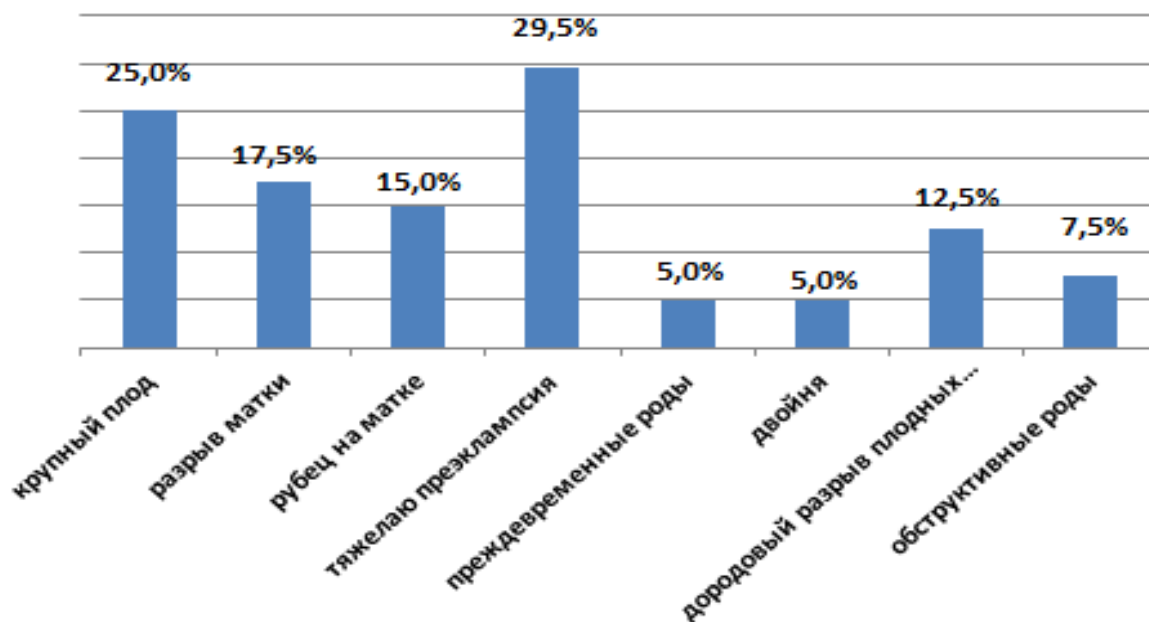


Рисунок 4.1.1 Диагноз при госпитализации (n=40)

Анализ медицинской документации установил, что ими явились: крупный плод (25%), разрыв матки (17,5%), рубец на матке (15%),

двойня (5%), тяжелая преэклампсия (29,5%), дородовой разрыв плодных оболочек (4,0%), обструктивные роды (4,0%).

Различия в уровне гемоглобина определены по показателям до кровотечения (при госпитализации), а также после развившегося кровотечения. Необходимо отметить, что до возникновения кровотечения анемия тяжёлой степени изначально имела место у 8 (22,5%) обследованных. Средний уровень гемоглобина до начала кровотечения среди всех пациенток составил $96,7 \pm 3,4$ г/л.

Анализируя продолжительность и течение родового акта по предоставленной документации, мы получили данные, что по длительности 1 период родов у 94,4% рожениц, у которых роды начались спонтанно, составил от 5 - 9 часов, в 1 случае (5,6%) - 15 часов, 2 период родов составил в 75% менее 1 ч, в 25% - от 1 до 2 часов.

Диагностика кровотечения основывалась на следующих показателях (рисунок 4.1.2.)



Рисунок.4.1.2. Показатели акушерских кровотечений (n=40)

Представленные данные указывают, что кровопотеря в объёме 500-600 мл составляла - 42,5%, 700-900 мл – 20,0%, 900-1000 мл. -22,5% , массивная кровопотеря 1000-2000,0 мл. – 15,0%.

Средний показатель геморрагического шокового индекса менее одного - 27,6%. Компенсированный обратимый шок 1 степени (шоковый индекс 1,0-1,5) диагностирован в 50,0% случаев, декомпенсированный обратимый шок 2 степени (шоковый индекс до 1,5-2,0) в 40,0%. Геморрагический шок 3 степени (2,5) в 10,0% случаев. Установлено, что время свертывания по Ли Уайту менее 7 мин - 25,0%, более 7 мин 15,0%. Рис.6.

Со стороны лабораторных данных существенных изменений не выявлено. Общий белок в крови - 58,7 г/л., Общий билирубин - 14,2 г/л., АлАт – 32,0 г/л., АсАт – 36,7 г/л., мочевина – 7,9 г/л., креатинин – 95,5% г/л.

Среди интервьюированных каждая вторая пациентка была родоразрешена через естественные родовые пути (60%), из которых вакуум-экстракция произведена в 10%. Активное ведение третьего периода родов (введение 10 ед. окситоцина, контрлируемые тракции за пуповину, массаж матки сразу после родов (22,5%), не производили по стандарту в 42,4% случаев (возможно причиной кровотечения явился дефект последа).

Проведенные методы остановки кровотечений представлены на рисунке 4.1.3

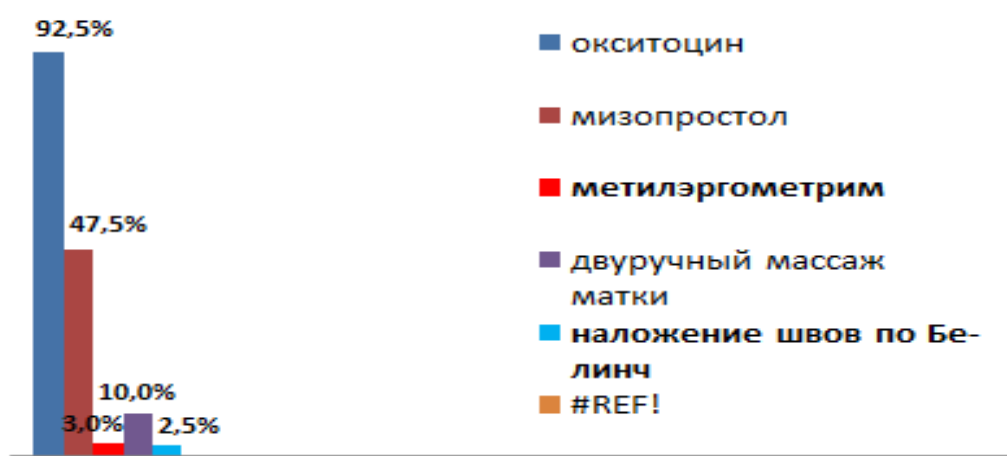


Рисунок.4.1.3Использованные методы остановки кровотечения (n=40)

Методы временной остановки кровотечения (двуручный массаж матки, прижатие брюшной аорты) использованы в 10% случаев юС целью

остановки кровотечения окситоцин использовали в 92,5%, мизопростол - 47,5%, метилэргометрин -3%.

Проведенный анализ показал, что в 7,2% по поводу дефекта последа проводилось ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа..

Путем операции КС родоразрешены 40% женщин. Ампутация матки произведена в 10,5% случаев, экстирпация составляла -12,5%., Попытка наложения швов по Бе-Линч (хирургический гемостаз) -2,5% (не соблюдены этапы наложения шва).

НАП оказана своевременно и в полном объеме – в 87,5% случаев.

При интервьюировании указали на доброжелательное отношение медработников перед родами - 82,3%, перед операцией кесарева сечения - 94,6%.

Об эффективности проведенных мероприятий свидетельствует состояние родильниц после родов, которое оценено как удовлетворительное.- в 75% случаев, средней тяжести -25%. С живым ребенком выписаны 95,5% родильниц. Анализ партограмм не позволяет получить должную информацию о ведении родов.

При УЗ-исследовании послеродовой матки в 4,3% случаев установлена лохиметра. УЗ почек – 68,8% установлено МКБ. При ЭКГ – миокардиодистрофия наблюдалась в 3% случаев.

Командный подход при ведении случаев послеродовых кровотечений установлен в 100% случаев.

У женщин, перенёсших послеродовые акушерские кровотечения, количество дней пребывания в стационаре составило 6 дней, с колебаниями от 5 до 7 дней, тогда как при физиологических родах выписка осуществляется, как правило, на 3 сутки.

Преимущества проведенных мероприятий представлены на рисунке 4.1.4.

- Наличие квалифицированного персонала
- Наличие оборудования
- Наличие лекарственных препаратов
- Командный подход-100%



Рисунок.4.1.4 Преимущества оказанной медицинской помощи

Нами установлено, что положительными моментами оказания помощи в критических ситуациях является наличие необходимых препаратов и оборудования в учреждении, внедрение руководств и стандартов ведения акушерских кровотечений и гипертензивных осложнений, а также командная работа.

Наряду с положительными моментами, выявлены упущенные возможности: недостаточное консультирование, дефекты антенатального и стационарного наблюдения, необходимость оптимизации существующих руководств в сфере неотложных состояний в акушерстве. .

