

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

На правах рукописи

УДК: 614.01-036.88-08

АКПЕРБЕКОВА ИРИНА СЕРГЕЕВНА

**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ И
ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ**

5A720010- Акушерство и гинекология

Диссертация

на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:

Д.м.н., проф. Джаббарова Ю.К.

Ташкент – 2013

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ПРОБЛЕМА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	11
1.1.Международные дефиниции материнской смертности	11
1.2 Основные причины материнской смертности.....	16
1.2.1. Акушерские кровотечения – одна из основных причин материнской смертности.....	17
1.2.2. Преэклампсия и эклампсия как ведущая причина материнской смертности.....	22
1.2.3 Роль ЭГЗ в структуре материнской смертности.....	27
1.2.4. Акушерский перитонит и сепсис как причина материнской смертности.....	35
1.3. Новые подходы к оценке критических ситуаций в акушерстве..	41
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	45
2.1. Краткая характеристика материала.....	45
2.2. Методы исследования.....	48
2.2.1. Клинико-аналитические методы.....	48
2.2.2. Электронная программа регистрации и количественной оценки случаев МС.....	49
Глава 3. ОСНОВНЫЕ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ.....	52
3.1. Анализ причин материнской смертности при акушерских кровотечениях.....	52
3.2. Основные упущения при ведении беременных с преэклампсией..	58
3.3 Неиспользованные возможности при ведении беременных с ЭГЗ ..	63
3.4. Основные недочеты при перитоните и сепсисе.....	67
3.5. Анализ критических ситуаций.....	73

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	76
ВЫВОДЫ	80
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	82
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	83

.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АКС - анализ критических ситуаций
- ВОП – врач общей практики
- ДН – дыхательная недостаточность
- ЖДА – железодефицитная анемия
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- МС - материнская смертность
- НАМ – надвлагалищная ампутация матки
- ОДН – острая дыхательная недостаточность
- ОЖГБ – острый жировой гепатоз беременных
- ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
- ОПН – острая почечная недостаточность
- ОППН – острая почечно-печеночная недостаточность
- ОРДС (РДСВ) – острый респираторный дистресс синдром
- ОРИ/ОРВИ – острая респираторная/вирусная инфекция
- ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
- ОССН – острая сердечно-сосудистая недостаточность
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
- ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- СВП – сельский врачебный пункт
- СЗП – свежзамороженная плазма
- СЛН – сердечно-легочная недостаточность
- СП – семейная поликлиника
- СПОН - синдром полиорганной недостаточности
- ССВО - синдром системного воспалительного ответа
- ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии
- ЭВМ - электронно-вычислительная машина
- ЭГЗ - экстрагенитальные заболевания
- ЭОВ - эмболия околоплодными водами

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Значимость материнской смертности (МС) в современном мировом сообществе сложно переоценить. Её уровень является ярким и основополагающим индикатором социального благополучия, экономического развития и цивилизованности любого государства [37, 63]. МС — один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Основные показатели здоровья населения зависят в первую очередь от социальных условий. Если отдельно рассмотреть МС, то она связана с условиями жизни, здоровьем беременных и уровнем медицинской помощи [63].

Ежегодно в мире от осложнений беременности и родов умирают около 536 тыс. женщин. Среднемировой показатель МС оставляет 400 случаев на 100 тыс. живорожденных, варьируя от 9 развитых странах до 450 в развивающихся странах [128]. По уровню МС Узбекистан занимает промежуточное место между развитыми и развивающимися странами.

Снижение МС является одной из восьми Целей развития тысячелетия (ЦТР), принятых на Саммите тысячелетия в 2000 году [101, 114]. В рамках контроля за достижением ЦТР 189 стран, в том числе Правительство Республики Узбекистан, взяло на себя обязательства снизить показатель материнской смертности МС к 2015 г. по сравнению с 1990г. на $\frac{3}{4}$ [88]. В связи с этим следует считать, что снижение материнской смертности в республике относится к числу наиболее актуальных проблем.

Резерв снижения смертности составляют предотвратимые случаи смерти. В последние годы уделяют большое внимание изучению больных, оказавшихся на грани смерти, «чуть не умерших», «едва выживших», «оставшихся на волоске», «near-miss» [90, 116, 119, 152] Анализ этой группы считается важным показателем для оценки качества акушерской помощи и совершенствования службы родовспоможения.

По уровню смертности нельзя судить о причине, по которой умирают матери: кто они, как можно было бы избежать смерти, какие лечебные и/или превентивные меры могли бы их спасти. Чтобы понять причину смерти среди матерей, ВОЗ разработала проект «Что кроется за цифрами» 2004 г. для того, чтобы иметь возможность проводить эффективный анализ случаев смерти среди матерей и случаев осложнений.

Поэтому весьма актуальным является дальнейшее изучение МС, выявления основных её причин, а также анализ критических случаев для определения возможных резервов в предотвращении материнской летальности.

Степень изученности проблемы. Женщины умирают в самом расцвете лет: они так важны для общества и экономики; они поддерживают следующее поколение; они составляют более половины рабочей силы. Сохранение высоких уровней смертности среди матерей и детей младшего возраста является глобальным «коллективным провалом» [113]. Трагедия заключается в том, что матери умирают не от болезней, а в процессе рождения новой жизни [61].

Более 80% случаев МС можно предупредить или не допустить. Для этого не надо ограничиваться только подсчетом количества смертельных случаев, а необходимо понимать причины, приводящие к смерти и искать пути их предотвращения [6, 29, 81, 122].

Перечень прямых и косвенных причин МС един повсеместно и хорошо известен, хотя доля отдельных факторов колеблется в различных популяциях. К прямым причинам относят смерть в результате акушерских осложнений в ходе беременности, в родах или послеродовом периоде, от вмешательств, упущений, неправильного лечения или от цепи событий, последовавших как результат любого из вышеупомянутых. К непрямым причинам относят смерть в результате предшествовавшей болезни или болезни, возникшей во время беременности, болезни, которая не была

результатом прямой акушерской причины, но была усугублена физиологическими эффектами беременности [79].

Проблеме МС и путям ее снижения посвящено достаточно работ, появившихся в последнее десятилетие [18, 17, 30, 42, 55, 57, 58, 74, 80, 83, 93]. Исследования проводились в различных аспектах: изучение причин и структуры материнских потерь, влияние клинических, медико-социальных и организационных факторов, как на общегосударственном уровне, так и на региональном с учетом территориальных и демографических особенностей. В дальнейшем характеристика МС в отдельных регионах нашла отражение в работах многих авторов [18, 20, 42, 57, 58, 74]. Поэтому и в настоящее время также не вызывает сомнения целесообразность регионального подхода к изучению причин МС и факторов, ее определяющих. Для выделения региональных особенностей материнских потерь имеет значение анализ динамики показателя и причин МС отдельной административной территории.

С позиции доказательной медицины важно проведение исследования роли различных факторов, обуславливающих уровень летальности при различных причинах МС, в группах сравнения: материнских потерь и с благоприятными исходами при равнозначных случаях тяжелых акушерских осложнений. Случаи опасных для жизни осложнений или, как ещё принято говорить, «критические случаи» или случаи «near miss» происходят значительно чаще, нежели случаи материнской смертности. Поэтому их анализ позволяет более достоверно судить об основных факторах риска для здоровья матери, а также о том, какие из этих факторов можно устранить или исправить [110, 111, 131, 147]. Устоявшихся определений понятий «критический случай» не существует. Главное, чтобы определения, используемые при анализе, соответствовали местным условиям и служили целям улучшения положения вещей в родовспоможении [98, 110].

По рекомендациям и при непосредственной поддержке ВОЗ и ЮНФПА с 2005 года в Узбекистане происходит внедрение Аудита Критических Состояний (АКС), в связи, с чем МЗ РУз. был подписан приказ №428 « О внедрении конфиденциального расследования критических случаев (КРКС), угрожающих жизни женщины в родовспомогательных учреждениях системы Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан»[52]

Цель исследования: Разработать комплекс мероприятий по профилактике материнской смертности, обосновать резервы её дальнейшего снижения в Республике Узбекистан с использованием современных информационных технологий.

В ходе выполнения НИР для достижения поставленной цели будут решены следующие **задачи:**

1.Провести анализ причин МС при акушерских кровотечениях, гипертензивных состояниях, ЭГЗ и послеродовых септических осложнениях, выделить основные упущения и неиспользованные возможности.

2.Разработать и апробировать компьютерную программу для учета и первичной обработки данных историй родов, закончившихся МС.

3.Провести анализ акушерских критических ситуаций для оценки эффективности мероприятий по предупреждению МС.

Объект и предмет исследования.

Объектом исследования явились 83 историй родов, закончившихся летальным исходом, отобранных методом случайной выборки из разных регионов республики за последние 10 лет. Так же нами проведен экспертный анализ 15 критических ситуаций во время родов с определением эффективных методов предотвращения МС.

Методы исследования.

Клинический анализ (изучение жалоб, жизненного, акушерского и гинекологического анамнеза, данных общих и биохимических показателей

анализов крови, мочи, выделений из цервикального канала, влагалища, уретры, коагулограмм, результатов УЗИ и др. исследований). Тщательно изучались записи осмотров, консилиумов и заключений акушер - гинекологов, анестезиологов, терапевтов и других специалистов, а также оперативных пособий и операций. Оценивались временной фактор, кровопотеря, объем и качество инфузионно-трансфузионной терапии, анестезиологической помощи, качество медикаментозной терапии; статистический анализ, использована электронная программа для первичной обработки данных.

Научная новизна.

В работе приводится подробный анализ случаев материнской смертности с определением неиспользованных возможностей с учетом конкретных акушерских и организационных причин и ситуаций. Впервые проведен анализ критических ситуаций в акушерстве и оценка правильности предложений по предупреждению материнской смертности в зависимости от акушерских осложнений. С развитием новых информационных технологий назрела практическая необходимость разработки и использования компьютерных программ для регистрации и обработки первичных данных каждого случая МС. В Республике подобного опыта не обнаружено. Все вышесказанное обусловило наш выбор цели и задач исследования.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Для внедрения в практику разработана и апробирована электронная программа регистрации и количественной оценки случаев материнской смертности. Для практического здравоохранения предложены профилактические мероприятия по снижению материнской смертности с учетом регионализации оказания акушерской помощи.

Реализация результатов исследования в практику. Результаты работы внедрены в практику акушерского комплекса №9 г. Ташкента и Республиканского Перинатального центра. Получено удостоверение на

рационализаторское предложение «Способ регистрации и обработки данных случаев материнской смертности с помощью электронной программы» за №648 от 18.02.2013 года.

Апробация работы. Фрагменты работы доложены на конференциях «Актуальные проблемы акушерства и гинекологии» (Ургенч, 2011), «Дни молодых ученых» (Ташкент, 2012)

Опубликованность результатов работы.

По теме диссертации опубликованы 2 журнальные статьи и 3 тезиса в республиканских журналах и сборниках.

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 80 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы материалы и методы исследования, одной главы собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы включающего 161 источника, в том числе 73 иностранных. Работа иллюстрирована 11 таблицами и 6 рисунками.

ГЛАВА 1

ПРОБЛЕМА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

1.1. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДЕФИНИЦИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотр, 1992 г (МКБ-10), ВОЗ определяет материнскую смерть как: “Смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания (независимо от ее продолжительности и локализации) от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины”.

Это определение позволяет выявлять случаи материнской смерти как непосредственно, так и косвенно связанные с акушерскими причинами. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, — это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин.

Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, — это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности. [128].

Во всем мире около 80% случаев смерти матерей вызвано прямыми причинами. Четырьмя основными причинами являются сильное кровотечение (в основном, послеродовое кровотечение), инфекции (в основном, сепсис), гипертензивные нарушения (обычно эклампсия) и затрудненные роды. 13% случаев смерти матерей вызваны осложнениями после небезопасного аборта. Косвенными причинами (20%) материнской

смертности являются болезни, осложняющие беременность или усугубляемые беременностью, такие как малярия, анемия, ВИЧ/СПИД и сердечнососудистые заболевания [149].

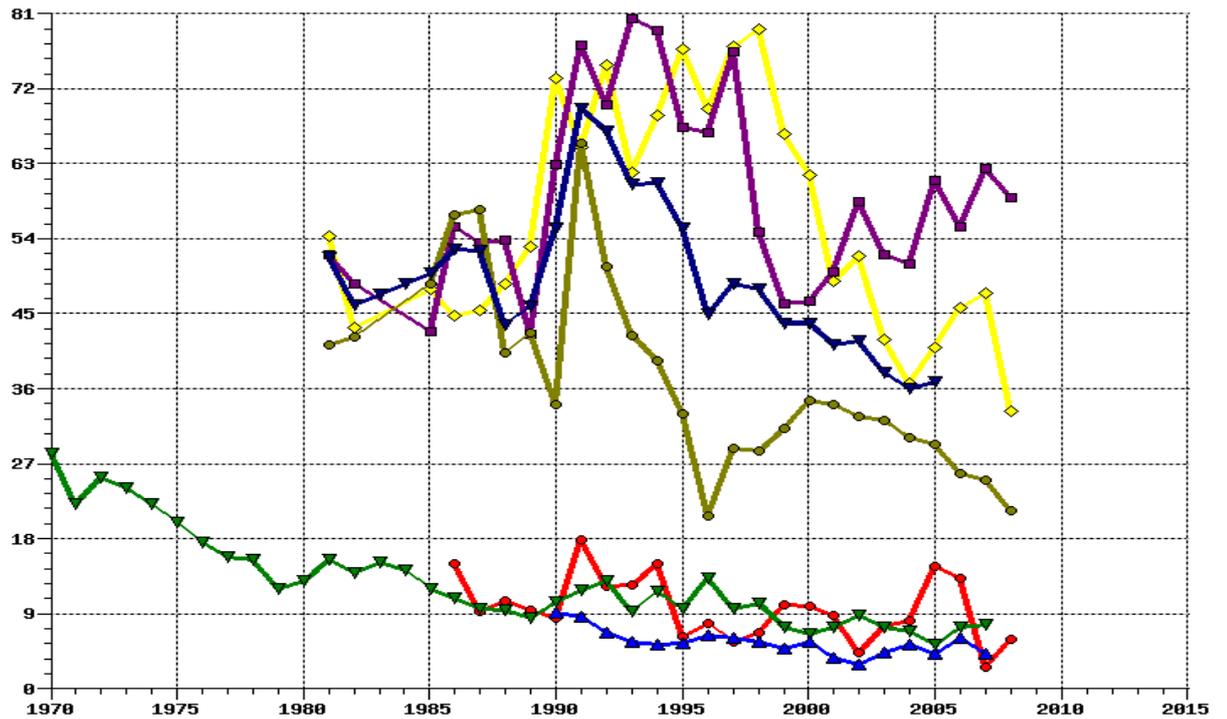
Точное определение причин материнской смерти не всегда возможно, особенно там, где роды происходят преимущественно на дому и где отсутствует адекватная система записи актов гражданского состояния с правильным определением причин смерти. В этих случаях определение материнской смерти по МКБ-10 может быть не применимо [105].