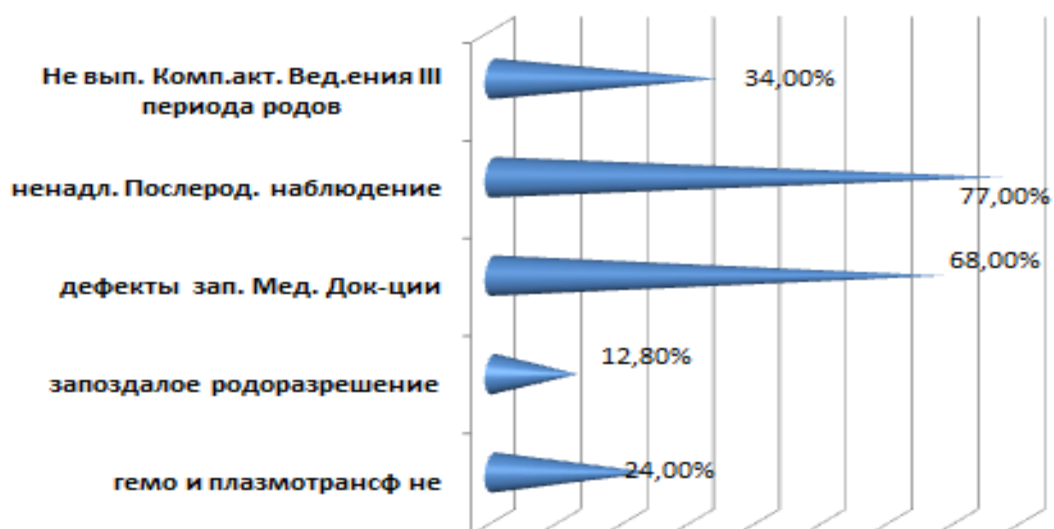


Рисунок4.1.5. Упущенные возможности на стационарном уровне (n=40)

Результаты вербальной аутопсии выявили упущенные возможности на антенатальном уровне: поздний и недостаточный охват беременных в ранних сроках, отсутствие консультации смежных специалистов, недостаточное обучение семейных врачей по ведению физиологической беременности, поздняя диагностика осложнений во время беременности, недостаточное консультирование об опасных симптомах, недооценка состояния, (поступили в состоянии средней тяжести -50%, тяжелом 30 %), ненадлежащий послеродовой уход и лабораторное обследование, дефекты заполнения партограммы, несвоевременное родоразрешение, неправильная тактика проведения гемо-плазмотрансфузия.

РЕЗЮМЕ

При проведении аудита критических случаев АК создаются возможности воспроизвести истинную картину произошедшего, услышать мнение каждого участника события. В любой ситуации время между «принятие решения - родоразрешение» при продолжающемся антенатальном или интранатальном кровотечении оно должно быть минимизировано и этот принцип очень важно тщательно соблюдать как на догоспитальном, так и госпитальном этапах оказания помощи (уровень доказательности 1А). Подготовка команды, работающей в данном направлении и состоящая из акушер-гинекологов и анестезиологов, так и из среднего медицинского персонала являются факторами, влияющими на качество оказания услуг при ПК,

ГЛАВА V

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Улучшение охраны материнства является одним из основных приоритетов ВОЗ. В 2015 году начато осуществление Глобальной стратегии по охране здоровья женщин, детей и подростков на 2016-2030 годы [23].

В нашей стране эта проблема находится под постоянным вниманием Правительства Республики Таджикистан и является одним из основных направлений деятельности всех уровней государственных структур и врачебных сообществ, работающих по оказанию услуг матерям и детям [22].

Снижение уровня МС, обобщающего демографический показатель имеет социально-политическое значение и определяют уровень развития общества и здравоохранения [24,32, 101, 129,147].

Самая важная причина МС во всех странах мира – это акушерские кровотечения, которые приводят к тяжелой материнской заболеваемости, инвалидизации, вызванной массивной потерей крови, геморрагическим шоком и полиорганной недостаточности [32,33,38,46,48,51,60, 66,93,122,131,134,135].

Риск смерти от кровотечения, связанного с беременностью и родами, в развитых странах соответствует 1:100000, а в развивающихся - достигает 1:1000 родов [51, 66, 157]. ООН провозгласила, что к 2030 году все страны должны добиться снижения МС за счёт ликвидации предотвратимых причин, к которым относят кровотечения [41]. В США - кровопотеря составляет 12% в структуре материнской смертности, из них 73% случаев предотвратимы, в Великобритании - 3-место в структуре материнской смертности, 53% случаев - предотвратимы, а в Африке - кровопотеря достигает до 60% в структуре материнской смертности, в России - 18% в структуре материнской смертности. Для стран постсоветского пространства характерна особенность, которая беспокоит специалистов [10].

Исследования, посвященные динамике изменения частоты и структуры АК за последние годы весьма актуальны в связи с необходимостью поиска эффективных действенных мер для лечения и профилактики критических кровотечений, которые могут приводить к материнским потерям [6, 16, 24, 32, 34, 45, 54, 83, 93, 95, 116, 131, 133, 148, 154, 157].

Следует указать, что в настоящее время за период социально-экономических преобразований в странах, недостаточно работ, касающихся изучения региональных особенностей динамики изменения показателей АК и МС от них; недостаточно изучены медико-социальные и медико-организационные аспекты акушерских кровотечений; имеются единичные работы по оценке качества акушерских услуг указанной категории пациенток. Вышеуказанное определило выбор настоящего исследования и решить поставленные задачи.

Проведенный нами анализ официальных статистических источников частоты АК за последние 5 лет в стране показал, что структуре материнской смертности акушерские кровотечения являются лидирующими и этот показатель с 2014 по 2017 годы увеличился с 26,1% до 29% [20, 21].

Изучение частоты АК по отношению к общему количеству родов также свидетельствовало о неустойчивой тенденции к снижению данного показателя, составляя за анализируемый период 11,0% - 12,5%. Полученные данные значительно отличаются от данных других исследований. Так, по данным ряда российских авторов, частота АК колеблется от 2,7 до 8 % по отношению к общему числу родов [20, 21, 33].

Нами установлено, что в структуре акушерских кровотечений первое место занимают послеродовые кровотечения (ПК), составляя 29,5% - 37,1% .

Согласно мнению исследователей частота послеродовых кровотечений составляет примерно 6%, а тяжелых послеродовых кровотечений — 1,86%, причем в разных странах этот показатель сильно колеблется [6]. Установлено, что 2-4% акушерских кровотечений связаны с гипотонией матки в по

следовом и в послеродовом периодах, 0,8-0,9% из них возникают при ПОНРП и ПП [40].

Безусловно, раннее послеродовое кровотечение является самой частой причиной массивных акушерских кровопотерь и самой частой причиной летальных исходов вследствие акушерских кровотечений [3,34,36,51, 60,121,148,149,154,157].

К сожалению, не всегда удается установить причину развития послеродового кровотечения, когда у женщин, с гладким течением беременности и родов вдруг в послеродовом периоде развивается гипотония и атония матки [1,26,33, 68,86].

Установлено, что в развивающихся странах в структуре причин АК в последние годы, все же до сих пор имеет место более высокий риск развития гипотонических кровотечений и материнской смертности от кровотечений по сравнению с развитыми странами [24,40,154,157].

Проведенный сравнительный анализ указывает на актуальность выбранного нами исследования, поскольку лидирующее положение акушерских кровотечений в структуре МС, диктует необходимость принятия решений для профилактики этого осложнения.

Частота критических гипотонических послеродовых кровотечений является наиболее достоверным показателем качества помощи матерям в стационарах, так как позволяет косвенно судить об организации работы, о знании национальных стандартов и командном подходе при оказании помощи пациенткам [43]. Повышение качества медицинской помощи женщинам в родах для профилактики и лечения ПРК — важнейший шаг к достижению целей развития, сформулированных в «Декларации тысячелетия» ООН.

В связи с этим, научный интерес представляют исследования, посвященные изучению факторов, приводящих к развитию АК.

Проведенный анализ отечественных и зарубежных публикаций последних лет показал, что в настоящее время существует большое

количество клинических и лабораторных данных, которые используют для прогнозирования акушерских кровотечений[1,16,50].

Большинством исследований доказано, что анализ случаев «near miss» («почти потерянных», или «едва не погибших», женщин, переживших акушерские кровотечения) показал дополнительные преимущества по сравнению с традиционными разборами материнской летальности [3, 10, 11, 34,46, 87, 90, 92,96, 95, 117, 121, 127,133,135,150]. Установлено, что наиболее часто пациентки погибали в послеродовом периоде (47,8 %), в то время как состояние near miss в этот период развивалось реже (25,1 %).

Большинство исследователей указывают, что основными причинами кровотечений у «едва не погибших» женщин являются отслойка плаценты при беременности и ранние послеродовые кровотечения[50,104,116,147, 151,154].

В наших исследованиях, среди «едва выживших» женщин послеродовые кровотечения, составляют 63,1%, ПОНРП-23,9%%, ПП-12,9%.

Современных исследований о состоянии репродуктивного, соматического и психологического здоровья женщин, выживших после массивных акушерских кровотечений крайне недостаточно[31]. 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[31]..

Установлено, что женщины, погибшие от акушерских кровотечений, в отличие от «едва не погибших», имели отягощенные социальные обстоятельства, чаще страдали воспалительными заболеваниями органов малого таза, миомой матки, хронической железодефицитной анемией, имели В(III) и АВ(IV) группы крови и «иные факторы, влияющие на состояние

здоровья [51,52]. Имеются данные о различии медико-гигиенических факторов [135].

Проведённое нами ретроспективное исследование позволили представить медико-социальный портрет женщин, переживших акушерские кровотечения у жительниц Таджикистана. Установлено, что среди обследованных каждая третья находилась в активном репродуктивном возрасте (29,1 лет), более 80,0% являлись сельскими жительницами и домохозяйками, более 60,0% имели среднее незаконченное образование, более 70% - низкий социальный статус, проживали в неудовлетворительных бытовых условиях (88,6 %). По данным же других исследований среди «едва выживших» женщин преобладали городские женщины (95,6 %) домохозяйки составляли 28,6%, 34,2 % работали в сфере торговли, 23,2 % - в дошкольных учреждениях, 14,8 % пациенток имели высшее образование 58,4% пациенток состояли в зарегистрированном браке, 43 % - в гражданском, 29,6 % женщин были никотинозависимыми [50].

Согласно российским исследованиям в исследуемых группах возраст пациенток был равнозначным ($27,0 \pm 4,7$ и $27,8 \pm 4,5$ года), По данным Айламазяна Э.К. в структуре паритета у 32,8 % женщин данная беременность была четвертой и более, у 23,4 % - второй, у 12,3 %-первой. [3]. Тогда как в наших исследованиях, в структуре паритета каждая вторая была повторнородящей (51,6%), каждая третья – первородящей (29,1%), 19,3% - многорожавшими (4 и более родов), при этом в группе пациенток с ПК количество первородящих было в 1,3 раза чаще по сравнению с женщинами с ПОНРП в 2,8 раза больше по сравнению с беременными с ПП а многорожавших было больше среди пациенток с ПП ($39,3 \pm 2,8$).

Установлено, что среди 106 обследованных женщин интергенетической интервал у 70,7% был менее 2-х лет. К сожалению, большинство пациенток не использовали современные методы контрацепции (43,8,3%), что указывает на ненадлежащее оказание контрацептивной помощи в Центрах репродуктивного здоровья.

В российских исследованиях частота первичных причин near miss соматические заболевания составляли 15,6 - и 17,3 %[47]. Среди экстрагенитальных заболеваний первое место занимает анемия (34,3 %), далее — ожирение (18,4 %), гипертоническая болезнь (14,8 %), патология почек (13,0 %)[51].

Согласно данным современной литературы, факторами риска развития ПРК являются анемия [128], преэклампсия [143], многоводие, пролонгирование третьего периода родов [72,138], предыдущие роды путем операции кесарева сечения (ОШ 7.5, 95 % ДИ: 3.5–14.3) [169, 185], ожирение [81, 83] и многие другие.

Согласно литературным данным, одним из факторов, способствующих развитию АК, является сопутствующая беременности анемия, особенно тяжелой степени [39]. Доказано, что повышение частоты акушерских кровотечений у женщин с анемиями определяет высокий удельный вес умерших во время беременности, в родах и в послеродовом периоде [].

В некоторых исследованиях показана обратная корреляционная связь цифр гемоглобина и частоты акушерских кровотечений [93].

В наших исследованиях практически соматически здоровых пациенток во время исследования не было. Анемией различной степени тяжести страдали $81,9 \pm 5,2\%$ пациенток во всех группах, заболевания почек у пациенток с ПК установлены в 1,2 раза больше по сравнению с женщинами с ПОНРП ($55,7 \pm 5,8$ и $40,9 \pm 5,2\%$ соответственно) и в 1,5 раза больше по сравнению с женщинами с ПП ($55,1 \pm 36,3\%$). Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 6,5%, заболевания желудочно-кишечного тракта - у 5% пациенток. Сахарный диабет и ожирение диагностированы у 6,2 и 4,7% женщин – ($20,1 \pm 5,0\%$)

Среди всех обследованных женщин у 4,3% диагностирована миома матки 5,8%- — кисты яичников, 3,5% пациенток страдали хроническим метроэндометритом и сальпингоофоритом 14,1% и 12,5% соответственно) женщин Указали на бесплодие в анамнезе 2,7% и патологические процессы

шейки матки-12,1%. По данным российских исследователей, среди «едва выживших» женщин гинекологический анамнез у 1/3 женщин отягачен перенесенными воспалительными заболеваниями (38,4 %), у каждой четвертой эрозии шейки матки (20,6 %), ИППП (18,6 %), миомы матки (4,8 %), кисты яичников (1,0 %). [1,2].

Полученные нами данные позволили выявить существенные различия медико-социального статуса женщин, переживших акушерские кровотечения по сравнению с данными российских и зарубежных ученых

Российскими авторами установлено, что субъективными факторами акушерских кровотечений являются: недооценка объективных факторов и их роли как провокаторов кровотечения, неправильная и запоздалая помощь во всех направлениях[47].

По проведенному нами анализу у каждой второй пациентки настоящая беременность протекала с осложнениями, которых у пациенток с ПОНРП и ПП было 2 раза больше по сравнению с женщинами с ПК .

Некоторые исследования указывают, что осложнения данной беременности были представлены предлежанием плаценты (17,6%) наличием рубца на матке (25,6 %), анемией (34,8 %), преэклампсией (32,4%), угрожающими преждевременными родами (17,2 %). В предыдущих родах кровотечения имели 32,6 % женщин, эндометрит в родах установлен в 7,8% и перинатальные потери в -2,8 % случаях.

По нашим данным, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез установлен у 18,4%. Тогда как у российских пациенток предыдущие беременности у большинства женщин завершились в 42,3% абортами, в 13 % - самопроизвольными выкидышами, в 23,8 % [50,51].

Аналитическое изучение данных медицинской документации позволило нам выявить ряд антенатальных факторов, Установлено, что среди всех женщин, переживших акушерские кровотечения, более 50,0% не состояли на учете в ЦРЗ, поздно взяты на учет (после 12 недель

беременности). более 70,0%, посетили медработника всего 3 раза (не соответствует стандарту)

Напротив, согласно литературным данным, среди «едва выживших» женщин, 87,6% наблюдались в женской консультации с 8-12 недель беременности, поздняя постановка на учет (13-25 недель) имела место у 10,6% женщин [2].

По нашим результатам при оказании НАП, более 70,0% специалистов не соблюдали национальные стандарты, надлежащий объем обследования по национальным стандартам был проведен только в 46,0% случаев, консультацию смежных специалистов получили только каждая третья женщина (33,5%): В исследованиях Суриной М.Н., при оказании помощи женщинам, погибшим от кровотечения, несоблюдение региональных клинических протоколов зарегистрированы достоверно чаще (91,7%) [Айламазян].

Полученные результаты указывают на потенциальные факторы развития акушерских кровотечений.

При госпитализации направление от акушера-гинеколога имела каждая третья пациентка, не имели сопроводительного листа, 70,0% женщин с ПК, что в 1,3 раза больше по сравнению с пациентками с ПОНРП и ПП.

При поступлении состояние оценено как тяжелое у каждой третьей женщины с ПОНРП и каждой десятой – с ПК. Согласно российским исследованиям, у 82,3% женщин родоразрешение проводилось в экстренном, в 17,7% — в плановом порядке, при этом состояние пациенток было оценено как удовлетворительное в 23,4%, средней тяжести — 38,4%, тяжелое — в 18% случаев [2].

Согласно литературным данным, в структуре осложнений родов и послеродового периода преобладали гипотонические кровотечения (55,8%), тяжелая преэклампсия и эклампсия (23,9%), разрыв матки (8,5%). При родоразрешении в 58,4% случаев выполнено экстренное кесарево сечение с надвлагалищной ампутацией (24,8%) и экстирпацией матки (8,6%).

Релапаротомия проводилась в связи с кровотечением (27,6 %) и перитонитом (4,8 %) [2].

Согласно истории родов, неотложная акушерская помощь, соответствующая клиническим протоколам, оказана 98% обследованным женщинам. Гемотрансфузия произведена 51,2±1,9% пациенткам, плазмотрансфузия 48,0±1,9%). Согласно некоторым исследованиям, при подобной ситуации гемотрансфузия проводилась в 7,7% случаев, плазмотрансфузия в- 3,8% при удельном весе массивных кровотечений 3,8%;[70,73].

Среди женщин, переживших акушерские кровотечения у каждой третьей новорожденные были недоношенными, антенатальная гибель установлена в 4,05% случаев..

Еще до рекомендаций ВОЗ (2009) авторы предложили считать критериями развития критических акушерских состояний экстренную гистерэктомию по любой причине, гипо-волемию, требующую переливания крови, отек легких и почечную дисфункцию, нарушение функции внешнего дыхания, дефекты анестезии, метаболические нарушения [1].