Повышение доступности современных методов и технологий поддержания жизни увеличивает число женщин, выживающих после осложнений беременности и родов, и отодвигает летальный исход за пределы 42 дней после родов. Несмотря на то, что причинами этих смертей являются события, связанные с беременностью, они не регистрируются как материнские смерти в стандартных системах записи актов гражданского состояния. Чтобы включить случаи отсроченной смерти, произошедшей между 6 неделями и годом после родов, в МКБ-10 включено понятие «поздняя материнская смерть». Его применяют в некоторых странах, особенно с развитой системой записи актов гражданского состояния.

Число материнских смертей в популяции зависит от двух показателей: риска смерти во время одной беременности (или риска смерти во время одной беременности, закончившейся рождением живого ребенка) и числа беременностей или родов у женщин детородного возраста.

Данные изучения организационно-клинических аспектов проблемы материнской смертности, опубликованные в новейшей истории Узбекистана, характеризуют ее уровень и основные причины в Республике [43, 88], отдельных областях: Самаркандской [19], Андижанской [46], Кашкадарьинской [44, 77, 87], Наманганской [14].

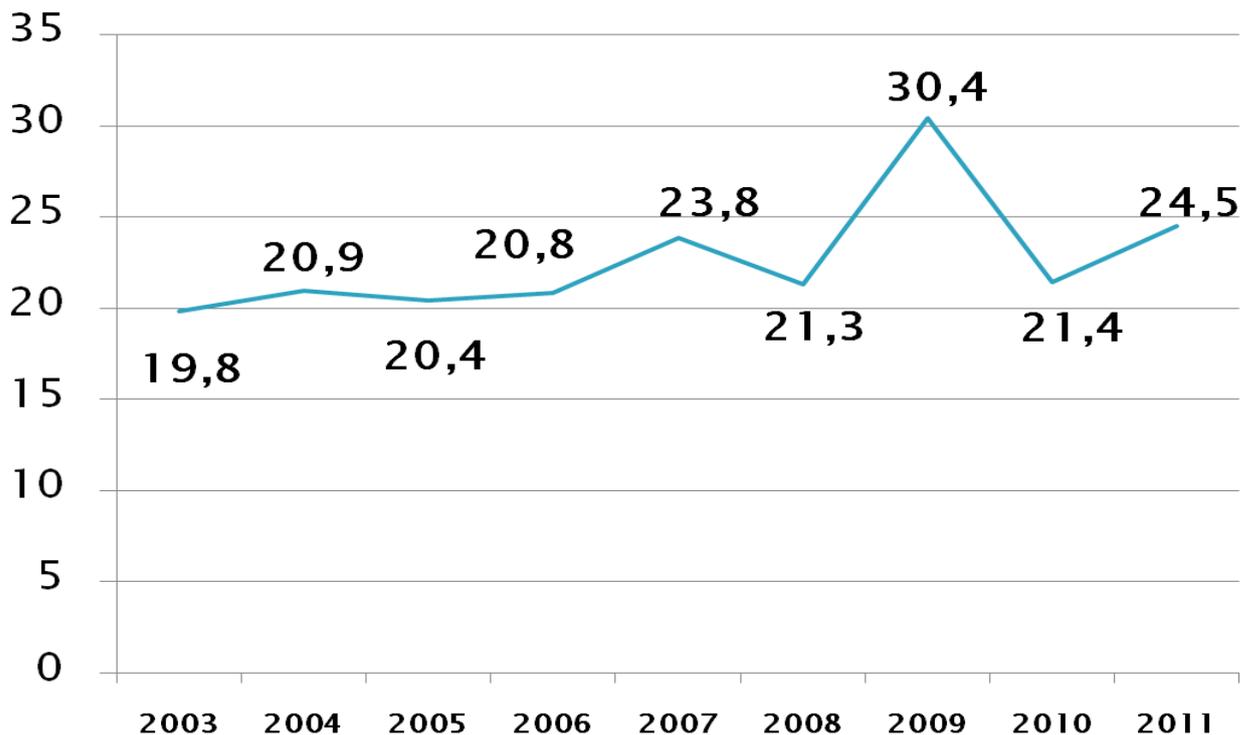
Материнская смертность в РУз ниже, чем в большинстве стран СНГ, но более чем в 2 раза выше по сравнению со странами Центральной и Восточной Европы [3](рис.1.1).



-Киргизия - Казахстан -ЦАРК -Узбекистан -Франция -Чехия -Германия

Рис.1.1. Динамика материнской смертности в Европейских странах

С 1991 г. показатель МС в Узбекистане снизился более чем в 2 раза: с 65.3 до 30.2 на 100 тыс. живорожденных. К наиболее неблагоприятным регионам по уровню МС относятся Новойская, Хорезмская, Ташкентская области и город Ташкент. [45](рис.1.2)



**Рис.1.2. Интенсивный показатель Материнской Смертности
в Республике Узбекистан. (2003-2011гг.)**

В городе Ташкенте, население которого составляет 8,1% всего населения республики, проводится около 6,1% от общего числа родов в республике, что обусловлено особенностью репродуктивного поведения женщин крупного столичного региона – более низкой рождаемостью в сравнении с сельским населением республики. Однако число умерших женщин в г. Ташкенте равно 6,5% от всех материнских потерь в республике. Традиционно более высокий показатель материнской смертности в городе Ташкенте в сравнении со среднереспубликанским обусловлен концентрацией в столичных родовспомогательных стационарах более тяжелого контингента женщин.

В доступной литературе мы встретили единственную публикацию Ю.К. Джаббаровой и соавт. (2003) по проблеме материнской смертности в городе Ташкенте [13]. Особое внимание также уделяется изучению патогенеза, диагностики и лечения отдельных видов патологии, относящихся к ведущим причинам материнской смертности [14, 71]. Упомянутые исследования способствовали повышению эффективности медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, что определило положительную динамику показателя – снижение уровня материнской смертности как в целом по республике, так и в ее столице – городе Ташкенте.

Коэффициент Материнской Смертности (КМС) — это число материнских смертей, поделенное на число случаев рождения живых детей. Этот показатель отражает риск материнской смерти относительно числа новорожденных.

Показатель материнской смертности (ПМС) — это число материнских смертей, поделенное на число женщин детородного возраста. Он отражает не только риск смерти женщины во время беременности и родов,

закончившихся рождением живого или мертвого ребенка, но и фертильность в популяции.

Помимо КМС и ПМС, можно рассчитать риск материнской смерти в течение жизни взрослой женщины.

Хотя существуют общепринятые стандартизованные определения материнской смертности, ее точная оценка в популяции затруднена по нескольким причинам. Во-первых, трудно точно определить число материнских смертей, особенно если регистрация смерти в рамках записи актов гражданского состояния неполноценна и смерть женщины детородного возраста может быть не зарегистрирована. Во-вторых, если смерть женщины зарегистрирована, может быть неизвестно, что она была беременна, следовательно, этот случай смерти не будет отнесен к случаям материнской смерти. В-третьих, в большинстве развивающихся стран, где отсутствует система выдачи врачебных заключений о причинах смерти, выявление случаев материнской смерти представляет большие трудности [128].

Даже в развитых странах, где существует стандартная система регистрации смерти, число материнских смертей может быть занижено, а определение их истинного числа может потребовать дополнительного изучения причин смерти [118, 114, 117, 106, 104, 134].

1.2. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В структуре материнских летальных исходов удельный вес медицинских причин, по мнению ряда экспертов, составляет от 10 до 15 %. 85-90 % приходится на дефекты в организации родовспоможения, экологию, питание, вопросы, законодательства (брачный возраст), образование. В значительной степени структура причин материнских потерь в Узбекистане отличается от таковой в развитых странах. Европы и Америки, где по данным ряда авторов, более совершенная система родовспоможения; являющаяся отражением высокого уровня; жизни,

широкое применение: современных медицинских, технологий; позволяют ограничивать число случаев материнских- летальных исходов такими труднопредотвратимыми осложнениями как: тромбоземболия, или тяжелая экстрагенитальная патология [11, 67, 91, 100,](рис.1.3).

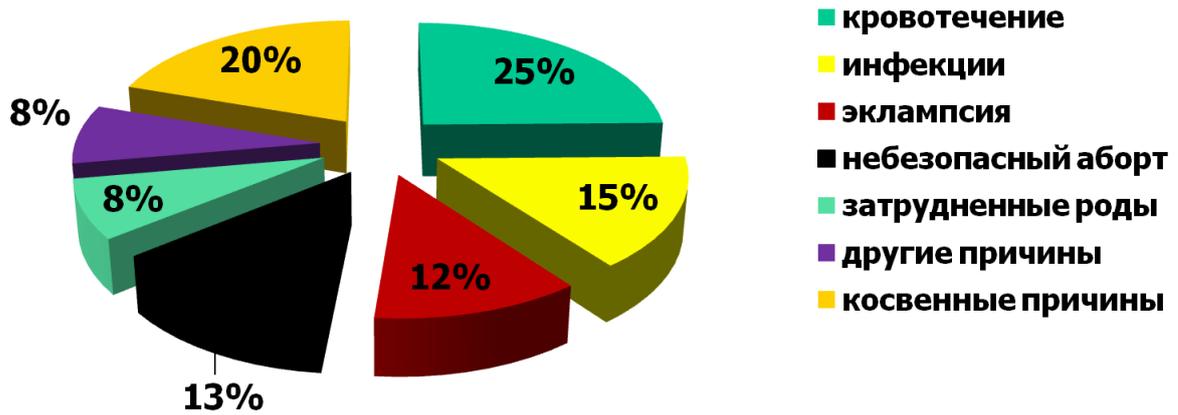


Рисунок 1.3. Причины материнской смерти в мире – 80% прямые причины, 20% косвенные причины [149]

Общепризнано, что чем выше уровень жизни общества, тем меньше в структуре материнских потерь доля таких причин, как кровотечения, преэклампсии и сепсис, которые на протяжении; многих лет в Республике Узбекистан занимают лидирующие позиции, в то время как в большинстве развитых стран составляют всего 5-10 % [5, 51, 151]. (рис.1.4)

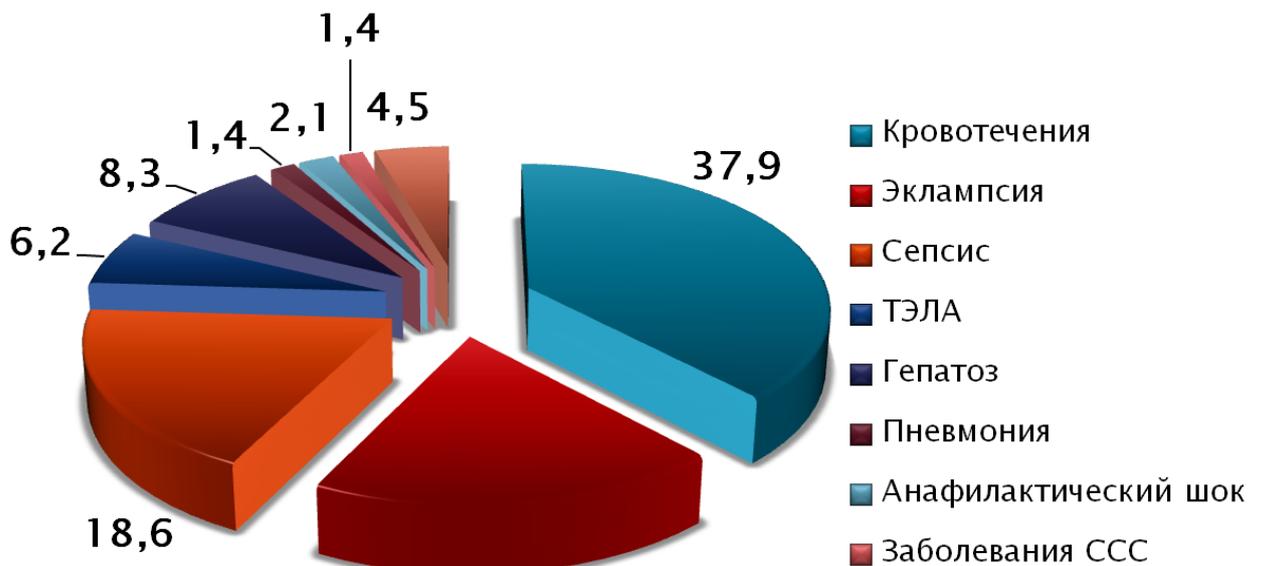


Рисунок 1.4 Причины материнской смертности в Республике Узбекистан 2011 г.

1.2.1. Акушерские кровотечения – одна из основных причин материнской смертности.

Кровотечение, как причина материнской заболеваемости и смертности, в течение длительного периода занимает одно из ведущих мест во всем мире. По оценкам большинства экспертов, эта патология входит в пятерку основных причин материнской смертности, ежегодно унося более ста тысяч жизней. Коварство и стремительный характер развития этой патологии известны каждому практикующему акушеру-гинекологу, что заставляет с особой серьезностью относиться к появлению малейших признаков кровотечения, принимать решительные меры в случае развития полной клинической картины.

Несмотря на значительные успехи в области разработки и внедрения методов лечения, профилактики акушерских кровотечений, основа спасения жизни и выздоровления пациентки лежит в эффективной и четко организованной работе мультидисциплинарной команды, способной оказать своевременную и качественную медицинскую помощь. Немаловажную роль в этом смысле играют единые выработанные подходы и стандарты оказания квалифицированной помощи.

Огромные усилия Министерства Здравоохранения, ведущих специалистов и международных организаций имеют цель снизить показатели материнской смертности в Узбекистане путем внедрения новых технологий, методов профилактики и лечения основных видов акушерской патологии.

Ранние послеродовые кровотечения составляют большую часть всех акушерских кровотечений [112, 137, 144]

Согласно официальным определениям ВОЗ ранним послеродовым кровотечением следует считать кровопотерю через генитальный тракт в

объеме 500 мл и более в течение 24 часов после родов, в то время, как поздним послеродовым кровотечением называется патологическая кровопотеря из генитального тракта спустя 24 часа и вплоть до окончания 12 недели после родов [94, 25]

Согласно данным ВОЗ ежегодно 127 тысяч женщин (25%) в мире погибают от кровотечений. По данным ряда авторов акушерские кровотечения как основная причина материнской смертности составляют в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина - 42%, как фоновая до 78%. [70]. Частота акушерских кровотечений колеблется от 2,7 до 8 % по отношению к общему числу родов. При этом 2-4 % кровотечений связаны с гипотонией матки в последовом и в послеродовом периодах, 0,8-0,9 % из них возникают при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и предлежании плаценты [31, 65].