Объем хирургического вмешательства — это вопрос, который постоянно интенсивно дискутируется на страницах отечественной и зарубежной печати. За сравнительно непродолжительный период времени, с середины прошлого столетия до сегодняшнего дня, можно проследить предложения самых разных методов контроля маточного кровотечения с периодами одобрения этих методов, отказов от них в силу неэффективности, попытками возвращения к тем же методам, появлением новых предложений[2, 27, 29,72,79,133,144,156], Но результаты использования подавляющего большинства методов остаются мало утешительными, о чем свидетельствуют показатели материнской смертности от кровотечений даже в развитых странах мира[133, 141,148],

Следует согласиться с мнением что: «Гистерэктомию нельзя производить слишком рано или слишком поздно», поскольку увеличение

кровопотери и ее продолжение во время операции ухудшает статус больной»[2,78],

Установлено, что факторами развития акушерских кровотечений являются запоздалое оперативное вмешательство (57,3%), неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии (76,4 %)[1,15,30],.

Согласно нашим исследованиям, кесарево сечение произведено всем беременным с ПОНРП и 31,1% роженицам произведена послеродовая лапаротомия. Операция произведена своевременно в течение $26,2 \pm 1,7$ минут с момента поступления пациенток с ПОНРП и $31,3 \pm 3,4$ минут с ПП. По поводу рубца на матке кесарево сечение произведено 9 пациенткам с ПОНРП (6,5%) и 15% беременным с ПП. Начавшееся кровотечение явилось показанием к лапаротомии в 41,5,7% случаях пациенткам с ПОНРП, 70% - с ПП и 8,6% роженицам с ПК. Разрыв матки произошел у 1 (0,6%) у пациентки с ПК. С ДВС синдромом поступила 1 (1,6%) и почечной недостаточностью 1 (1,6%) и в последующем переведена на гемодиализ. Следует указать, что среди обследованных кровотечение сочеталось с тяжелой преэклампсией у **34,5%** женщин.

Литературные данные указывают, что главными проблемами при оказании помощи при акушерских кровотечениях являются запоздалый гемостаз и запоздалая акушерская тактика [2,26,27,60,85,105,123,151]. Среди критических случаев от кровотечений ведущими предрасполагающими факторами были неадекватное лечение (недостаточное восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) в случаях массивного ПРК - в 79,9 % случаев) и задержка хирургического гемостаза (запоздалая гистерэктомия - в 60,8 % случаев) [130].

Доказано, что после хирургического лечения интенсивная терапия должна быть направлена на устранение геморрагического шока и нарушений гемостаза. Необходима комплексная интенсивная терапия, которая ёне только сводится к гемотрансфузии.

Профилактика массивных акушерских кровотечений может осуществляться путем введения свежемороженой плазмы сразу после рождения плода или во время кесарева сечения. Однако, введение плазмы оправдано при выявлении подострого или острого ДВС-синдрома с потреблением факторов свертывания. Доказано что введение свежемороженой плазмы перед родоразрешением при тотальной отслойке нормально расположенной плаценты. [30,68,70].

Нами выявлена корреляционная зависимость между объемом кровопотери и причиной кровотечения.

Абсолютное большинство исследователей придерживаются рекомендации ВОЗ, что аудит тяжелых критических состояний является надежным способом наблюдения для оценки акушерской помощи [найти]. Аудит случаев «near miss» дает важную информацию о дефектах врачебной деятельности, способствующих возникновению острой тяжелой материнской заболеваемости. По данным К. Swathi et al. [139], количество дефектов медицинской помощи при развитии «near miss» выявляется в 3-4 раза чаще, чем в случаях, когда это состояние было предотвращено. Однако тяжелая акушерская ситуация не возникает спонтанно, ей предшествуют определенные этапы оказания медицинской помощи. По этой причине целесообразно использовать дополнительный показатель, характеризующий деятельность медицинского персонала родовспомогательных учреждений до наступления состояния «near miss». Его можно называть «показателем риска возникновения критических акушерских состояний» и рассчитать как число родов, приходящихся на один случай near miss. Эта величина позволит оценить работу акушеров-гинекологов в период, предшествующий возникновению критического состояния, кроме того, этот период более результативен по эффективности лечения начальной стадии развития патологического процесса (ВОЗ).

В нашей стране используются аудит и конфиденциальные расследования случаев материнской смертности на уровне страны и аудит

критических случаев на уровне учреждений [18,19]. Одним из первых требований к выбору осложнений для проведения аудита критических случаев является его достаточная распространенность в стране. Наряду с этим, обязательным условием является наличие национальных руководств/протоколов, на основании которых разрабатываются стандарты аудита. В Таджикистане на основании рекомендаций ВОЗ и ведущих стран мира также разработаны четкие алгоритмы действий, приемлемые для персонала родильных домов [43].

Нами апробированы этапы процесса аудита критических случаев при акушерских кровотечениях.

При интервьюировании 40 родильниц с ПК установлено, что потенциальными факторами развития акушерских кровотечений явились: возраст 29 лет, паритет родов (62,5% составляли повторнородящими), анемия различной степени тяжести (72,5%), заболевания почек (35%), крупный плод (37,5%), тяжелая преэклампсия (29,5%) запоздалое родоразрешение (12,8%), неправильная тактика инфузионно-трансфузионной терапии (37,5%).

Практика показывает, что ведение третьего периода родов остаётся актуальным вопросом, что определяется трудностями практической реализации основных положений классического акушерства [52].

Нерешённые вопросы третьего периода родов стали причиной внедрения в акушерскую практику концепции активного его ведения [50].

Доказано, что контролируемые тракции за пуповину при активном ведении третьего периода родов не оказывают значимого положительного влияния на объём кровопотери и частоту кровотечения, что позволяет профилактику послеродовых кровотечений ограничить введением утеротонических препаратов. [50]. По данным Радзинского В.Е., рутинное назначение окситоцина в последовом периоде стало «золотым стандартом» профилактики послеродовых кровотечений [52].

По результатам наших исследований, активное ведение третьего периода родов (введение 10 ед. окситоцина, контрालируемыетракции за пуповину, массаж матки сразу после родов (22,5%), не производили по стандарту в 42,4% случаев.

Элементы помощи, которые были оказаны успешно составляли – 86%, упущенные возможности – 14,5%. Факторы, способствовавшие процессу оказания медицинской помощи (наличие препаратов, оборудования, командный подход, доброжелательное отношение медперсонала, готовность к НАП) - 85%,

Факторы, воспрепятствующие процессу оказания медицинской помощи (ненадлежащий послеродовой уход, недостаточный уровень подготовки специалистов) – в 15% случаях.

Проведенные нами исследования подтверждены в публикации Ходороджиа С. (год), в которой представлены результаты изменения некоторых показателей акушерских кровотечений в учреждениях Таджикистана в результате применения аудита критических случаев (АКС). Продемонстрировано, что внедрение стандартов и использование АКС в 20 учреждениях страны снизило частоту акушерских кровотечений, удельный вес гипотонических кровотечений в структуре причин акушерских кровотечений, частоту критических гипотонических кровотечений, частоту гистерэктомий при кровотечениях, показатель отношения числа женщин, умерших от акушерских кровотечений, к общему количеству женщин, умерших от кровотечений по всей стране. Полученные данные свидетельствуют о том, что использование АКС улучшает качество помощи матерям и является резервом снижения материнской смертности.

Тем не менее, в отдельных регионах и учреждениях могут существовать специфические проблемы, тщательное изучение которых будет полезно для разработки локальных клинических протоколов при АК и снижению показателя МС от АК. Не вызывает сомнений, что основа профилактики ПРК - это, прежде всего, рациональное ведение беременности

и родов, а также строгие показания к назначению лекарственных препаратов, а профилактика МС и критических состояний - это родоразрешение женщин с высоким риском развития кровотечения в стационаре соответствующего уровня.

Таким образом, высокая частота акушерских кровотечений, приводящих пациенток к утрате репродуктивной функции (ампутация и экстерпация матки), побуждает продолжать поиски причин для разработки более эффективных способов их лечения. Проведение клинического аудита в родовспомогательных учреждениях среди женщин, переживших акушерские кровотечения, позволит своевременно выявить факторы развития акушерских кровотечений, что позволит снизить частоту критических акушерских состояний, улучшить качество оказания им медицинской помощи, уменьшить материнские потери.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Послеродовые кровотечения являются лидирующими в структуре акушерских кровотечений и имеют неустойчивую тенденцию к снижению [2,12].

2. Высокая частота развития акушерских кровотечений и связанная с ними материнская заболеваемость обусловлена комплексом потенциальных факторов риска, основные из которых связаны с низким уровнем информированности женщин, медико-социальной отягощенностью, высокой частотой экстрагенитальной патологии [4,8,9,10].

3. Основными проблемами оказания медицинской помощи женщинам, пережившим акушерские кровотечения являются :ненадлежащий уровень антенатального ухода, недостаточный уровень профессиональной подготовки специалистов, отсутствие «маршрутизации» для беременных, рожениц, родильниц и задержка госпитализации в учреждения третьего уровня, ненадлежащий послеродовой уход в стационаре[5,6,7,11].

4. Проведение конфиденциального расследования среди женщин, перенесших акушерские кровотечения, является дополнительным резервом снижения материнской заболеваемости и смертности [7,13].

Рекомендации по практическому использованию результатов.

На антенатальном уровне:

1. Для женщин, переживших АК, разработать индивидуальный план наблюдения (консультирование смежных специалистов и подбор контрацептивных средств)

2. Оказывать правовую, психологическую и медикосоциальную помощь женщинам, переживших АК и членам их семьи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности

3. Проводить анализ критических случаев акушерских кровотечений среди «выживших» женщин»

На стационарном уровне:

1. Планирование родоразрешения беременных с высоким риском АК с участием мультидисциплинарной бригады.
2. Проводить непрерывное обучение медицинского персонала (акушеров, акушер-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов) по неотложным состояниям в акушерстве,, включающее в себя приобретение навыков работы в команде
3. Во всех случаях АК предоставить женщине возможность обсудить события, связанные с этим осложнением, в удобное для нее время
4. Пересмотреть существующие внутренние протоколы для случаев ПК, с акцентом на послеродовой уход.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Андреева В.Ю Современная стратегия абдоминального родоразрешения // журнал акушерства и женских болезней. – 2014. - №5. – с.4-14.
- [2] Айламазян Э.К., Атласов В.О., Ярославский К.В., Ярославский В.К. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (niarmiss) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – том LXV. – вып. 4. – с.15-23.
- [3] Асеева Е.В. Прогнозирование острого массивного кровотечения в послеродовом периоде. Дисс к.м.н Волгоград – 2017г -148с
- [4] Артымук Н.В., Сурина М.Н. Фармакотерапия при беременности и в родах как фактор риска развития послеродовых кровотечений / Н.В.Артымук, М.Н.Сурина// Доктор Ру. – 2014. – №1. – с.69-72.
- [5] Аудит критических акушерских состояний в Российской Федерации в 2014 году. Методическое письмо от 9 октября 2015 г. №15-4/10/2-5996.
- [6] Баев О.Р., Вихарева О.Н., Шмаков Р.Г., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Пырегов А.В., Тетруашвили Н.К., Тютюнник В.Л., Федорова Т.А. Послеродовое кровотечение Краткий протокол. Акушерство и гинекология, 2015, 4, приложение, с.5-11.
- [7] Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Модернизация службы охраны материнства и детства в Российской Федерации : результаты и перспективы /Е.Н.Байбарина, О.С.Филиппов, Е.В.Гусева//Акушерство и гинекология. – 2013. №12. –с.35-39.
- [8] Баранов И.И, Токова З.З. Эпидемиология материнской смертности в мире/И.И.Баранов, З.З.Токова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2012.- с.13-18.
- [9] Баччи А. Реализация методологии «Что кроется за цифрами» в Европейском регионе: предпринимаемые шаги, проблемы, успехи, и где мы находимся в настоящее время/ А.Баччи// Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью.2010. - №70 – с.6-7.

- [10] Бачи А., Бекер Г., Даниеле М и др. // Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным // Систематический, основанный на стандартах подход, предполагающий широкое участие всех заинтересованных сторон / ВОЗ. – 2014. – 202 с.
- [11] Белокриницкая ТЕ, Иозефсон СА, Лига ВФ, Анохова ЛИ. Аудит случаев «near-miss» в Забайкальском крае в 2014 году / Забайкальский медицинский вестник. 2015;2:137-41.
- [12] Буйлашев ТС, Рыскельдиева ВТ, Самигуллина АЭ. Материнская смертность и возможности её прогнозирования в Кыргызской Республике. Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2015;4:94-8
- [13] Буштырев В. А., Зубков В.В., Кузнецова Н.Б. и др. Перинатальный аудит и модель «Neonatal near miss» как современные формы управления качеством медицинской помощи в неонатологии // Акушерство и гинекология. 2017. - №2. – с.17-22.
- [14] Бушмелева Н.М. Дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях смерти в перинатальном периоде на уровне региона // Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 11. — С. 27-36.
- [15] Волков А.Е. Гемодинамика матки после хирургического гемостаза при акушерских кровотечениях. // Журнал SonoAceUltrasound. - 2014. - №26. - С. 34-41
- [16] Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016>.
- [17] Давлятова Г.К., Камилова М.Я., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Систематизация причин упущенных возможностей развития критических ситуаций при акушерских кровотечениях / Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – том 67. – выпуск 2. – с. 26-31.
- [18] Давлятова Г.К., Камилова М.Я., Разматуллаева Д.М. Влияние использования аудита критических случаев на изменение некоторых

показателей акушерских кровотечений / Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – том 67. – выпуск 1. – с. 13-19.

[19] Давлятова Г.К. и соавт Эффективность внедрения новых технологий для оценки качества услуг в снижении материнской смертности// Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. - №1. – с. 23-30.

[20] Давлатзода Г.К., Камилова М.Ё., Маликоева С.А., Аминзода Н.З - А. Структура и частота акушерских кровотечений в Таджикистане / //Журнал «Вестник последипломного образования».- 2019.-№2.- С. 10-14.

[21] Ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ за 2014-2018гг

[22] Государственная программа по репродуктивному здоровью на период 2019-2022 годы/Постановление Правительства РТ № 326 от 22.06.2019.

[23] Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков, 2016-2030. New York: United Nations; 2015].

[24] Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Кривонос М.И. Стратегия преодоления материнской смертности, обусловленной кровотечением/ М.С.Зайнулина, Е.А.Корнюшина, М.И.Кривонос// Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – том L XIV- выпуск 2. – с. 33-41.

[25] Курцер, М. А. Послеродовые кровотечения. Вебинар / М. А. Курцер, Ж. ДиРенцо [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://yadi.sk/d/azSr9xEY2Pjnh>. — Дата доступа: 23.01.2013.

[26] Крот И.Ф., Захаренкова Т.Н., Эйныш Е.Н. Современные подходы к профилактике и лечению акушерских кровотечений / И.Ф. Крот, Т.Н. Захаренкова, Е.Н. Эйныш //Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – т.2. - №2. – с 93-97.

[27] Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. и др Результаты оперативной активности в современном акушерстве// Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – том L XIV- выпуск 2. – с. 53-58.

[28] Кукарская И.Н. Эффективность мониторинга nearmiss: опыт Тюменской области // StatusPraesens. — 2014. — Т. 21. — № 4 — С. 9-17.

[Kukarskaja I.N. Jeffektivnost' monitoringa nearmiss: opyt Tjumenskoj oblasti. Status Praesens. 2014;4 (21):9-17. (In Russ).]

[29] Кукарская И.И. Управляемая баллонная тампонада матки при операции кесарево сечение как метод профилактики массивной кровопотери/ И.И.Кукарская// Акушерство и гинекология. – 2012. - №7. – с.80-83.

[30] Кулаков А.В., Шифман Е.М.. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения./– М.: Медицина, 2016. – С. 83-101.

[31] Лебенко Е.Ю., Михельсон А.Ф., Розенберг И.М. Опасное прошлое, тяжелое настоящее, туманное будущее больных, переживших акушерские катастрофы (nearmiss) / Е.Ю.Лебеденко, А.Ф.Михельсон, И.М.Розенберг//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. - №3. – С. 3-8.

[32] Логутова Л.С., Ан А.В. Современные подходы к оказанию акушерской помощи с целью снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности/ Л.С.Логутова, А.В.Ан// Российский вестник акушера-гинеколога, 2012.-N 6.-С.4-6.

[33] Малыбаева Е.П. Этиология и частота встречаемости послеродовых гипотонических кровотечений /Е.П.Малыбаева //Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2.URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8639> (дата обращения: 01.08.2018).

[34] Милованов А.П., Лебеденко Е.Ю., Михельсон А.Ф. Пути снижения акушерских потерь/ А.П.Милованова, Е.Ю.Лебеденко, А.Ф.Михельсон//Акушерство и гинекология. – 2012. - №4(1). – с. 36-41.

[35] Михельсон А.Ф., Лебеденко Е.Ю., Рымановский А.Н., и др. Едва не погибшие женщины. Что помогло им выжить? Дефиниции и возможности прогноза// Кубанский научный медицинский вестник .- 2012. - №1. – С. 130.

[36] Момот А.П., Молчанова И.В., Цхай Б.В. Массивные акушерские кровотечения: от гистерэктомии к фармакотерапии/ А.П.Момот,

И.В.Молчанова, Б.В.Цхай// Вопросы гематологии/онкологии и иммуноterapiи. 2012. – 11(2). – с.2-7.

[37] Мухаммадиева С.М., Камилова М.Я., Абдурахманов Ф.М., Курбанов Ш.М. Принципы и методология исследования критических случаев // Учебно-методическое пособие. – Душанбе. – 2013. – 26с.

[38] Мухаммадиева С.М., Узакова У.Д., Маликоева С.А. Абдуллоева Р.А. Современные медико-организационные аспекты акушерских кровотечений (обзор литературы) /Маликоева С.А., //Журнал «Доклады Академии Наук Республики Таджикистан».-2018. № 4 (203) . С73-81.

[39] Мухаммадиева С.М., Узакова У.Д., Абдуллоева Р.А., Маликоева С.А. Медико-социальная характеристика «едва выживших» женщин при послеродовых акушерских кровотечениях. //Журнал «Вестник Академии медицинских наук».- 2019. №.3 (31). С.270-277.