Постепенно приходит осознание, что акушерские кровотечения приводят к неблагоприятному исходу лишь в случаях нарушения гемостаза. Гипотонические кровотечения всегда поддаются терапии, а без коррекции гемостаза справиться с массивными кровотечениями крайне трудно. Отработанные мероприятия по остановке кровотечений остаются незыблемыми, но они должны дополняться современными технологиями.

Научный анализ свидетельствует: массивное кровотечение всегда сопровождается нарушениями гемостаза и геморрагическим шоком. Если беременная подойдет к родам на фоне гипокоагуляции или выраженной тромбофилии с нарушениями гемостаза, следует ожидать массивного кровотечения. Поэтому его можно предупредить и правильно проводить интенсивную терапию.

Согласно сведениям литературы, в большинстве случаев массивных кровотечений можно ориентироваться по клинике, так как массивное кровотечение возникает на определенном клиническом фоне [63].

Научные исследования позволили достичь значительных положительных сдвигов в проблеме профилактики и лечения

кровотечений. Важнейшими из них были: выявление особенностей акушерского геморрагического шока в зависимости от его причины; совершенствование интенсивной терапии, что позволило повысить эффективность лечебных мероприятий при геморрагическом шоке; широкое внедрение в клиническую практику утеротонических средств, приведшее к определенным успехам в профилактике и лечении гипотонических кровотечений; открытие и изучение механизмов развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови как компонента патогенеза множества патологических состояний в акушерстве; появились новые сведения о механизмах развития синдрома массивных трансфузий, возможности использования в акушерской практике необходимых компонентов и препаратов крови; выделены беременные высокого риска развития кровотечения во время родов [31, 65].

Анализ структуры причин материнской смерти по Республике Узбекистан в 2011 году показал, что также как и во всем мире, на первом месте стоят кровотечения, которые составили 37,9%.

Анализ структуры акушерских кровотечений выявил, что частота кровотечений составила 37,9%. Из них 38% составили гипотонические и атонические кровотечения, 33% - ПОНРП, 5% -разрыв матки и 33% коагулопатические кровотечения. Необходимо отметить, что в (52,2%) случаев кровотечения возникли на фоне гипертензивных состояний различной степени тяжести. [72](рис.1.5)

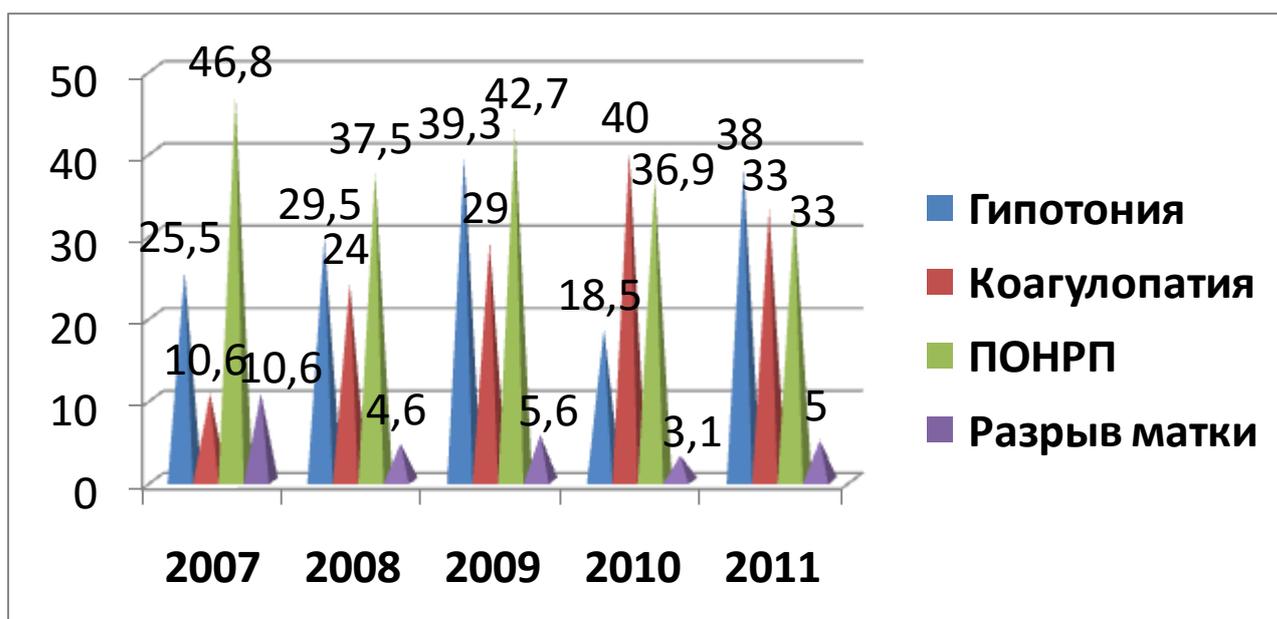


Рис.1. 5 Структура акушерских кровотечений

Массивные кровотечения являются одной из основных составляющих критических состояний в акушерстве. [65]. Женщина, имеющая такое опасное осложнение, или выживает, или погибает и пополняет материнские потери. Соотношение критических состояний и случаев материнской смерти в развитых странах составляет 117 на 1 летальный исход. [153], в развивающихся странах, соответственно, -5-6 на 1 случай материнской смертности [82]. Материнская смертность является показателем эффективности службы родовспоможения, качества акушерской помощи.

Кровотечение, самое драматичное осложнение акушерской практики, и в XXI веке остается одной из главных причин материнской смертности во всем мире. Согласно данным ВОЗ, акушерские кровотечения являются причиной 25-30% всех материнских смертей. [149]. Риск смертей от кровотечения, связанного с беременностью и родами, в развитых странах соответствует 1:100000, в развивающихся странах достигает 1:1000 родов. [136].

В Республике Узбекистан, несмотря на снижение показателя акушерских кровотечений в структуре смертности и снижение материнской смертности в целом, кровотечения остаются в числе ведущих

причин смертности во время беременности, родов и послеродового периода.

Анализ смертей от кровотечений при беременности и во время родов свидетельствует, что фактически в каждом таком случае неблагоприятный исход определяет сочетанное влияние объективных и субъективных факторов.

Объективные факторы включают фоновые экстрагенитальные заболевания, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, осложнения беременности и родов, предлежание плаценты, преждевременной отслойкой плаценты, placenta accreta, задержкой последа и его частей, преэклампсией, анемическим синдромом и др.

К субъективным факторам относятся: 1) недооценка объективных факторов и их роли как провокаторов кровотечения и плохой переносимостью кровопотери, 2) недооценка кровопотери и ситуации в целом, 3) неправильная и запоздалая помощь во всех направлениях. Это неверный выбор метода родоразрешения, несвоевременность и неверный выбор методов остановки маточного кровотечения, ошибки трансфузионно-инфузионной тактики, ошибки профилактики и лечения коагулопатий и др. [54].

Причиной материнской смертности являются массивные кровотечения, с кровопотерей более 30% ОЦК (т.е. более 1500 мл), которые практически всегда сопровождаются гемокоагуляционными нарушениями.

Чаще всего массивные кровотечения возникают при тотальной отслойке нормально расположенной плаценты, тяжелой преэклампсией. К другим причинам относятся « послешоковые » состояния (эмболия околоплодными водами-плевропульмональный шок; анафилактический шок на растворы, донорскую кровь; септический шок), разрыв матки, предлежание плаценты.

Факторами риска развития акушерских кровотечений являются ПЭ, аутоиммунные нарушения, наследственные и приобретенные заболевания свертывающей системы крови, антенатальная гибель плода, миома матки и аномалии ее развития [33]

1.2.2. Преэклампсия и эклампсия как ведущая причина материнской смертности

Гипертензивные расстройства при беременности продолжают оставаться одной из основных причин материнской смертности во многих странах. Данные состояния также ассоциируются с высоким риском мертворождения и смерти в неонатальном периоде, рождением недоношенных детей. Показано, что у женщин с развившейся преэклампсией относительный риск родить мертвого ребенка составляет 9,6 по сравнению с женщинами, у которых беременность протекала нормально.

Рекомендуется использовать классификацию гипертензивных расстройств при беременности, предложенную ВОЗ [24,49, 78](табл.1.1)

Диагноз и номенклатура гипертензивных расстройств при беременности должны быть основаны на определениях гипертензии и протеинурии, использованных в вышеуказанной классификации.

Таблица 1.1

Классификация гипертензивных расстройств при беременности.

Диагноз	Определение
Хроническая гипертензия	Гипертензия, диагностированная до беременности или в течение первых 20 недель гестации, не исчезающая через 12 недель после родов. Уровень артериального давления при данном виде патологии составляет 140/90 mm Hg или выше.
Гестационная	Подъем АД во второй половине беременности при

гипертензия	<p>условии, что отсутствует протеинурия; уровень артериального давления возвращается к норме в течение 12 недель после родоразрешения. Диагноз является временным до тех пор, гестационная или эссенциальная гипертензия не подтвердится в послеродовом периоде.</p>
Прееклампсия-эклампсия	<p>Гипертензия от легкой до тяжелой степени при наличии протеинурии (более 0,3 г/сутки), необходимо иметь в виду, что протеинурия не всегда обнаруживается у пациенток с преэклампсией. Обычно диагноз выставляется после 20 недель гестации, кроме случаев беременности, осложненной пузырным заносом. При отсутствии протеинурии, преэклампсию следует подозревать, если имеется повышение АД, пациентка предъявляет жалобы на головную боль, нарушения зрения, боли в эпигастральной области. Другие индикаторы состояния включают повышение уровня креатинина ($> 106,08$ мкмоль/л), снижение количества тромбоцитов $< 100,000$ клеток /мм³, доказательства наличия микроангиопатической гемолитической анемии, повышение уровня печеночных ферментов (АЛТ или АСТ). В некоторых случаях гипертензия может быть легкой, лабильной или вообще отсутствовать. Эклампсия определяется как наличие судорожных припадков с невыясненной причиной у женщин с преэклампсией.</p>
Прееклампсия в сочетании	<p>в с Прееклампсия у женщин с фоновой эссенциальной гипертензией.</p>

<p>хронической (эссенциальной или симптоматической) гипертензией</p>	<p>Вследствие того, что такое сочетание увеличивает риск развития осложнений у матери и плода в сравнении с данными видами патологии в отдельности, приемлемо использовать высокий индекс подозрения. Вероятность присоединения преэклампсии достаточно высока при первом обнаружении протеинурии до или после 20 недель беременности, внезапном увеличении количества теряемого с мочой белка или резкого повышения уровня АД у женщин с контролируемой эссенциальной гипертензией.</p>
--	--

Преэклампсия – это осложнение беременности, возникающее во второй ее половине и характеризующееся появлением артериальной гипертензии и протеинурии. Частота преэклампсии по данным литературы составляет от 7 до 16%. Преэклампсия развивается у 6 – 12% здоровых беременных и у 20 – 40% беременных, имеющих экстрагенитальную патологию. По данным ВОЗ в структуре материнской смертности преэклампсия занимает одно из первых мест, являясь причиной наступления преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, рождения детей с малой массой тела. [50,127]

Материнская смертность при эклампсии в развитых странах варьирует от 0,4 до 7,2%, а по некоторым данным до 20 %[9, 67, 129, 154] в развивающихся - от 6,7 до 14%, а при затруднении транспортировки пациентки в стационар может достигать 25%. [32, 75, 89, 133, 145, 154] Изучение причин смерти при эклампсии по данным литературы показало, что наиболее часто женщины умирали от поражений головного мозга (ишемия, отек, кровоизлияние), острой почечно-печеночной

недостаточности, кровотечения, ДВС-синдрома, сепсиса.[59, 133] В большинстве случаев недооценка степени тяжести гипертензивных состояний во время беременности и не верная тактика приводят к потерям со стороны матери.[7, 27, 28, 38, 76, 125]

Гипертензия во время беременности в 23% случаях приводит к рождению детей с крайне низкой массой тела, а в 18,6% случаев служила причиной перинатальных потерь [47, 155].

Согласно данным некоторых авторов, преэклампсия чаще развивается при ГБ, ожирении и реже – при патологии почек [1]. По мнению Г.М. Савельевой [60], преэклампсия возникает с одинаковой частотой (85%) при ожирении, ГБ и эндокринопатиях, реже (77%) – при почечной патологии и всегда (100%) – при наличии у беременных сочетания нескольких экстрагенитальных заболеваний.

В мировой акушерской практике, как отмечает В.М. Sibai [2005], достаточно давно известны случаи развития эклампсии при относительно невысоком артериальном давлении (АД). Примерно у 20% женщин с эклампсией уровень АД составляет 140-160/90 мм рт. ст.

По мнению И.С. Сидоровой и соавт. [2008], у беременных с исходной гипотонией повышение АД также может быть умеренным. Проведенными исследованиями доказано, что степень тяжести преэклампсии не имеет прямой зависимости и от отечного синдрома. Известны безотечные формы преэклампсии, которые являются наиболее опасными и неблагоприятными в прогностическом плане, сопровождающиеся высокой перинатальной смертностью.

Проблема преэклампсии на фоне анемии также сохраняет свою актуальность, поскольку остается одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. У 40% беременных с анемией диагностируют преэклампсию [85]. Многие авторы полагают, что она возникает вследствие нарушения адаптации организма пациентки к беременности, а анемия беременных – в связи с железодефицитом.

Согласно современным представлениям, такой механизм может быть связан с изменениями в системе перекисного окисления липидов – антиоксидантной системе (ПОЛ-АОС). [7].

Одним из основных факторов, лежащих в основе развития преэклампсии, является дисфункция эндотелия сосудов, характерной чертой которой принято считать нарушение микроциркуляции и присоединение внутриутробной гипоксии. [8, 107, 120].

По данным одного из последних систематических обзоров, к числу традиционных факторов риска развития преэклампсии относят первые роды, указание на преэклампсию в предыдущих родах, отягощенный семейный анамнез, избыточную прибавку массы тела при данной беременности, ожирение, многоплодие, вышеупомянутые хронические состояния и заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсулиновая резистентность, гиперлипидемия) и генетическая предрасположенность [7].

Sh. Maunard et al. сообщают, что плацентарные факторы, лежащие в основе развивающихся в дальнейшем клинических проявлений преэклампсии, обусловлены генерализованным системным воспалением, основным компонентом которого является эндотелиальная дисфункция [130, 140, 132].

В литературе имеются сообщения о повышении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (даже со смертельными исходами) в более отдаленном будущем у женщин, перенесших преэклампсию, особенно при первых родах. В публикациях ряда стран (Норвегии, Ирландии, Шотландии, Израиля) суммарно на примере анализа исходов 800 тыс. беременностей было показано двукратное повышение риска смерти у перенесших преэклампсию пациенток, особенно при преждевременных родах. [126].

1.2.3. Роль ЭГЗ в структуре материнской смертности

Экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности.

Считается, что распространенность ЭГЗ среди беременных женщин растет. (рис.1.6)

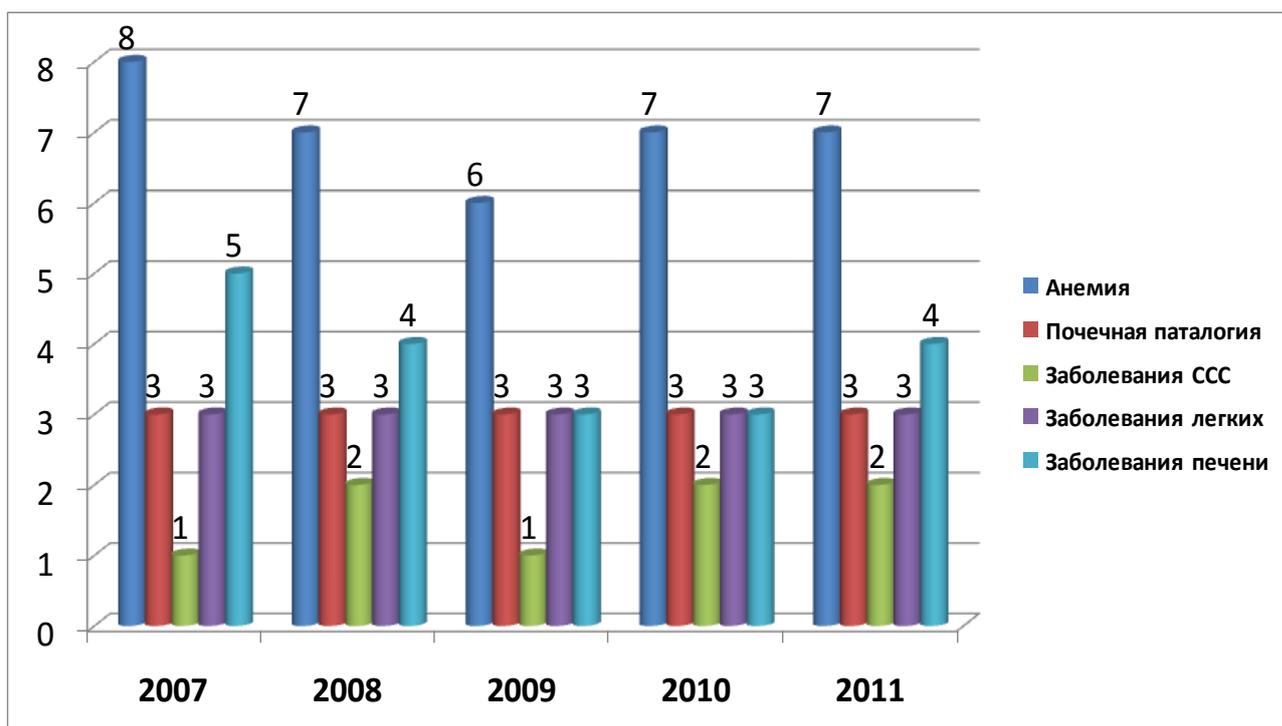


Рис.6 Экстрагенитальные заболевания зарегистрированные у умерших матерей.

Экстрагенитальные заболевания - серьезное препятствие дальнейшего снижения материнских потерь во всем мире не только как непосредственная их причина, но и как фактор риска развития сепсиса, осложнений гестоза, акушерских кровотечений и тромбозов [55]. Анемия различной этиологии как непосредственная причина летальных исходов при беременности и во время родов чаще регистрируется в странах латинской Америки и Африки, а также Южной Азии, где от нее ежегодно умирают от 16 800 до 28 000 матерей, и по данным ВОЗ этот показатель составляет 27194 на 100000 живорожденных детей [99]. По тем

заболеваниям, по которым имеются официальные данные МЗ РУз., напротив, в последние годы наблюдается стабилизация или даже тенденция к снижению показателей. Так, если в 2007 г. анемия наблюдалась у 80% беременных, то в 2011-м – у 70%, болезни системы кровообращения – у 10% и 20%, мочеполовой системы – стабильно составляют 30% женщин. Вместе с тем распространенность всех видов ЭГП в популяции беременных весьма высока и составляет (несмотря на молодой возраст) не менее 50%.

М.А. Репина (2005) полагает, что одна из причин данных колебаний заключается в различных подходах к диагностике, возможностях обследования, своеобразной «подстраховке» клиницистов в отношении диагноза патологического состояния. Не исключается и влияние определенных региональных факторов: в областях с наиболее высокой регистрацией экстрагенитальных заболеваний одновременно отмечается их наибольшая доля в структуре материнских смертей.

Все это определяет необходимость мультидисциплинарных подходов к ведению беременных с экстрагенитальной патологией и требует от клиницистов различных специальностей принятия своевременных и адекватных мер, направленных на профилактику развития критических, а зачастую некурабельных состояний [5]. При этом выполнение современных диагностических и лечебных мероприятий безусловно подразумевает определенный объем финансовых затрат, которые могут быть оправданы лишь в случае повышения результативности, то есть получения максимального результата (благополучного завершения беременности для матери и плода) при использовании ресурсов необходимых для обеспечения пациенток, страдающих экстрагенитальными заболеваниями, доступной, качественной и своевременной медицинской помощью [84].

Органические заболевания сердца встречаются у беременных женщин с частотой 10–40 на 1000 человек. Эта цифра не включает артериальную

гипертензию (АГ). Среди них наиболее часто встречаются врожденные и приобретенные пороки сердца, синдромы нарушения ритма и проводимости, «оперированное сердце». Приобретенные ревматические пороки сердца составляют, по данным разных авторов, от 75 до 90 % поражений сердца у беременных, частота выявления врожденных пороков сердца у беременных колеблется от 5 до 15 % [53].

Сердечно-сосудистые заболевания занимают основное место в структуре экстрагенитальной патологии у беременных, составляя около 80%, и до сих пор являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, имея четкую тенденцию к увеличению [22, 38, 76, 150, 160].

Острые респираторные вирусные инфекции могут развиваться в различные сроки гестации и рассматриваться как один из факторов риска осложнённой беременности, несмотря на то, что заболевание может протекать с умеренно выраженной клиникой.

В настоящее время отмечается высокая распространённость инфекционных заболеваний. Это, прежде всего, инфекционные заболевания дыхательных путей, которые представляют всё возрастающую из года в год социальную, медицинскую и экономическую проблему. В сложившейся ситуации ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции) играют ведущую роль [62].

ОРВИ - это большая группа заболеваний, возбудители которых (вирусы) проникают в организм через дыхательные пути, колонизируются и репродуцируются преимущественно в клетках слизистых оболочек респираторной системы и повреждают их [39]. По данным ВОЗ, ежегодная смертность от ОРВИ и их осложнений составляет почти 4,5 млн. человек (для сравнения ежегодная смертность от туберкулёза - 3,1 млн., гепатита В - 1,1 млн.). Трудности профилактики и терапии данной группы заболеваний связаны со многими факторами [16].

Нередко заболевания, приводящие к осложнённой беременности, к поражениям плода, протекают легко и не вызывают особой тревоги у врачей. Это касается, в частности, острых респираторных заболеваний (ОРВИ), которые встречаются у беременных, не вызывая серьёзной озабоченности. При этом в структуре экстрагенитальной патологии при беременности ОРВИ занимают первое место (более 2/3 от общей заболеваемости острыми инфекциями), что связано с высокой восприимчивостью беременных к вирусным инфекциям, склонностью к хронизации патологических процессов и обусловлено особенностями иммунитета беременных [4]. Во время беременности ОРВИ может развиваться в различные сроки гестации, в том числе непосредственно перед родами [68].

Выявлено, что заболевание чаще регистрируются во 2 триместре гестации, при этом клиническое течение ОРВИ у беременных имеет некоторые особенности: симптомы интоксикации наиболее выражены на ранних сроках. Однако даже стёртая картина и среднетяжёлые формы ОРВИ не исключают возникновения таких осложнений беременности как, хроническая фетопланцентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, раннее начало и быстрое прогрессирование преэклампсии.

Болезни печени у беременных могут быть непосредственно связаны с гестацией и сопутствовать ей. В первую группу входят синдром Шихана (острая жировая дистрофия печени), внутripеченочный холестаз беременных и HELLP-синдром. Вторую группу составляют заболевания, которые не связаны с беременностью, а возникают во время нее (например, острый вирусный гепатит) или беременность развивается на их фоне (хронический гепатит, цирроз печени, доброкачественная гипербилирубинемия).

Острая жировая дистрофия печени беременных (синдром Шихана, острый жировой гепатоз беременных, острая желтая атрофия печени и др.).

Это очень редкое (1 случай на 13 500 родов, 1,9% всех желтух, наблюдаемых у беременных), но опасное осложнение беременности. Материнская смертность при нем составляет 60-85% [56], плод погибает еще чаще.

Гепатоз беременных можно охарактеризовать как коварное заболевание. Его начало характеризуется завуалированным и скрытым течением. Нередко первые симптомы оцениваются как ОРВИ, пищевое отравление, гастроэнтерит, холецистит, вирусный гепатит. Манифестную стадию отличает особо тяжелое течение, почасовое нарастание симптомов полиорганной недостаточности, упорная резистентность к терапии, высокая материнская и перинатальная смертность. Только экстренное прерывание беременности на фоне интенсивной терапии позволяет снизить показатель материнской смертности до 22%. Если рассматривать структуру материнской смертности по Ташкенту, то за 1999 год смертность от ОЖГБ составляла 15,8% [40].

HELLP-синдром - тяжелое осложнение беременности, возникающее чаще в III триместре ее и характеризующееся определенным симптомокомплексом: гемолизом (H-hemolysis), повышением уровня ферментов печени (EL - elevated liver enzymes), тромбоцитопенией (LP - low platelet count). HELLP-синдром обычно, но не всегда развивается на фоне типичного гестоза. По клинической картине HELLP-синдром очень близок острому жировому гепатозу беременных [48], некоторые исследователи находят различия только на клеточном уровне. Материнская смертность при HELLP-синдроме составляет 3,5%, а перинатальная - 79% [146].

Заболевание возникает в 69% случаев во время беременности, чаще в 35 нед., но у 10% раньше 27 нед., а у 31% - в первую неделю после родов [146].

Наиболее частыми осложнениями HELLP-синдрома являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (22%) и острая почечная недостаточность (8%).

Острый вирусный гепатит - самое частое заболевание, сопровождающееся желтухой, причинно не связанное с беременностью.

Вирусный гепатит А во всех стадиях заболевания не является противопоказанием для родоразрешения путем кесарева сечения (по строгим акушерским показаниям), но предпочтение следует отдавать родоразрешению через естественные родовые пути. Во второй половине беременности обычно гепатит протекает тяжелее, чем в первой.

Острый вирусный гепатит В (ВГВ) протекает значительно тяжелее, чем ВГА, и представляет большую опасность для женщины и ее плода.

В отличие от ВГА, вирусный гепатит В представляет реальную угрозу для жизни женщины, плода и новорожденного. Ухудшение состояния во второй половине беременности может осложниться острой печеночной недостаточностью с энцефалопатией и комой, с высокой летальностью (летальность вне беременности составляет 0,4-2%, у беременных в 3 раза выше). К развитию острой печеночной энцефалопатии предрасполагают III триместр беременности, наличие гестоза, несвоевременная госпитализация вследствие запоздалой диагностики болезни[10].

ВГВ оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности. Ранний токсикоз возникает у 35% женщин, преэклампсия - у 22% (но не тяжелый). Преждевременные роды происходят у 38% рожениц. Кровотечения одни авторы отмечали не чаще, чем у здоровых женщин, другие указывают как характерное осложнение. Д.Д.Курбанов и соавт. (1993) наблюдали акушерские

осложнения со следующей частотой: угроза невынашивания - у 54%, преждевременные роды - у 47%, аномалии родовой деятельности - у 19%, кровотечения - у 12%, недоношенность - у 42%, гипотрофия плода - у 22%, перинатальная смертность - 14%. Послеродовые гнойно-септические заболевания учащены в связи с угнетением иммунного статуса не только за счет беременности, но и за счет гепатита, и активизации на этом фоне бактериальной микрофлоры.

Вирусный гепатит С (ВГС). При беременности ВГС, как и ВГА, особого влияния на течение гестационного процесса не оказывает.

У небеременных вирусный гепатит Е протекает преимущественно легко, как ВГА, а у беременных исключительно тяжело: 20% больных погибает, если заболевание возникает во второй половине беременности. Преобладают среднетяжелые (67,9%) и тяжелые (28,2%) формы течения болезни над легкими (3,9%). Молниеносное развитие острой печеночной недостаточности вне беременности происходит у 1-2%, а во время беременности - у 10-30%. ВГЕ протекает как фульминантный у 20-25% беременных, с высокой летальностью. Летальность при ВГЕ во II-III триместрах в 25-30 раз выше, чем при ВГВ. Тяжесть симптомов фульминантного гепатита возрастает с увеличением срока беременности; обычно заболевание приобретает фульминантное течение после 24 недель беременности. Наивысшая частота этой формы наблюдается в последнем триместре беременности и даже во время родов. Резкое ухудшение состояния происходит накануне родов или выкидыша. Фульминантный гепатит приводит к спонтанному прерыванию беременности (выкидыши, преждевременные роды), развитию печеночно-клеточной комы в течение 1-2 суток, выраженному геморрагическому синдрому (ДВС) с повышенной кровопотерей в родах, частой антенатальной гибелью плода. У женщин, больных

ВГЕ, часто рождаются мертвые (34,8%) или слабые дети, умирающие в первые 3 мес.

Особенностью тяжелых форм ВГЕ является внутрисосудистый гемолиз эритроцитов вследствие ДВС-синдрома с развитием почечно-печеночной недостаточности с энцефалопатией (у 48% больных). Процесс прерывания беременности в острой стадии ВГЕ никогда не бывает длительным, роды или поздний аборт продолжаются не более 4-5 часов. У 41% женщин возникают геморрагические осложнения в родах и раннем послеродовом периоде. ДВС- синдром является причиной кровотечений не только маточных, но и желудочно-кишечных, легочных, носовых, нередко смертельных.[85]

Ведущее место среди ЭГЗ у беременных после анемии занимает патология почек [85]. Частота острого и хронического пиелонефрита у беременных женщин колеблется от 1,5 до 7,2% [21, 36]. Материнская смертность от болезней почек в структуре ЭГЗ составляет 8-10% [2, 86], а в нашем регионе-35,4%.