[40] Основные показатели здоровья матери и ребенка деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2014 г. — М., 2015.

[41] Островская И.В. Цели развития тысячелетия. Что сделано? Что дальше?/ И.В.Островская//Медицинская сестра, 2013.-N 3.-С.7-11.

[42] Отчет национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности в Республике Таджикистан за 2-13 год. // ВОЗ и Ассоциация акушеров-гинекологов Республики Таджикистан. – Душанбе, 2014 – 29 с.

[43] Приказ МЗ СЗНРТ «О внедрении стандартов по акушерским кровотечениям во время беременности, родо и послеродовом периоде: профилактика, диагностика и акушерская тактика», 15 ноября 2018г. №1040.

[44] Приказ МЗ РТ «О проведении конфиденциального расследования случаев материнской смертности». 25 сентября 2009 г. № 557.

[45] Радзинский В.Е. и др. Статистическое зеркало нации // StatusPraesens – 2014. – №6 (17).

- [46] Ратушняк С.С., Шувалова М.П. 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.
- [47] Репина М.А. Экстрагенитальные заболевания в структуре материнской смертности Санкт-Петербурга/ М.А.Репина// Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – том L XIV- выпуск 2. – с. 92-96.
- [48] Салим-заде Н.Ф. Достижения, проблемы и основные стратегические направления министерства здравоохранения и социальной защиты населения в области охраны здоровья матери и ребенка/ Н.Ф. Салим-заде//Материалы 6-го съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – с. 9-12.
- [49] Ступак В.С. Материнская смертность в Хабаровском крае: анализ структуры и пути снижения/ В.С.Ступак//Дальневосточный медицинский журнал, 2013.-N 1.-С.50-53.
- [50] Сурина М.Н., Артымук Н.В., Марочко Т.Ю. Активное ведение третьего периода родов с проведением и без проведения контролируемых тракций за пуповину: рандомизированное контролируемое исследование/ М.Н. Сурина, Н.В.Артымук, Т.Ю.Марочко//Вестник Кузбасского научного центра. – 2012. – вып.15. – с.148-150.
- [51] Сурина М.Н., Марочко Т.Ю. Акушерские кровотечения как основная причина критических состояний и материнской смертности/ М.Н.Сурина, Т.Ю.Марочко// Фундаментальная и клиническая медицина. – 2016. – т. 1. - №3. – с. 81-87.
- [52] Сурина М.Н., Артымук Н.В., Марочко Т.Ю.»Погибшие и «едва не погибшие» женщины от акушерских кровотечений: социально-гигиенические и клиничко-анамнестические особенности// Мать и дитя в Кузбассе. – 2014. - №2. – с.137-141.

- [53] Сухих Г.Т., Шувалова М.П., Фролова О.Г. и др. Государственная политика в области охраны здоровья матери и ребенка – долгосрочные перспективы развития // Акушерство и гинекология . – 2013. - №5. – с. 14-17.
- [54] Стратулат П., Гардози Д., Куртанеау А. и др. Улучшение качества перинатального ухода в Республике Молдова в результате проведения конфиденциальных расследований // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. 2010. - №70 – с.10-11.
- [55] Франкоис Фарах. План действий МКНР: перечень бессрочных задач для обеспечения взаимопонимания среди населения и взаимовыгодного развития / Фарах Франкоис // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. 2013. - №78. – с.4-7.
- [56] Ходороджиа С. Пилотирование случаев угрожающих жизни в Казахстане: улучшение качества медицинской помощи при беременности / С. Ходороджиа // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. 2010. - №70 – с.28-29.
- [57] Цели развития Тысячелетия. Доклад ВОЗ за 2015 г. Нью-Йорк: ООН, 2015.
- [58] Arulkumaran S., Karoshi M., L. Keith G. Lalonde ., A.B. A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage An Essential Clinical Reference for Effective Management 2nd Ed. / Edit.:, Ch. B-Lynch-the Global library of Women's Medicine-Sapiens Publishin – 2012-654 p.
- [59] Active management of the third stage of labor with a combination of oxytocin and misoprostol to prevent postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial / T.Quibel, I. Ghart, F. Goffinet et al. // Obstet.Gynecol. – 2016. – 128(4). – p.805-811.
- [60] Allard S., Green L, Hunt BJ. How we manage the haematological aspects of major obstetric haemorrhage/ S. Allard, L.Green, BJ.Hunt // Br J Haematol – . 2014. – 164(2). – P.177-188.
- [61] Antepartum Haemorrhage (Green-top Guideline N.63.) - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.– 2014 update.

- [62] Abdul – Kadir R., McLintock C., Ducloy A.S. et al Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel // *Transfusion*. – 2014. – 54(7). P.1756-1768.
- [63] A Textbook of Postpartum Hemorrhage. ed. B-Lynch C et al. Sapiens Publishing, Duncow, UK, 2006. http://www.sapienspublishing.com/pph_pdf/PPH.pdf
WHO, Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. WHO. Geneva. 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924159084X/en/
- [64] Basaranoğlu S., Evsen M.S., Ağaçayak E. et al. Evaluation of Obstetrical Patients with Disseminated Intravascular Coagulation – Tertiary Center Experience // *J Matern Fetal Neonatal Med*. – 2015. – 29. – P.1-20.
- [65] Benhamou D. Plasma transfusion: products and indications. 2012 guidelines update / D. Benhamou // *Transfus Clin Biol*. – 2012. – 19(4-5). P. 253-262.
- [66] Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer – http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591838/en/, accessed on 14 July 2014.
- [67] Benhamou D. Plasma transfusion: products and indications. 2012 guidelines update / D. Benhamou // *Transfus Clin Biol*. – 2012. – 19(4-5). P. 253-262.
- [68] Brittenham, G.M. Pathophysiology of iron homeostasis / Eds. R. Hoffman, E.J. Benz, L.E. Silberstein // *Hematology: basic principles and practice*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, –2013. –P. 427-436.
- [69] Brown S., Richards M., Rayburn W. Geographical information systems (mapping indicates access to tertiary care perinatal centers in the United States is regionally maldistributes / S. Brown, M. Richards, W. Rayburn // *Am. J. Obstet. Gynecol*. – 2012. – 206 (Suppl. S304). – abstr.682.
- [70] Butwick AJ, Goodnough LT. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage / AJ. Butwick, LT. Goodnough // *Curr Opin Anaesthesiol*. – 2015 – 28(3). – p.275-284.

- [71] Carroll M., Daly D., Beglay C.M. The prevalence of woman emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review/ M. Carroll, D.Daly, C. M. Beglay//BMS Pregnancy Childbirth. – 2016. – №16. – p.261.
- [72] Chai V.Y., To W.W. Uterine compression suture for management of severe postpartum hemorrhage: five-year audit / V.Y. Chai, W.W. To // Hong Kong Med J/ - 2014. – 20(2). – p. 113-120.
- [73] Changes in factor XIII level during pregnancy/ L.T.Sharief et al. //Haemofilia. – 2014.Vol.20.- №2. – P. 144-148.
- [74] ChandrasekharanPA, BharathiT.,LakshminarayanammaV. et al A maternal “near-miss” case// J ClinSci Res. – 2013. – 2. – p. 165-168.
- [75] Chhabara P. Material near miss: An indicator for Material Health and Material Care/ P. Chhabara // Indian J Community Med. – 2014. – 39 (3). – p. 137 – 147.
- [76] Collis RE, Collins PW. Haemostatic management of obstetric haemorrhage. / RE. Collis, PW.Collins// Anaesthesia – 2015 – 70 Suppl.1 – p.78-86.
- [77] Cunningham FG, Nelson DB. Disseminated Intravascular Coagulation Syndromes in Obstetrics/ FG. Cunningham, DB. Nelson // Obstet Gynecol. – 2015. – 126(5). – P.999-1011.
- [78] CookJ.R.,JarvisS., Khnight M.et al.Multiple repeat caesarian section in UK: incidence and consequences to mother and child. A national, prospective, cohort study// BJOG. – 2013. – Vol.120(1). – P. 85-91.
- [79] De BonisM., TorricelliM.,LeoniL. etal.Carbetocin versus oxytocin after caesarean section: similar efficacy but reduced pain perception in woman with high risk of postpartum hemorrhage/ //J. Matern. Fetal.Neonatal.Med. – 2012. – Vol. 25(6). –p.732-735.
- [80] De Lange, MD.Lancč, R.de Groot. Obstetric hemorrhage and coagulation: an update. Thromboelastography, thromboelastometry, and conventional coagulation tests in the diagnosis and prediction of postpartum hemorrhage/ NM. //ObstetGynecolSurv. – 2012 – 67(7). – 426-435.