На фоне хронического пиелонефрита у беременных довольно рано начиная с 20-22 нед развивается преэклампсия, нередко в тяжелой форме и неподдающаяся корригирующей терапии. А сочетание хронического пиелонефрита, тяжелой анемии и преэклампсии у беременной представляет реальную угрозу жизни матери и плода.

У беременных с хроническим пиелонефритом анемия отмечалась у 83,41%, преэклампсия- у 68,3% [21]. Среди 80 обследованных беременных женщин с приэклампсией сочетался с пиелонефритом в 50% и с анемией – в 47,5% случаев. С нарастанием тяжести преэклампсии увеличивается частота выявления заболеваний мочевыделительной системы от 62% до 91, 3%, ЖДА – от 54% до 73,3%. Анализ случаев при досрочном родоразрешении по медицинским показаниям в сроки 22-27 недель

показал, что таковыми были гипертензивный синдром, развившийся на фоне хронического пиелонефрита (50,0%) [15].

Пиелонефрит – самое частое заболевание почек у беременных, встречается приблизительно в 6 - 10% случаев, чаще при первой беременности, как правило, во второй её половине (в большинстве случаев на 20-26-й неделе). Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Так, почечная гипертензия наблюдается у 20%, преэклампсия – у 40% беременных с пиелонефритом, невынашивание беременности за счет преждевременных родов - у 30%. Перинатальная смертность составляет 25-50%.

По данным ВОЗ железодефицитной анемией (ЖДА) на земном шаре страдают более 800 млн человек - из ста больных девяносто пять - это женщины. Среди экстрагенитальной патологии у беременных ЖДА занимает первое место.

Актуальность проблемы ЖДА определяется высокой частотой этой патологии, которая в Узбекистане у женщин фертильного возраста достигает 70 %, а у беременных - 91,2 % [36].

По данным Уз НИИ АиГ даже у юных первородящих (17-20 лет) частота анемии превышает 80% (причём почти 95% из них страдали анемией с детства и не получали специфической терапии и профилактики).

По данным ВОЗ (1996) женщины с анемией в 5-10 раз чаще умирают во время родов, чем женщины с нормальным уровнем гемоглобина. Уровень гемоглобина менее 80 г/л снижает толерантность беременной к кровопотерям при родах. При гемоглобине 60 г/л циркуляторная декомпенсация становится очевидной при одышке и повышенном минутном объёме сердца в покое. Роды, аборт, кровотечения и другие осложнения могут привести к смерти рожениц. При падении гемоглобина ниже 40 г/л высока вероятность материнской смерти, вследствие анемической сердечной недостаточности и острой гипоксии. Даже потеря 100 мл крови у беременных с уровнем

гемоглобина ниже 40 г/л при родах может вызвать циркуляторный шок и смерть.

Анемия как симптом экстрагенитальных заболеваний (ревматизм, порок сердца, поражения почек, печени, желудочно-кишечного тракта) обнаруживается довольно часто - у 47-60% беременных. Содержание железа в сыворотке крови при этом - в пределах нормы [12].

1.2.4. Акушерский перитонит и сепсис как причина материнской смертности

Сепсис и связанные с ним осложнения продолжают оставаться одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. К примеру, в США сепсис является лидирующей причиной смерти среди пациентов отделений интенсивной терапии. Несмотря на значительные финансовые средства, вкладываемые в мероприятия по борьбе с патологией, ежегодно регистрируется более 750000 случаев сепсиса, а к 2010 году ожидается увеличение этого показателя до 934000. Анализ ситуации показывает, что увеличение количества случаев заболевания сепсисом является следствием старения населения, увеличением численности пациентов с нарушениями иммунной системы, ростом числа инвазивных вмешательств и использования протетических материалов. Возросла актуальность проблемы возникновения резистентности к антибиотикам у организмов, способных стать причиной развития сепсиса. Немаловажную роль играет повышение качества оказания медицинской помощи, в частности появление новых возможностей ранней и точной диагностики сепсиса.

Хотя количество случаев возникновения сепсиса у беременных и женщин в послеродовом периоде несравнимо ниже этого показателя в общей популяции, данный вид патологии также с уверенностью можно отнести к одной из пяти основных причин материнской смертности во всем мире. Сегодня во многих авторитетных литературных источниках

можно встретить данные о том, что несмотря на все различия в системах оказания медицинской помощи в развитых и развивающихся странах, методах лечения, и используемых классификациях при постановке диагноза, отношение количества установленных случаев сепсиса к количеству случаев смертности от этой патологии среди беременных составляет 72%.

Тем не менее очевидно, что у беременных пациенток исход заболевания и его прогноз более оптимистичны, а риск развития летального исхода намного ниже в сравнении с прочими категориями больных, и составляет по различным оценкам от 30 до 60%. Этот факт может быть объяснен отсутствием во многих случаях сочетанных и фоновых заболеваний, более молодым возрастом больных, анатомическими и физиологическими особенностями функционирования органов малого таза, являющихся потенциальными очагами инфекции при развитии сепсиса.

Так же как и во всем мире, сепсис и септический шок в акушерстве – одна из наиболее актуальных проблем системы охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане. До сегодняшнего дня в Узбекистане не существовало единого подхода к диагностике и лечению данных состояний.

Однако именно такая стратегия, а также слаженная работа специалистов, непосредственно вовлеченных в процесс оказания медицинской помощи женщинам с сепсисом и септическим шоком, является залогом успеха и выздоровления пациентки. [26]

Инфекция - феномен, характеризующийся развитием в тканях макроорганизма воспалительного ответа в качестве реакции на появление или инвазию микробных частиц.

Бактериемия- наличие микроорганизмов в крови. Данное состояние может быть транзиторным и не иметь клинического значения, наличие лишь бактериемии недостаточно для постановки диагноза «сепсис»

Синдром Системного Воспалительного Ответа - генерализованный воспалительный ответ организма на различные повреждения. Данный синдром клинически подтверждается наличием двух или более признаков: температура тела менее 36°C или более 38°C , частота сердечных сокращений больше 90 в минуту, частота дыхательных движений больше 20 в минуту, либо $\text{PaCO}_2 < 32$ мм. рт. ст., количество лейкоцитов в периферической крови $> 12000/\text{мм}^3 < 4000/\text{мм}^3$, либо наличие более 10% незрелых форм.

Сепсис - системный ответ организма на инфекцию.

Тяжелый сепсис- сепсис, сочетающийся с развитием органной недостаточности

Септический шок- сепсис, сочетающийся с гипотензией, рефрактерной к инфузионной терапии [97].

Септический шок в акушерстве в развитых странах относительно редок, хотя в мире инфекции стоят на третьем месте в структуре материнской смертности-15%. В развивающихся странах септический шок, связанный с септическим абортom и послеродовым эндометритом, по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности. Приблизительно из 211 млн. беременностей в мире 46 млн. заканчиваются различными видами абортов. 60% этих абортов опасны и вызывают 68000 смертельных случаев ежегодно. Материнская смертность от осложненного аборта в Африке составляет 110 на 100000 рожденных живыми. В развитых странах частота септических осложнений значительно меньше и по отдельным нозологиям может отличаться в сотни раз. Например, в США показатель материнской смертности от осложненного аборта равен 0,6 на 100000 живорожденных. Частота эндометрита после самопроизвольных родов в среднем составляет 2-5%, после кесарева сечения-10-30%. Течение сепсиса и септического шока в акушерстве сопровождается меньшей летальностью, чем у других категорий пациентов(в акушерстве 0-28%, у небеременных 20-50%).

Этому способствует такие факторы, как более молодой возраст, менее отягощенный преморбидный фон, расположение первичного очага в полости малого таза - доступной зоне для диагностических и хирургических вмешательств, чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам широкого спектра действия [34].

До недавнего времени сепсис после аборта являлся причиной МС приблизительно в 60% случаев [142]. Несмотря на усовершенствование оказания акушерской и гинекологической помощи, сепсис остается ведущей причиной МС наряду с кровотечениями, тромбоэмболиями и эклампсией. Такие физиологические изменения, характерные для беременности, как снижение иммунного статуса и повышение свертываемости крови, уже создают благоприятный фон для генерализации инфекции и развития септических осложнений. На сегодняшний день бактериемия у пациенток акушерских и гинекологических стационаров наблюдается в 5 случаях на 1000. При этом сепсис развивается у 5-25 %. Септический шок наблюдается значительно реже и составляет 3-5 % от всех гнойно-септических заболеваний в акушерстве.

Выделяют следующие основные формы акушерского сепсиса: послеродовой сепсис, гнойный тазовый флебит, некроз поверхностной фасции, септический шок.

Гнойный тазовый флебит не связан с флебитом или флелотромбозом вен нижних конечностей или небольшим тромбозом вен таза, а является результатом прямого действия инфекционных агентов на тазовое венозное сплетение. Гнойный тазовый флебит развивается, как правило, в период с 7-го по 21-й день после родов.

Некроз поверхностной фасции представляет собой опасное инфекционное осложнение эпизиотомии. Инфекционными агентами обычно являются гемолитические стрептококки или анаэробные бактерии. Поверхностная фасция области выполнения разреза при эпизиотомии

продолжается в фасцию брюшной стенки, ягодиц и нижних конечностей, в связи с чем инфекция и некроз поверхностной фасции могут распространяться в любую из перечисленных областей, вызывая тяжелую интоксикацию и нередко приводят к смерти.

Септический шок может осложнить послеродовый сепсис, гестационный пиелонефрит или септический аборт. Он является результатом массивного высвобождения эндотоксина и провоспалительных цитокинов, что сопровождается развитием системной активации коагуляции, угнетением антикоагулянтных механизмов и процессов фибринолиза, формированием тотальной эндотелиальной дисфункцией с развитием неконтролируемой гипотензии. Таким образом, в основе патогенеза септического шока лежат две тесно взаимосвязанных и взаимно активирующих друг друга процессов - ДВС-синдром и синдром системного воспалительного ответа, которые в совокупности приводят к развитию полиорганной недостаточности [41].

Несмотря на широкое внедрение антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии, септические осложнения не становятся «болезнью прошлого» и ежегодно приводят к тысячам летальных исходов у матерей. Исследования с высоким уровнем доказательности и метаанализ Кохрановского содружества свидетельствуют о необходимости применения антибиотиков для профилактики септических осложнений при кесаревом сечении.

Согласно представлениям многих авторов диагноз сепсиса правомерен в случае наличия гнойного очага и полиорганной недостаточности [65, 66]. Эти два фактора являются решающими. Так как сепсис – это «вторая» болезнь, антибактериальная терапия уже применялась и не смогла остановить прогрессии заболевания, развилась полиорганная недостаточность. Последняя, как показали исследования, всегда обусловлена синдромом системного воспалительного ответа [65, 66]. Сердечно-сосудистая, иммунная, эндокринная и другие системы

организма повреждаются в результате медиаторных нарушений – эндотоксин, цитокины, гистамин эйкозаноиды, свободный кислород выделяются вследствие воспалительной реакции в очаге инфекции. Возбудители инфекции запускают цитокиновый каскад, если очаг санировать не удастся, защитная реакция макроорганизма в случае сепсиса оказывается чрезмерной.[64, 65].

Перитонит после кесарева сечения имеет 3 клинические формы, от особенностей которых зависит лечебная тактика [66]. Ранний перитонит, обусловленный инфицированием во время операции, поддается консервативной терапии. Второй формой перитонита после кесарева сечения является перитонит вследствие нарушения барьерной функции кишечника – «перитонит-парез». Третья форма перитонита обусловлена дефектом швов на матке. В отличие от первых двух форм клиника достаточно четкая, отвечающая классическим канонам мондоровского перитонита. Опасность летального исхода при перитоните связана с развитием септического шока и сепсиса.

Факторами риска развития септического шока в акушерстве хорошо известны. К ним традиционно относятся: внебольничный, инфицированный аборт; низкий социально экономический статус; иммунодефицитное состояние; хронические очаги инфекции (урогенитальный тракт); сахарный диабет; оперативные вмешательства (кесарево сечение); преждевременные роды; кровопотеря, геморрагический шок (предлежание плаценты, отслойка плаценты); внутриматочные манипуляции; анемия; преэклампсия и эклампсия.

Наличие указанных факторов риска должно настораживать лечащего врача в отношении возможности развития тяжелого сепсиса и септического шока при появлении любых симптомов, не объяснимых основной патологией [34].

1.3. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Как следует из современных литературных данных, даже в развитых странах, где существует стандартная система регистрации смерти, число материнских смертей может быть занижено, а определение их истинного числа требует дополнительного изучения причин смерти [106, 104, 114, 117, 118]. Примером такого исследования является Конфиденциальный запрос о материнских смертях (CEMD), впервые появившийся в Великобритании в 1928 г. Последний отчет в рамках CEMD (за 2000-2002 гг.) выявил на 44% больше материнских смертей, чем следовало из анализа данных стандартной системы записи актов гражданского состояния [124]. По данным других исследований точности регистрации материнских смертей в системе записи актов гражданского состояния, их истинное число может быть почти в 2 раза выше [106]. В развивающихся странах при отсутствии полноценных и точных систем записи актов гражданского состояния для оценки показателя материнской смертности используют ряд методов, в том числе опросы членов семьи, братьев и сестер, исследования смертности в детородном возрасте, вербальную аутопсию и перепись населения. Каждый из этих методов имеет недостатки при оценке истинного уровня материнской смертности.

Более 80% случаев материнской смертности (МС) и смертности среди новорожденных детей можно избежать благодаря реализации базовых и эффективных низкочастотных вмешательств даже в условиях ограниченных ресурсов. [96, 103, 158, 159]. Инициатива Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «За безопасное материнство» начала свою деятельность в 1987 г., а инициатива ВОЗ «За более безопасную беременность» – в 2000 г.. Эти инициативы основаны на концепции, в соответствии с которой большинство клинических вмешательств, позволяющих предотвратить основные причины МС и смертности среди новорожденных, уже известны и могут применяться в условиях любых

учреждений в рамках преемственности и непрерывности оказания квалифицированной помощи в период беременности и деторождения при адекватной подготовке домашних условий, раннем выявлении и соответствующем ведении осложнений и оказании качественных услуг по охране материнского и неонатального здоровья, доступных для всех женщин в их местных сообществах. Программа «За более безопасную беременность» поддерживает приверженность государств и партнерских организаций делу обеспечения безопасного материнства, что позволяет оказывать необходимую техническую поддержку и обеспечивает приоритетность охраны материнского и детского здоровья в государственной политике и при распределении бюджета, а также ориентируется на применение на практике государственных руководств, основанных на доказательной медицине [157]. По мере того, как инициатива «За более безопасную беременность» набирала силу, становилось ясно, что для того чтобы действовать эффективно в области предотвращения МС, государствам необходимо иметь больше информации, чем показатели материнской смертности и свидетельства о смерти, поскольку эти данные сами по себе не дают достаточно информации о том, какие именно женщины умирают и почему наступила смерть, или что можно сделать, чтобы предотвратить подобные смерти в будущем [114, 123, 141].