- [81] Ducloy-Bourhors AS., Susen S., Wong CA. et al Medical advances in the treatment of postpartum hemorrhage// *Anesth Analg* – 2014. – 119(5). P.1140-1147.
- [82] Dahlke JD., Mendez-Figueroa H., Maggio L. et al Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines// *Am J Obstet Gynecol*. – 2015 – 213(1) – p.76 (e1-10).
- [83] Doneti S, Senatore S, Ronconi A. Obstetric near miss cases among women admitted to intensive care units in Italy/ S. Doneti, S. Senatore, A. Ronconi / *Acta Obstet Gynecol Scand*. – 2012. – 51(4). – P. 452-462.
- [84] Doumouchtsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S/ Systematic review of conservative management of postpartum haemorrhage: what to do when medical treatment fails// *Obstet Gynecol Surv*. – 2017. – 62(8). – P. 540-547.
- [85] Ehrenthal D.B., Chichester M.L., Cole O.S. et al. Maternal risk factors for peripartum transfusion// *J. Womens Health*. 2012. -21(7). –p.792-797.
- [86] Erez O, Mastrolia SA, Thachil J. Disseminated intravascular coagulation in pregnancy: insights in pathophysiology, diagnosis and management/ O. Erez, SA. Mastrolia, J. Thachil / *Am J Obstet Gynecol*. – 2015. – 213 (4). P.452-463.
- [87] Eimer G, O'Milley, Popivanov P. Maternal near miss: What lies beneath? *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;199:116-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.01.031.
- [88] Faraoni D., Carlier C., Samama CM. et al Efficacy and safety of tranexamic acid administration for the prevention and/or the treatment of post-partum haemorrhage: a systematic review with meta-analysis// *Anesth Reanim*. – 2014. – 33(11). P.563-571.
- [89] Fowler A, Perry DJ. Laboratory monitoring of haemostasis/ A. Fowler, DJ. Perry // *Anaesthesia*. – 2015. – V. 70. – Suppl 1. – p.68-72.
- [90] Galvao LP, Alvim-Pereira F, de Mendonga CM, et al. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14:25. doi: 10.1186/1471-2393-14-25.

- [91] Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. / L. Say, D. Chou, A. Gemmill [et al.] // *Lancet Glob. Health.* – 2014. – Vol. 2(6). – P.323-333.
- [92] Haider B.A., Olofin I. Nutrition Impact Model Study Group (anemia). Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. / B.A. Haider, I. Olofin // *BMJ.* – 2013. – P.949-959.
- Haeri S., Dildy G.A. Maternal mortality from hemorrhage/S. Haeri, G.A.Dildy// *SeminPerinatol.* – 2012. – 36(1). – P.48-55.
- [93] Hubinont C. Is fetomaternalhaemorrhage still a major obstetric complication despite new technologies management? *BJOG.* 2016; 123 (12): 1907.
- [94] Hinton L. Locock L. Knight M. Experiences of the quality of care of women with near-miss maternal morbidities in the UK / L. Hinton, L. Locock, M. Knight // *BJOG.* – 2014. – 121 (Suppl, 4). – 20-23 doi: 10.1111/1471-0528.12800.
- [95] Hubinont C., Is fetomaternal hemorrhage still a major obstetric complication despite new technologies management?/ C. Hubinont// *BJOA.* – 2016. – 123(12). – 1907.
- [96] Jadon A, Bagai R. Blood transfusion practices in obstetric anaesthesia/ A.Jadon, R. Bagai R// *IndianJAnaesth.* – 2014. – 58(5). – p.629-636.
- [97] KamilovaM.Y. etal.The reserves of quality medical aid improving to mothers with postpartum bleeding/ // *Sciences of Europe.* -2017. – vol. 2.- № 11. – p.65-8.
- [98] Kalisa R, Rulisa S, van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal Near Miss and quality of care in a rural Rwandan hospital. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16 (1): 324.
- [99] King JC. Strategies to reduce maternal mortality in developed countries. *Curr.Opin. Obstet. Gynecol.* 2013; 25 (2): 117-123.
- [100] Kedar K, Choudhary A. Material near miss Death among Woman with Eclampsia in Tertiary Care. *Int J Sci Stud.* 2015;3(6):93-8.
- [101] KramerM.S, BergC.,AbenhaimH. et al Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage /. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2013. – 209. – p.1-7.

- [102] Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2013; 209: 1-7.
- [103] Lalonde A; International Federation of Gynecology and Obstetrics. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings/ A. Lalonde A // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2012. – 117(2). P.108-118.
- [104] Lyndon A, Cape V. Maternal Hemorrhage Quality Improvement Collaborative Lessons. *MCN Am. J. Matern. Child. Nurs.* 2016; 41(6): 363-371.
- [105] Le Gouez A., Mercier F.J. Major obstetric hemorrhage / A. Le Gouez, F.J. Mercier// *Transfus. Clinic. Biol.* – 2016. – 23(4). – p. 229-232.
- [106] Levi M. Diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation/M. Levi // *Int J Lab Hematol.* – 2014. – 36(3). P. 228-236.
- [107] Lozano R., Naghavi M., Foreman K. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. // *Lancet Glob Health.* – 2013. – Vol. 380. – P. 2095-2128.
- [108] Lombaard H., Pattinson R.S. Common errors and remedies in managing postpartum hemorrhage./H. Lombaard, R.S. Pattinson// *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynec.* – 2009. – 23(3). – p.317-326.
- [109] Lombaard H., Pattinson R.S. Common errors and remedies in managing postpartum hemorrhage./H. Lombaard, R.S. Pattinson// *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynec.* – 2009. – 23(3). – p.317-326.
- [110] Making Every Baby Count. Audit and review of stillbirths and neonatal deaths. WHO. – 2016. – 136 p.
- [111] Magon N., Babu R.V, Kapure K. al Recombinant activated factor VII in postpartum hemorrhage.// *Niger Med. J.* – 2013. – 54(5). – p.289-294.
- [112] Main EK., Goffman D., Scavone DM. et al National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Obstetric Hemorrhage.// *Obstet Gynecol.* – 2015. – 126(1). P.155-162.

- [113] Mbalinda SN, Nakimuli A, Nakubulwa S, et al. Male partners' perceptions of maternal near miss obstetric morbidity experienced by their spouses. *ReprodHealth*. 2015;12:23. doi: 10.1186/s12978-015-0011-1.
- [114] Nagai S, Kobayashi H, Nagata T, Hiwatashi S, Kawamura T, Yokomine D, Orita Y, Oki T, Yoshinaga M, Douchi T. Clinical Usefulness of Bakri Balloon Tamponade in the Treatment of Massive Postpartum Uterine Hemorrhage. *Kurume Med J*. 2016;62(1-2):17-21. doi:
- [115] Naz T., Akhter N., Mehnaz Naib J. N. Gul J. Material near miss Morbidity and Mortality a continuum // *J Med SCI*. – 2014. – 22(4). – p.171-176.
- [116] Nebout S., Merbai N., Faitot V., Keita H. Management for major postpartum hemorrhage // *Presse Med*. – 2014. – 43(2). P.111-117.
- [117] Nigam A, Prakash A, Saxena P. Blood transfusion in obstetrics/ A. Nigam A. Prakash, P. Saxena // *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. – 2013. – 11(44). – 355-359.
- [118] *Obstetrics : normal and problem pregnancies / ed. S.G. Gabbe et al. – 6th ed. «Saunders Elsevier», 2012. – 1292 p.*
- [119] O'Milley E. G., Popivanov P. Material near miss: What lies beneath?/ E.G. O'Milley, P. Popivanov // *Europ J ObstetGynecolReprodBidol*. – 2016. – 199. – p.116-119. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.01.031.
- [120] Pacheco AJ., Katz J, Souza AS./ Factors associated with severe material morbidity and near miss in the Sao Francisco Valley, Brasyl. // *BMG Pregnancy and childbirth*. – 2014. – 14(1). – P. 91-92. doi :10.1186/1471-2393-14-91.
- [121] Pacheco LD, Saade GR, Costantine MM et al An update on the use of massive transfusion protocols in obstetrics. // *Am J ObstetGynecol* – 2016. – 214(3). P. 340-344.
- [122] Prata M. Gerds C. Measurement of postpartum blood loss/ M. Prata, C. Gerds // *BMJ*. – 2010. – 340. – P.555.
- [123] Queenan's JT., Sprong C.Y., Lockwood Ch.J. Management of High-Risk Pregnancy: An Evidence – Based Approach, 6th Ed/edit. J.T. Queenan, C.Y. Sprong, Ch.J. Lockwood // *Wiley*. – 2015. – 488p.

- [124] Quibel T, Ghout I, Goffinet F, Salomon LJ, Fort J, Javoise S et al. Active management of the third stage of labor with a combination of oxytocin and misoprostol to prevent postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2016; 128 (4): 805-811.
- [125] Roopa P.S, Shailya V., Lavanya R. et al “Near miss ” Obstetric Events and Material Deaths in a Tertiary Care Hospital: An audit // *J of Pregnancy India.* – 2013. – №4.– p.5.
- [126] Rohwer A.C., Khondawe O., Young T. Antispasmodics for labor. / Rohwer A.C, O. Khondawe // *Cochrane Database. Syst. Rev.* 200128.
- [127] Rossi A.C., Mullin P. The etiology of maternal mortality in developed countries: a systematic review of literature / A. Le Gouez, F.J. Mercier // *Arch. Gynecol. Obstet.* – 2012. – 285. P. 1499–1503.
- [128] Storeng K.T., Drabo S., Ganaba R., Sundby R, I. Mortality after near miss obstetric complications in Burkina Faso: medical, social and health care factors // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2012. – 90(6). – p.418-425 doi:10.2471/BLT.11.094011.
- [129] Sentilhes L, Vayssiere C, Deneux-Tharaux C, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet MP et al. Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF): in collaboration with the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR). *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2016; 198: 12-21.
- [130] Solomon C, Collis RE, Collins PW. Haemostatic monitoring during postpartum haemorrhage and implications for management / C. Solomon, R.E. Collis, PW. Collins // *Br. J. Anaesth.* – 2012. – 109(6). – 851-863.
- [131] Souza IP, Cecatti IG, Haddad SM. The WHO material near miss approach and the material severity index model (msi): tools for assessing the management of severe material morbidity / IP.Souza, IG.Cecatti, SM.Haddad // *Plos One.* – 2012. – 7(8). – P. 137.