По результатам проделанной работы ВОЗ опубликовала в 2004 г. руководство «Что стоит за цифрами (Больше, чем цифры): анализ случаев материнской смертности и возникших осложнений с целью повышения безопасности беременности», [156] в котором описаны пять подходов к выявлению барьеров, препятствующих оказанию оптимальной помощи женщинам в области охраны материнства. Философия этих подходов проста: материнской смертности можно избежать даже в условиях ограниченных ресурсов. Однако для этого необходимо владение правильной информацией. На этих знаниях могут быть основаны

эффективные вмешательства и лучшее понимание всех факторов, приведших к смерти. Типы анализов, предлагаемых в руководстве, обеспечивают доказательства, указывающие на основные проблемы и возможности их практического решения.

В странах, где большинство женщин умирают в сообществе (вне медицинских учреждений), основным методом получения информации является подход «словесное вскрытие». В странах с очень высоким числом смертельных случаев, наступающих в больницах, и скудными ресурсами прекрасным первым шагом являются клинические разборы и анализы, проводимые на базе медицинских учреждений. Для стран с низким числом смертельных случаев наилучшие результаты можно получить через организованную систему здравоохранения и сформированные профессиональные ассоциации, а также конфиденциальные расследования. Зачастую эти результаты дополняются информацией, получаемой в ходе анализов случаев, едва не приведших к смерти. Клинический аудит целесообразнее всего проводить в учреждениях или ситуациях при наличии уже существующих клинических руководств, основанных на доказательной медицине, так чтобы оказанную женщинам помощь можно было сравнить с этими имеющимися стандартами.

В последнее десятилетие выявление и анализ случаев серьёзных материнских осложнений рассматривается как альтернатива или дополнение к изучению проблемы материнской смертности [92, 95, 102, 108, 148].

Отделом Репродуктивного Здоровья ВОЗ предлагается исследование случаев - «едва выживших» в результате тяжёлых акушерских осложнений (Near miss maternal morbidity - MNM) сделать инструментом для успешного контролирования качества деятельности службы охраны материнского здоровья [143]. Изучение угрожающих жизни состояний в период беременности, родов или в послеродовом

периоде рассматривается как возможность эффективного мониторинга данной службы.

В зарубежной литературе, посвященной вопросам здоровья женщин, перенесших смертельно опасные акушерские осложнения, используется ряд терминов включая «тяжёлую материнскую заболеваемость (Severe maternal morbidity)», «критические случаи», «едва выжившие», «материнский синдром едва не умерших женщин», «чрезвычайно серьёзную материнскую заболеваемость» и другие. И хотя универсального определения понятия «критический случай» или «тяжёлая материнская болезнь» на сегодняшний день не существует [108], ключевым вопросом в сфере охраны здоровья матери является правильная оценка развития событий, приведших к случаям близким к материнским потерям, а также получение достоверной информации в результате глубокого анализа каждого из них [139, 121, 148].

Из вышеприведенных данных следует, что уровень МС в Республике еще высок, и для достижения уровня установленного ВОЗ к 2015 году необходимо усовершенствовать организационно-лечебно-профилактические мероприятия по снижению МС с применением новых технологий, что послужило обоснованием для проведения данного исследования.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии лечебного и медико-профилактического факультетов (зав. кафедрой - доктор мед. наук профессор Ф.М. Аюпова) Ташкентской медицинской академии (ректор – акад. Ш.И. Каримов) на базе акушерского комплекса № 9 г. Ташкента (главный врач – к.м.н. А.В.Калегин)

2.1. Краткая характеристика материала

Исследование осуществляли путём экспертного анализа в соответствии с приказом министерства здравоохранения №243 от

4.08.2009 г. «О внедрении Конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения».

Для выявления причин МС проведен ретроспективный клинический и клинико-статистический анализ данных 83 историй родов, закончившихся летальным исходом, отобранных методом случайной выборки из разных регионах республики за последние 10 лет.

Распределение беременных и рожениц по возрасту представлено в табл.

2.1

Таблица 2.1

Распределение умерших беременных и рожениц по возрасту

	до 20 лет		20 – 24 лет		25 – 29 лет		30 лет и выше		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Женщины	8	9,64	32	38,55	23	27,71	20	24,1	83	100

Из приведенных данных следует, что пациентки были в возрасте от 20 до 24 лет 32, что составляет 38,5%, в возрасте от 25 до 29 лет- 23, что составляет 27,7% и свыше 30 лет - 20, т.е. 24,1%. Анализ данных свидетельствует, что женщины преимущественно были активного репродуктивного возраста (20-29лет) – 75,9%, однако обращает внимание, что роженицы в возрасте старше 30 лет составили 24%.

Распределение умерших беременных и рожениц по паритету представлено в табл.2.2.

Таблица 2.2

Распределение умерших беременных и рожениц по паритету

	I		II		III		IV и более		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Беременные и роженицы	38	45,7	15	18,1	14	16,9	16	19,3	83	100

Первые роды наблюдались у 38 (45,7%), что составило наибольшее количество; вторые роды были – у 15 (18,1%), третьи роды – у 14 (16,9%) и четвертые роды и более – у 16 (19,3%) женщин. Анализ полученных данных свидетельствует, что почти 1/2 часть составляют материнские потери при первых родах.

Нами подвергнуты анализу сроки гестации, при которых произошли случаи МС. Данные представлены в табл. 2.3. Из данных табл.2.3. следует, что подавляющее большинство составляют женщины с доношенным сроком беременности.

Таблица 2.3

Срок беременности умерших женщин

	до 22		22 - 27		28-36		37-42		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Беременные и роженицы	5	6	10	12	22	26,6	46	55,4	83	100

Анализ структуры причин материнских смертей показал преобладание летальных исходов беременности и родов в результате акушерских кровотечений, преэклампсии и эклампсии и ЭГЗ (табл. 2.4.).

Таблица 2.4.

Структура материнской смертности

Причины МС	Случаи МС	
	Абс.	%
Кровотечения	35	42,17
Преэклампсия/эклампсия	16	19,3
ЭГЗ	17	20,5
Сепсис/перитонит	6	7,2

ТЭЛА/ЭОВ	5	6,03
Ятрогения	4	4,8

Подробный клинический анализ причин материнской смертности представлен в главе 3.

2.2.Методы исследования

2.2.1.Клинико-аналитические методы

Клинический анализ включал изучение жалоб, жизненного, акушерского и гинекологического анамнеза с учётом заболеваний перенесенных до и во время данной беременности, данных общих и биохимических показателей анализов крови, мочи, выделений из цервикального канала, влагалища, уретры, коагулограмм, результатов УЗИ и др. исследований. Тщательно изучались записи осмотров, консилиумов и заключений акушер - гинекологов, анестезиологов, терапевтов и других специалистов, а также оперативных пособий и операций. Оценивались временной фактор, кровопотеря, объем и качество инфузионно-трансфузионной терапии, анестезиологической помощи, качество медикаментозной терапии.

При наличии данных патологоанатомического исследования трупов сопоставлялось соответствие их клиническому диагнозу.

На основании клинического анализа каждого случая МС выявлялись упущенные возможности. Затем проводилась группировка упущений по основной причине МС: акушерские кровотечения, преэклампсия и эклампсия, септические осложнения, ЭГЗ. Определялся объем мероприятий, направленных на предупреждение МС в каждой отдельной группе.

С целью верификации разработанных предложений по снижению МС нами проведен экспертный анализ 15 критических ситуаций во время родов с определением эффективных методов предотвращения МС.

2.2.2.Электронная программа регистрации и количественной оценки случаев МС

Совместно со старшим научным сотрудником центра разработки программных продуктов и аппаратно-программных комплексов при ТУИТ Мингликуловым З.Б. нами разработана электронная программа для ЭВМ «Построение нейронечеткой программы идентификации», которая использована для клинико-статистического анализа. Данные (возраст, паритет, диагноз, осложнения беременности и родов, причина смерти и др.) 83 историй родов внесены в разработанную нами карту (табл. 2.4.) и в базу данных разработанной программы на персональном компьютере. На разработку оформлено рационализаторское предложение. Программа прилагается на CD-R диске.

Карта для внесения данных по МС

№ п/п	Ф.И.О. (если таковы имеются)	Адрес	Возраст	Профессия	Беременность
Роды	Срок гестации	Анамнез	Метод родоразрешения	Операции	Кол-во дней проведенных в стационаре
Место смерти	Год смерти	Диагноз	Патолого- анатомический диагноз	Новорожденный	Неиспользованные возможности

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке пакетом прикладных программ статистического анализа на компьютере IBM Pentium-4 с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки (m), относительных величин (частота %). Статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялась по критерию (t) Стьюдента. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$. При этом учитывались указания по статистической обработке данных клинических исследований.

ГЛАВА 3

ОСНОВНЫЕ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ СЛУЧАЯХ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

3.1. Анализ причин материнской смертности при акушерских кровотечениях

Анализ 83 историй родов, закончившихся материнской смертностью и отобранных методом случайной выборки по городам/областям Республики Узбекистан за 2001-2012 гг., показал, что акушерские кровотечения составили 42,17% (35).

Возрастной диапазон умерших женщин находился в пределах от 21 до 39 лет и в среднем, составлял $24,8 \pm 4,3$ года. Первобеременными и первородящими были 7 женщин (28%). Пациентки с повторными родами составили 20% (5). Наибольшей была доля многорожавших женщин - 15 (43%).

В 21 из 35-ти случаев кровотечения возникли у пациенток с доношенной беременностью, что составило 60% и при преждевременных родах - у 14 (40%). У 9-ти умерших женщин в анамнезе было по 2 родов (26%), у 6- более 3-х родов (17%).

Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения среди всех погибших от кровотечений женщин было выполнено 21 женщине (60%),

из них 9 уже имели в анамнезе кесарево сечение. Операция произведена преимущественно в экстренном порядке у 18 женщин (91%) и в плановом порядке - лишь в 3 случаях (9%).

Причинами кровотечений были ПОНРП – 37% (13) и отслойкой предлежащей плаценты 6% (2), гипо- и атония матки после родоразрешения - 31,4% (11), травмы матки и родовых путей- 14,3% (5), а также коагулопатические кровотечения – 11,4% (4).

Оперативный метод остановки кровотечения включал: экстирпацию матки - 6 случаев (17%) (в одном случае после кесарева сечения, в 2 случаях во время кесарева сечения, в 3 случаях как самостоятельный метод); надвлагалищную ампутацию матки в сочетании с кесаревым сечением - в 4 случаях (11,4%) и после кесарева сечения в 1 случае. Экстирпация матки в сочетании с перевязкой внутренних подвздошных артерий во время кесарева сечения была выполнена в 6 случаях, а после кесарева сечения в 1 случае, так же в 1 случае - после вагинальных родов. При продолжающемся кровотечении после надвлагалищной ампутации матки релапаротомия с удалением культи шейки матки осуществлена в 4 случае из 23. Использование методов остановки кровотечения, предшествующих оперативным способам (ишемизация матки путем наложение гемостатических компрессионных швов), в анализируемой медицинской документации отмечено лишь в 1 случае (3%). Таким образом, 20 женщинам (57%) была произведена лапаротомия, а 7 (20%) релапаротомия. Консервативные методы остановки кровотечения были использованы у 43% рожениц, что в свою очередь возможно и привело к неблагоприятному исходу.

Летальный исход при кровопотере от 1500 до 2100 мл наступил практически у половины рожениц — в 17 случаях (48,6%). В 2-х случаях (6%) смерть наступила при кровопотере менее 1500 мл, в 14-ти случаях (40%) - при кровопотере от 2100 до 3000 мл, а в 2-х (6%) - при кровопотере от 3100 до 4000 мл.

Сроки наступления летального исхода находились в диапазоне от 1 до 15-ти суток. Досуточная летальность выявлена в 9 случаях (25,7%). В сроках от 1 до 5-ти суток погибло 8 женщин (21,9%), от 5-ти до 10 суток и более - 18 женщин (51,4%) . При этом в 15 случаях (43%) летальный исход наступил в условиях сельских акушерских стационаров. Привлечение областных специалистов и вызов бригады врачей службы санитарной авиации осуществлен в 5 случаях (14,3%). 4 пациентки в крайне тяжелом состоянии были переведены на 11-е и 15-е сутки после родоразрешения в специализированные отделения (11,4%).

У 20 из 35 женщин имелись прямые акушерские причины, приведшие к кровотечению: это преэклампсия и ЭГЗ (табл.3.1).

Подробный анализ материнских потерь также выявил, что в 80% случаев несоблюдение врачами стандартов диагностических и лечебных мероприятий у беременных с преэклампсией способствовало развитию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и гипотонических кровотечений.

Таблица 3.1

Виды кровотечения при у женщин с ЭГЗ и преэклампсией,
приведшие к МС

Основная причина смерти	Акушерские кровотечения		
	ПОНРП	Гипо-, атонические кровотечения	Коагулопатическое кровотечение
Преэклампсия, п=15	6	5	4
ЭГЗ п=5	1	3	1
Итого п=20	7	8	5

* Таблица составлена по основному клиническому синдрому - акушерским кровотечениям, которые привели к гибели женщин.

Таким образом, в случае учета акушерских кровотечений, обусловленных состояниями геморрагической предрасположенности у пациенток группы риска их доля в структуре материнских потерь в РУз.

24% (n=20), что, по нашему мнению, определяло резервы снижения их уровня путем сокращения доли основных причин танатогенеза - осложнений преэклампсии и ЭГЗ.

Благоприятные исходы для плода у пациенток, составивших случаи материнских смертей по причине акушерских кровотечений, отмечены у 17-ти (48,6%) из 35-ти пациенток. Интранатальная гибель зарегистрирована в 4 случаях, 14 случаев (40%) - составляли антенатальные потери.

Нами были выявлены основные упущения при ведении женщин с акушерскими кровотечениями, которые представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2

Перечень и частота дефектов оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях (%)

Перечень дефектов	n=35, %
Запоздалое оперативное вмешательство	60,0
Неверный выбор объема оперативного вмешательства	51,0
Дефекты антенатального ухода	49,0
Недооценка кровопотери	49,0
Запоздалое поступление в стационар	26,0
Не соблюден клинический протокол	23,0
Дефекты инфузионно-трансфузионной терапии	17,0
Не использованы хирургические методы остановки кровотечения (наложение гемостатических компрессионных швов, перевязка внутренних подвздошных артерий)	17,0
Не установлен источник кровотечения	17,0
Запоздалое родоразрешение	9,0

Пример 1.

Больная поступила 08/09/ 2012 г. в 23 часов 40 минут в РК, кесарево сечение 9/09 в 00 часов 10 минут. Умерла 9 сентября 2012 года в 8 часов 35 минут. Прожила 9 часов.

Диагноз: Беременность II 36 недель 2 день, роды II. ПОНРП. Антенатальнй гибель плода. Оперативные роды мёртвым плодом. Осложнения: Геморагический шок. ДВС- синдром. ОСЛН.

Анализ карты диспансерного наблюдения показал, что беременная встала на учёт в сроке 12 недель. Беременность II 12 недель. Рубец на матке. Анемия легкой степени. Беременность протекала на фоне хронической анемии I- II степени с угрозой выкидыша в раннем сроке и в более позднем сроке- с угрозой преждевременных родов. Беременная с высоким риском развития акушерских осложнений посетила КВП всего 6 раз. Ни разу не госпитализирована и не проконсультирована специалистами. Последний раз посетила в КВП за 2 месяца до родов.

Ошибки ведения беременной:

Не диагностируется гипотрофия плода (СЗРП), что свидетельствует о тяжести и давности ЭГЗ патологии. Следовало госпитализировать в стационар в сопровождении врача!

Анемия средней степени (гемоглобин 88 г/л от 5/04/ 12 года) также не лечится адекватно. Женщина с отягощенным акушерским анамнезом не проконсультирована акушером-гинекологом и не оздоровлена к моменту родов.

При скрининговом исследовании: выявлено ранее созревание плаценты и помутнение околоплодных вод на основании чего ставится диагноз: Беременность 14-15 недель. ХВУГП. Рубец на матке. Беременная не обследована на TORCH инфекции, не проведено доплерометрические исследования для выяснения состояния МППК. Не госпитализирована в критические сроки в стационар. Недостаточно оказана патронажная служба.

Таким образом, ведение беременной в первичном звене следует считать нерациональным, а квалификацию участкового врача и акушерки - низкой.

Анализ истории родов показал, что повторнобеременная с рубцом на матке поступает в тяжелом состоянии. А/Д 70/40, 70/30 мм.рт.ст. Гемоглобин 36 г/л.с мёртвым плодом. Через 30мин. беременную берут на лапаротомию с последующей ампутацией матки. Общую кровопотерю оценивают в 1700 мл. Состояние женщины остается тяжелым, 09/09/12 г. состояние родильницы резко ухудшается и через 8 час после операции наступает биологическая смерть.

Неучтённые возможности:

1)Тактика ведение выбрана неправильно, необходимо было родоразрешить путём операции кесарево сечение с последующей экстирпацией матки. 2)Можно было проконсультировать больную по телефону, вызвать врачей санавиации. 3) На титульном листе не указана причина смерти. 4) Не восполнена кровопотеря в объеме 1700 мл, препараты крови перелиты всего 1010мл без учета исходной анемии 4 степени.

Основным пусковым моментом явилось позднее поступление беременной в родильное отделение в крайне тяжелом критическом состоянии. Своевременно и после соответствующей подготовки родоразрешена. Операция осложнилась коагулопатическим кровотечением, больная не выведена из геморрагического шока, наступил отек мозга и легких, глубокая дистрофия паренхиматозных органов.

Труп вскрыт. Патологоанатомический диагноз:

Осн: Беременность II. Роды II 36 нед. ПОНРП. Антенатальный гибель плода.

Осл: Кровотечение. Постгеморрагическая анемия, постгеморрагический шок. Шоковая почка. Шоковое легкое. Ишемическая селезенка. ДВС синдром.

Непосредственная причина смерти – постгеморрагическая анемия и шок.

3.2. Основные упущения при ведении беременных с преэклампсией

Из общего числа умерших женщин гипертензивные состояния как причина смерти беременных и рожениц составила 19,3% (16 случаев), при этом эклампсия составила 25% (4 случая), тяжелая преэклампсия – 56,3% (9 случаев), легкая преэклампсия – 18,7% (3 случая). Основная масса умерших женщин были в активном репродуктивном возрасте 21-29 лет – 56,25% (9), удельный вес женщин 30 лет и старше составил 12,5% (2), юного возраста были 31,25% (5) пациенток.

Среди умерших первобеременные составили 75% (12), повторнобеременные 25% (4), из них многорожавшие – 12,5% (2).

Срок гестации до 28 нед. был у 18,75% (3), срок 28-36 нед. – у 25% (4), и более 37 нед.- у 56,25% (9) женщин.

Изучение соматического анамнеза показало, что все умершие (100%) женщины страдали ЖДА различной степени тяжести, у 44% (7) имелась патология мочевыводящих путей, в основном хронический пиелонефрит.

Во всех случаях роды носили патологический характер, при этом, роды через естественные родовые пути произошли в 37,5% (6) случаев, путем кесарева сечения - в 62,5% (10). Показаниями к кесареву сечению были тяжелая преэклампсия и эклампсия в 80%(8), крупный плод и рубец на матке по 1 случаю.

Необходимо отметить высокую частоту оперативных вмешательств в этой группе женщин, которая составила 16 операций, в том числе прооперированы 1 раз 11 женщин, дважды- 3 и трижды 2 женщины.

Объем оперативных вмешательств состоял в следующем: кесарево сечение было выполнено у 62,5% (10), из них с одновременной НАМ/экстирпацией матки и перевязкой сосудов - у 20% (2) больных. Последующая релапаротомия с НАМ или экстирпацией матки по поводу

внутреннего кровотечения после операции кесарева сечения произведена у 30% (3).

Вагинально родоразрешены 6 женщин. Лапаротомия с экстирпацией матки после родоразрешения через естественные родовые пути произведена у 1 роженицы.

Непосредственными причинами смерти беременных и рожениц при гипертензивных состояниях явились: полиорганная недостаточность, ОПН, ТЭЛА, ДВС-синдром, кома, ОНМК и отек головного мозга, HELLP синдром и ЭОВ (таб.3.3).

Таблица 3.3

Непосредственные причины смерти беременных и рожениц при гипертензивных состояниях

Непосредственные причины смерти	n	%
Полиорганная недостаточность	9	56,25
ОПН	5	31,25
ТЭЛА	4	25
ДВС-синдром	3	18,75
Кома	2	12,5
ОНМК и отек головного мозга	2	12,5
HELLP	2	12,5
ЭОВ	1	6,25

Проведенный анализ позволил нам выделить следующие неиспользованные возможности:

а) в амбулаторном звене: нерациональное ведение беременности в 87,5% (14); незнание женщин опасных симптомов в 43,75% (6); позднее поступление в роддом - в 50% (8) случаев;

б) в стационаре: недооценка тяжести состояния – 37,5% (6); неадекватная магниальная терапия - 12,5% (2); задержка с родоразрешением – 56,25% (9); замедление с оперативным вмешательством- 18,75% (3); неадекватная инфузионная терапия и невосполнение кровопотери в 50% (8); анестезиологическая помощь не в полном объеме в 31,25% (5); недостаточное соблюдение протоколов ведения беременных с тяжелой преэклампсией – 31,25% (5). Смерть была не предотвратима в 6,25% (1 случай ЭОВ).

Наши исследования показали, что оказываемая медицинская помощь не соответствовала стандарту в 80% случаев и что материнская смертность при гипертензивных состояниях могла быть предотвращена в 94% (15) случаев.

Таким образом, наличие значительного числа недостатков в оказании медицинской помощи в периоде беременности и непосредственно в родах безусловно ведут к фатальному исходу для беременной и роженицы с гипертензивным синдромом.

Ведущее значение среди них имели неполноценное диагностическое обследование, недостатки в работе врача и обстоятельства, связанные с отношением самой женщины к своей беременности.

Пример 2.

Беременная поступила в ЦРБ 7 августа 2012 г. в 01 часов 45 минут, роды 8.08.2012 г. в 17 часов . Умерла 17 августа 2012 года в 04 часов.

Диагноз: Беременность I 41-42 недели, роды I, Тяжелая преэклампсия Диффузный зоб Пст. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Дородовый разрыв плодных оболочек (безводный промежуток 41 час).

Произошли самостоятельные срочные роды живым плодом мужского пола весом 3450 гр. длиной 52см с оценкой по шкале Апгар 10-10 баллов.

На 6-е сутки после родов состояние больной осложнилось острой ОПН (анурия, уремия), острой сердечно-легочной недостаточностью, отеком легких, отеком мозга. Тромбоэмболией ветви легочной артерии?

16.08. 2012 г. переведена на гемодиализ в областную клиническую больницу. 16.08.2012 г. в 21. 50 мин произведен сеанс гемодиализа. 17.08.2012г. в 04 часов произошла остановка сердца.

Патологоанатомический диагноз:

Осн. Тромбоэмболия легочной артерии

Сопут. Преэклампсия тяжелой степени. Анемия внутренних органов.

Ателектаз легких

Осл. Острая легочная, печеночная, почечная недостаточность

Ошибки ведения беременной:

Тяжелая преэклампсия развивается в 37-38 недель (в домашних условиях) и дальше прогрессирует на фоне патологии крови и почек.

Нет должного антенатального ухода: следовало госпитализировать в стационар для лечения соматической патологии, подготовки к родам и решения вопроса о досрочном родоразрешении первородящей – беременной группы высокого риска.

Ведение беременной в родильном доме с тяжелой преэклампсией было нерациональным и неадекватным (роды проведены через естественные родовые пути без надлежащего обезболивания и адекватной гипотензивной терапии, не проведена профилактика ДВС, не перелиты белковые препараты несмотря на нарастающую протеинурию,)

Анемия тяжелой степени (гемоглобин 82 г/л от 7 августа, 86 г/л от 10 августа, 68 г/л от 14 августа 2012года) также не лечится парентеральными препаратами железа. Лишь 15 августа произведена трансфузия 500 мл отмытых эритроцитов, альбумина 150 мл (запоздалая терапия)

Стимуляция диуреза производится без адекватной коррекции тяжелой преэклампсии и анемии тяжелой степени

Проведение сеанса гемодиализа запоздалое.

Ведение беременной в первичном звене и стационаре следует считать нерациональным, а квалификацию участкового врача и акушерки, а также врачей стационара - низкой.

Таким образом, нерациональное и неадекватное ведение беременной с тяжёлой преэклампсией и нелеченная анемия тяжелой степени привели к тяжелым осложнениям и смерти женщины.

Неучтённые возможности:

Недооценена тяжести состояния роженицы: длительность патологии до 1 месяца на фоне тяжёлой анемии и патологии почек.

Тактика ведения выбрана неправильно, необходимо было родоразрешить путём операции кесарево сечение.

Следовало беременную перевести в областной родильный комплекс, нужно было проконсультировать больную по телефону, вызвать врачей реанимационной бригады.

В итоге, ведение родов в стационаре было нерациональным, что привело в развитию осложнений, приведших к летальному исходу.

Замечания анестезиологу:

Не использована адекватная магниевая терапия.

Не проведена терапия анемии тяжелой степени

Стимуляция диуреза производится без адекватного лечения тяжелой преэклампсии и анемии тяжелой степени

Не оценена гипертермия после родов - 38,2-39,9 градусов.

Причина смерти: Тяжелая преэклампсия, сочетанная с тяжелой анемией. Полиорганная недостаточность: ОПН. Гемодиализ. ТЭЛА.

3.3 Неиспользованные возможности при ведении беременных с ЭГЗ

Экстрагенитальные заболевания как непосредственная причина МС составила 20,5% (17 случаев из 83), и как фоновое заболевание – 100%, что

отражает однонаправленную тенденцию в ухудшении состояния здоровья женщин репродуктивного возраста.

Умершие женщины находились в возрасте от 20 до 40 лет, средний возраст составил $31,8 \pm 1,6$ года.

В I триместре гестации встали на учет 14 из 17 (82,3%) беременных, поздно - 2 (11,8%). В одном случае (5,9%) беременная не состояла на учете и осталась без антенатального ухода.

В группе умерших по причине экстрагенитальных заболеваний первобеременных было 9 (53%), повторнобеременных - 8 (47%), преобладали первородящие женщины — 11 (71,4%). При экстрагенитальных заболеваниях в 7 (41%) случаях срыв компенсаторных реакций, приведших к МС, произошел при сроках от 28 до 36 недель беременности. В 4 (23,5%) случаях летальный исход наступил у беременных в сроках 22- 27 недель. Доношенный срок беременности был у 6 (35,3%) женщин.

Структура экстрагенитальной патологии была представлена заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 6 (35,3%) случаев (врожденные и приобретенные пороки сердца, варикозная болезнь), дыхательной - 6 (35,3%) случаев (пневмония, туберкулез, заболевания ЛОР органов), заболеваниями печени- 2 (11,7%) (гепатит, гепатоз), эпилепсия, анафилаксия и болезнь Верльгофа по 1 (по 5,8%) случаю. Характерными причинами смерти у 11 (64,7%) женщин было сочетание патологических процессов одновременно 2-х или 3-х систем: сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной.

Существенный вклад в трагический исход беременности и родов при ЭГЗ вносили развитие полиорганной недостаточности у 14 (82,3%) женщин, включая на фоне сепсиса 6 (35,3%), ТЭЛА-2 (11,7%), коагулопатического кровотечения 1 (5,8%).

Перинатальные потери составили 824 ‰ и были представлены в 7 (41,2%) случаях антенатальной гибелью плода и в 7 (41,2%) - ранними неонатальными.

Во всех случаях роды носили патологический характер, при этом, роды через естественные родовые пути произошли в 30,1% случаев, оперативно - в 60,9%. Объем оперативных вмешательств состоял в следующем: кесарево сечение было выполнено у 7 (41,2%) женщин, ампутация/экстирпация матки - у 2 (11,8%) женщин.

Проведенный анализ позволил нам выделить следующие неиспользованные возможности:

- В амбулаторном звене: недостаточное и несвоевременное обследование; сокрытие родственниками соматического заболевания беременной; лечение беременных с ОРИ в амбулаторных условиях, неадекватное назначение антибактериальной терапии и запоздалая госпитализация в роддом; не использование принципов регионализации: при ССЗ позднее направление или отсутствие госпитализации в профильное специализированное учреждение; ошибочный выбор профиля стационара при гепатозе и ОРИ; не соблюдение дислокации бригадами скорой помощи.