- [132] Sujata P, Janmeiaya S, Rajkumari P, Jangadhar S. Evalnetion of obstetric near miss and material deaths in a tertiary care teaching hospital. Intern J Recent Scientific Research. 2016;7:9001-5.
- [133] StorengK.T.,DraboS., GanabaR.SundbyR, I. Mortality after near miss obstetric complications in Burkina Faso: medical, social and heath care factors/ // Bulletin of the World Health Organization. – 2012. – 90(6). – p.418-425 doi:10.2471/BLT. 11.094011.
- [134] SentilhesL.,DanielV., Darsonval A. et al. Acid for Preventing Study protocol. TRAAP-TRAnexamicpostpartum hemorrhage after vaginal delivery: a multicenter randomized, double-blind, placebo-controlled trial/ //BMC Pregnancy Childbirth. – 2015. – №14. – p.15-135.
- [135] Shreastha I, ShresthaPr, Tuladher R, Material near miss in a Tertiary Care Teaching Hospital/I. Shreastha ,Pr.Shrestha , R.Tuladher // American J Public Health Research. – 2015. – 3(5). – p.17-22.
- [136] Swathi K., BharathiRao, AzunRao. Material near miss Events and Material Deaths In a Tertiary Hospital In South India/ K. Swathi ,R. Bharathi, R. Azun //Intern J Resent Scientific Research. – 2014. – 5(10). – p.222-226.
- [137] Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE.Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare.BMJ QualSaf. 2014 Apr;23(4):290-8. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862
- [138] The 2012 FIGO World Congress took place in Rome, Italy, from 7012 October. At: <http://www.figo.org>. 2012-rome.
- [139] Theiss-Nyland K., Rechel B. Death reviews: maternal, perinatal and child. PMNCH Knowledge Summary 27. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2013 (<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks27.pdf>, accessed 22 June 2016).
- [140] The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium : ICD-MM. Geneva; 2012.
- [141] The impact of implementation of ‘Beyond the numbers’ approach in improving maternal and perinatal health. 29-30 April 2014, Bishkek,

Kyrgyzstan. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2014. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2014/04/the-impact-of-implementation-of-beyond-the-numbers-approach-in-improving-maternal-and-perinatal-health> (accessed June 30).

[142] Thomas F. Baskett, M.B. Uterine Compression Sutures for Postpartum Hemorrhage - Efficacy, Morbidity, and Subsequent Pregnancy // *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. - 2017. - V.110, N1. - P. 68-71.

[143] Thompson JF, Roberts CL, Ellwood D a. Emotional and physical health outcomes after significant primary post-partum haemorrhage (PPH): a multicentre cohort study. *Aust N Z J ObstetGynaecol*. 2011 Aug;51(4):365.

[144] Tranexamic acid as part of remote damage-control resuscitation in the prehospital settings: A critical appraisal of the medical literature and available alternatives/ S. Ausset, E. Glassberg, R. Nadler et al. // *J Trauma Acute Care Surg*. – 2015. – 78(6 Suppl 1). – p.70-75.

[145] Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva, WHO: 2012, 59 p.

[146] Tunçalp O, Souza JP, Gülmezoglu M. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage/ O. Tunçalp, J.P. Souza, M. Gülmezoglu // *Int J Gynaecol Obstet*. – 2013. – 123(3). – P. 254-256.

[147] Tunçalp Ö, Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD000494. DOI: 10.1002/14651858.CD000494.pub4 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000494.pub4/abstract/>

[148] Tunçalp Ö, Souza JP. Maternal near-miss audits to improve quality of care. *BJOG*. 2014 Sep;121Suppl 4:102-4.

[149] Wetta L.A., Szychowski J.M., Seals S. et al. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery/ // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2013. – 209(1). – p.51-56.

- [150] Witteveen T, Koning J, Bezstarosti H. Bloemen-kamp Validating the WHO Material Near Miss tool in a high-income country. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2016;95(1):106-8. doi: 10.1111/aogs.12793.
- [151] Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001808.pub2/pdf>.
- [152] WHO recommendation for prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Dept. of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. 2012 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/
- [153] WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. World Health Organization, Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf Accessed 15 Sept 2014
- [154] WHO Regional Office for Europe. European Health for All database. Available at: <http://www.euro.who.int/HFADB>. Accessed March 16, 2010.
- [155] WHO.- Recommendation for prevention and treatment of postpartum hemorrhage Dept. of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva, 2014.
- [156] Y. Du B. Jin., Zhang F. et al. Carbetocin for the prevention of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *J Matern Fetal Neonatal Med.* – 2015. – 12. – p. 1-8.

**Список публикаций соискателя ученой степени кандидата
медицинских наук Маликоевой Сочиды Амирхоновны**

Статьи в рецензируемых журналах:

[1-А] Маликоева С.А. Современные медико-организационные аспекты акушерских кровотечений (обзор литературы) /Маликоева С.А., Мухамадиева С.М.,Узакова У.Д., Абдуллоева Р.А //Журнал «Доклады Академии Наук Республики Таджикистан».-№4(203)..-Душанбе.-2018-.С.73-81....

[2-А] Маликоева С.А . Структура и частота акушерских кровотечений в Таджикистане / Давлатзода Г.К., Камилова М.Ё., Маликоева С.А., Аминзода Н.З. //Журнал «Вестник последипломного образования»-№ 2.-Душанбе.-2019.С/10-14.

[3-А] Маликоева С.А. Медико-социальная характеристика«едва выживших» женщин при послеродовых акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М., Узакова У.Д., Абдуллоева Р.А., Маликоева С.А. //Журнал «Вестник Академии медицинских наук».-№3 (31).-Душанбе.-2019.С.270-277.

[4-А] Маликоева С.А.Перинатальные исходы у женщин, переживших акушерские кровотечения//Вестник последипломного образования -№1-Душанбе.2020.-С.54-57

[5-А] Маликоева С.А., Факторы риска развития акушерских кровотечений/Маликоева С.А.,Мухамадиева С.М.,Мирзобекова Б.Т.,Убайдуллоев Н.Д /Ж.Наука и инновации.2020.№1.С.18-22

[6-А] Маликоева С.А.Частота кесарева сечения при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева С.М.,Мардонова С.М.,Маликоева С.А.//Ж.. Наука и инновации.- 2020.-№2.-С..35-40.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[7-А] Маликоева С.А. Проблемы перенаправления при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева.С.М.,Расулова Г.Т.Ходжаева С.А.,Амонова

Ш.А., Маликоева С.А. //Материалы VI съезда акушеров и гинекологов РТ. 2016.-Душанбе.-С. 132-134

[8-А] Маликоева С.А. Особенности течения беременности у «едва выживших женщин» при акушерских кровотечениях/ Мухамадиева.С.М., Маликоева С.А. ,Манёзов М.Р.,Назришоева Ф.Л.//Материалы ежегодичной XXIII научно-практической конференции с международным участием ИПОСЗРТ.-Душанбе. .2017.-С.140-142

[9-А] Маликоева С.А. Анализ причин акушерских кровотечений среди «едва выживших женщин»//Материалы ежегодичной научно-практической конференции с международным участием-.-Душанбе.-2019.С...136-137...

[10-А] Маликоева С.А. Анализ медико-социальных причин «едва выживших» женщин при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты по принципу «от двери до двери»/ Маликоева С.А., Олимова Ф.А. Мухамадиева.С.М, //Материалы ежегодичной научно-практической конференции с международным участием.0Душанбе.-2019.-С...138-139...

[11-А] Маликоева С.А. Факторы риска развития акушерских кровотечений среди «едва выживших» женщин при предлежании плаценты/ Маликоева С.А., Олимова Ф.А., Муминова Ш.Т//Материалы ежегодичной научно-практической конференции с международным участием.2019.С..137-138

[12-А] Маликоева С. Динамика и структура акушерских кровотечений в Республике Таджикистан. Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием.2020г – представлена в печать.

[13-А] Маликоева С. Анализ случаев критических состояний.. Материалы XXVI научно-практической конференции с международным участием.2020г –представлена в печать.

[14-А] Принципы и методология анализа критических случаев при акушерских кровотечениях. Учебно-методическое пособие. Мухамадиева

С.,М.,Узакова У.Д.,Камилова М.Я.,Давлатова Г.К.,Маликоева С.А..-
Душанбе.-2019. 98с.