- В стационаре: несоблюдение клинических протоколов или методических рекомендаций; неадекватная антибактериальная терапия; выжидательная хирургическая тактика и запоздалое хирургическое вмешательство; чрезмерная врачебная агрессивность (неоправданное досрочное родоразрешение, включая кесарево сечение); привлечение к консультациям беременных профильных специалистов с низкой квалификацией; отсутствие профилактики тромбоэмболических осложнений; неподготовленность анестезиологов-реаниматологов областных больниц и родильных домов к оказанию неотложной помощи и проведению продолжительной интенсивной терапии беременным с тяжелыми ЭГЗ.

Наши исследования показали, что оказываемая медицинская помощь не соответствовала стандарту в 30% случаев и что материнская смертность при экстрагенитальной патологии могла быть предотвращена в 88% случаев.

Пример 3.

Беременная 27 лет умерла на 24 сутки после оперативных родов в областном кардиологическом центре.

Диагноз: Беременность I -26 недель, Роды I, I период родов, раннее излитие околоплодных вод, двойня. Хроническая ревматическая болезнь сердца, стеноз митрального клапана, комбинированный порок аортального клапана без ясного преобладания, ХСН 2 ст. Гипертензия легочной артерии.

Из амбулаторной карты: больная состояла на учете в СВП. Из перенесенных заболеваний имеется только анемия и бронхит. ЭКГ не сделана, порок не диагностирован. В анамнезе указаний на ревматизм нет

Анализ индивидуальной карты беременной: встала на учет в 8 недель, на УЗИ в 15-16 недель диагностирована двойня. Скрининг в 20-21 неделю подтверждена двойня. Проводится лечение анемии. В сроке 25-26 недель (23.11.2010г.) направляется на стационарное лечение по поводу бронхита.

Вывод: Диагноз порок сердца не установлен, ВОП не проводит аускультацию сердца, не делают ЭКГ.

Из истории родов: из анамнеза - больная находилась в ОПБ в ЦРБ с 26.11.2010г. по 27.11.2010г., описан нормальный соматический статус, порок сердца и НК не установлены, выписана домой. 30.11.2010г. больная поступает в тяжелом состоянии в РМО на скорой помощи с признаками НК 2А ст., заподозрен порок сердца, сделана ЭКГ, вызван терапевт и выставлен диагноз: стеноз митрального клапана, по распоряжению районного акушер-гинеколога на этой же машине отправлена в ОПЦ.

Из истории родов ОПЦ: Беременная в тяжелом состоянии доставлена в ОПЦ с жалобами на отдышку, кашель в положении ортопноэ,

сердцебиение. Больная осмотрена дежурным акушер-гинекологом гемостазиологической бригады, сделаны все необходимые лабораторные исследования, ЭКГ, по линии сан-авиации вызван кардиолог, выставлен диагноз: Беременность I -26 недель, Роды I, I период родов, раннее излитие околоплодных вод, двойня. Хроническая ревматическая болезнь сердца, стеноз митрального клапана, ХСН 2 ст. Гипертензия легочной артерии. Рекомендовано срочное родоразрешение путем кесарева сечения.

3.12.2010г. в 20-50 произведено кесарево сечение. После операции состояние женщины, несмотря на незначительное улучшение, остается стабильно тяжелым. Неоднократно проводятся консультации специалистов - кардиолога, гематолога. 13.12.2010г. проводится ЭхоКГ. Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Стеноз МО 3-4 ст. Комбинированный аортальный порок сердца без преобладания. 16.12.2010г. для проведения терапии в связи с НК и подготовки к оперативному лечению больная переводится в Областной Кардиологический центр.

Вывод: В ОПЦ выбрана правильная тактика, вовремя и без последствий прервана беременность, но имеет место запоздалый перевод в Кардиоцентр.

Из истории болезни областного кардиологического центра: В кардиологическом центре проводится все необходимые диагностические исследования. Больная согласно действующим стандарта получает соответствующее лечение, но общее состояние в динамике остается стабильно тяжелым и 24.12.2010г. женщина погибает от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности.

Вывод: Нужно было провести консультацию кардиохирургов из республиканских центров. Не проводится патологоанатомическое исследование.

Выводы. Основные пути снижения материнской смертности от экстрагенитальной патологии – это:

- обеспечение постоянной контрацепции пациенткам, у которых хроническая болезнь не совместима с беременностью;
- адекватная предгравидарная подготовка больных с компенсированными хроническими ЭГЗ, включая хирургическое лечение пороков сердца, медикаментозную терапию, оздоровление;
- соблюдение основных принципов оказания помощи беременным с ЭГЗ – мультидисциплинарности, преемственности, целостности;
- использование планового хирургического лечения пороков сердца во время беременности;
- родоразрешение беременных с наиболее тяжелой и сложной ЭГЗ только в специализированных стационарах 3-го уровня, имеющих соответствующие врачебные кадры и аппаратурно-технические возможности;
- системное повышение квалификации ВОП и врачей других специальностей по вопросам ведения беременных с ЭГЗ.

3.4.Основные недочеты при перитоните и сепсисе

При изучении причин МС перитонит и сепсис составил 7,2% (6). При изучении медико-социальных показателей установлено, что среди умерших в возрасте менее 19 лет была 1 (16,6%) и в возрасте 30-39 лет -1 (16,6%) женщина, преобладали женщины в возрасте 20-29 лет - 66,7% (4). Анализ паритета умерших женщин показал, что 50% из них были первородящими и 50%- повторнородящие, из них-33,3% многорожавшие.. В зависимости от срока гестации умершие женщины были распределены следующим образом: в сроке 28-36 нед – 33,2 %(2) и на срочные роды поступили 66,7% женщин. Родоразрешение оперативным путем было произведено в 66,7% случаев. Состояние женщин при поступлении в стационар крайне тяжелым было в 33,3% случаев.

Изучение структуры МС при ССВО показало, что 33% женщин умерли от сепсиса, развившегося на фоне ОРВИ и пневмонии, от перитонита после кесарева сечения умерло 33,3%, от сепсиса как результат септического эндометрита 33,3% женщин.

При ведении беременных и родильниц с ССВО были определены следующие наиболее частые упущения:

- - отсутствие должной диагностики (нераспознаны пневмония, перитонит),
- - недооценка тяжести состояния и позднее поступление в стационар
- (нарушается последовательность оказания экстренной помощи)
- - неправильная тактика ведения (не использованы клинические протоколы, нет интерпретаций анализов, отражения динамики состояния больной, не указаны обоснования оперативных вмешательств и выбора объема операции, не оценивается количество кровопотери, не учитывается баланс инфузионно-трансфузионной терапии для восполнения кровопотери, имеет место хаотичное, необоснованное назначение и отмена медикаментов, не указаны клинические диагнозы, а также диагнозы после осмотров специалистов);
- - не соответствует современным требованиям антенатальный уход, неэффективный (часто формально фиксированный) патронаж беременных, нелеченные или не диагностированные ЭГЗ
- - запоздалое оперативное вмешательство (промедление с радикальной санацией первичного очага; к моменту появления явных признаков гнойного эндометрита).

Выводы:

Анализ случаев МС свидетельствует, что на госпитальном этапе причины МС обусловлены преимущественно акушерскими ошибками, а не сложностями диагностики, нехваткой медицинского оборудования, недостатками службы крови и др., при этом наиболее часто упущения возникают на этапе оказания экстренной акушерской помощи или интенсивной терапии.

Качественное улучшение антенатального и послеродового ухода в амбулаторном звене (доступная информация об опасных признаках в период беременности и после родов, информация о фертильном здоровье и др.)

Соблюдать принципы регионализации при оказании акушерской помощи: правильная и своевременная транспортировка беременных, подлежащих переводу или доставке в ЛПУ более высокого уровня.

В повседневной работе специалисты должны опираться на «Медицину, основанную на доказательствах».

Непрерывное повышение квалификации медицинского персонала (внедрение эффективного перинатального ухода, участие семьи в уходе за беременной, чистые роды, максимально применение разовых расходных материалов, инфекционный контроль, демедицинализация родов и др.)

Обязательное соблюдение в работе собственных клинических протоколов.

Полная регистрация и детальный конфиденциальный анализ всех случаев материнской смерти.

Пример 4.

Больная 23 лет домохозяйка, доставлена машиной скорой помощи переводом из ЦРБ 16.11.2010 г. в специализированный акушерский стационар 3 уровня. Умерла 29.11.2010г.

Диагноз: Бер. I- 31нед. Роды I.ОРВИ, двухсторонняя внебольничная пневмония. Сепсис с полиорганной недостаточностью. ОЖГБ. ДВС в стадии коагулопатии. ОПН в стадии олигурии. Печеночная недостаточность. ДН II ст. НК II ст. Анемия тяжелой степени. Энцефалопатия.

Преждевременные оперативные роды. Коагулопатическое кровотечение. Гипотония матки.

16. XI. 2010г.-20-15 Экстренная нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнематочном сегменте. Перевязка 3-х пар магистральных сосудов. Перевязка внутренней подвздошной артерии с обеих сторон. Экстирпация матки без придатков. Дренирование брюшной полости.

Показания: ОЖГБ. Сепсис. ОПН в стадии олигурии.

Из выписки истории родов следует, что больная с 14.11.2010г. по 16.11.2010г. с диагнозом: I бер. 31-32 нед. Угрожающие преждевременные роды. Внебольничная двухсторонняя пневмония. Токсический гепатоз. ОППН. Анемия. Находилась в ОРИТ с дородовым излитием вод (13.11.2010г. в 12-00). Больная по договоренности в связи с ухудшением состояния переведена в РПЦ.

Анализ истории родов показал, что больная поступила в крайне тяжелом состоянии. После подготовки через 5 часов взята на операцию. Продолжительность операции 4ч.30 мин.

Тактика экстренного оперативного родоразрешения выбрана правильно. Предоперационная подготовка проведена в полном объеме. В послеоперационном периоде согласно стандарту проводились интенсивное лечение сепсиса и коррекция гемостаза.

23.XI-трахеостомия, 24.XI-санация и диагностическая бронхоскопия, 25. XI-реконструкция трахеостомии.

26. XI по поводу динамической кишечной непроходимости и вялотекущего перитонита произведена релапаротомия. Удалена инфицированная гематома Дугласова пространства, двухсторонняя тубэктомия, назоинтестинальная интубация кишечника, дренирование брюшной полости.

28. XI- Вторичный стволовой менингоэнцефалит. Метаболическая энцефалопатия. Отек головного мозга. Кома I ст.

29. XI-ОССН.ДН.ОППН.

Экзитирована 29. XI в 15ч.40 мин.

Осн. клинический диагноз: 13 сутки послеродового периода. ОРВИ. Двухсторонняя внебольничная бронхопневмония. Тяжелый сепсис. СПОН, ОЖГБ, ОППН, ДВС синдром с коагулопатией. Динамическая кишечная непроходимость. Анемия тяжелой степени. Токсическая энцефалопатия. Вторичный стволочной менингоэнцефалит, кома. ОССН. ДН тяжелой степени.

Патологоанатомический диагноз:

Осн. Двухсторонняя сливная бронхопневмония. Расхождение с клиническим.

Фон. Иммунодефицит.

Осложнения: Острая постгеморрагическая анемия. Септический шок. Кандидоз обеих легких как следствие массивной и длительной антибиотикотерапии по поводу пневмонии.

Инфицированная гематома Дугласова пространства.

Ограниченный серозно-геморрагический перитонит.

Серозно-геморрагический отек легких, отек мозга и мягких мозговых оболочек. Глубокая дистрофия паренхиматозных органов.

Соп. Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит.

Упущенные возможности:

1. Вместо перевязки трех пар сосудов и *a. iliaca interna* наложить клеммы на эти сосуды, коррегировать гемостаз (по Ли-Уайту), а затем гистерэктомия.

2. Вагинальный осмотр в динамике послеоперационного периода.

3. УЗИ малого таза после операции.

4. Более ранняя консультация хирурга (20-21/ XI) и релапаротомия для ревизии брюшной полости.

5. Антимикотическая терапия.

6. Иммунозаместительная терапия.

Вывод:

Основным пусковым моментом явилось позднее поступление беременной в РПЦ в крайне тяжелом критическом состоянии. Своевременно и после соответствующей подготовки родоразрешена. Операция осложнилась коагулопатическим кровотечением. В течении 13 дней проводилась в ОРИТ интенсивная терапия сепсиса в полном объеме, инфузионная и гемотрансфузионная терапия, дополнительные оперативные вмешательства по поддержанию функции дыхания. Однако, септический шок, кандидоз легких, отек мозга и легких, глубокая дистрофия паренхиматозных органов привели к летальному исходу.

В РПЦ смерть больной была непредотвратима.

Решающую роль в предотвращении МС сыграло бы своевременное родоразрешение в ЦРБ беременной с 2х сторонней пневмонией и начальной стадии гепатоза, не использован вызов консультанта по санавиации.

3.5. Анализ критических ситуаций

Нами был проведен клинический анализ историй родов 15 женщин, перенесших критические ситуации (в соответствие с приказом МЗ РУз. [61]), в акушерских стационарах разного уровня.

В изученной группе родильницы распределились по возрасту следующим образом: 19-25 лет-20 %, 26-30 лет- 40%, 31-35 лет- 27%, старше 35 лет- 13%.

Доля женщин с первыми родами составила – 47%, среди повторнородящих со вторыми родами было – 20%, с третьими – 20%, с четвертыми и пятыми – 13% женщин.

Среди женщин преобладали домохозяйки - 67%.

Следует отметить, что 27% беременных поступили в стационары в критическом тяжелом состоянии, что свидетельствует о дефектах в антенатальном уходе. Остальные 73% рожениц поступили в

удовлетворительном состоянии и критическая ситуация развилась в родах (67%) или после родоразрешения (7%).

Срок гестации в 53 % случаев составлял 37-40 нед., со сроком гестации 28-36 нед.- 40%, 22-27 нед. – 7%. Отсюда видно, что в 47% случаев было произведено досрочное родоразрешение.

При изучении анамнеза было отмечено, что у 40% беременных был отягощен акушерско-гинекологический анамнез (аборты, выкидыши, внематочная беременность, кесарево сечение, гинекологические операции); во время данной беременности 33% женщин перенесли в разные сроки ОРВИ. Анемией во время беременности страдало 53% женщин, у 27% имелись заболевания ССС.

При поступлении на роды выявлены следующие акушерские осложнения: преэклампсия (40%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (20%), предлежание плаценты (7%), неправильное положение и предлежание плода (20%), антенатальная гибель плода (13%), дородовое излитие околоплодных вод (20%).

В структуре 9 случаев акушерских кровотечений послеродовое гипотоническое кровотечение составило 67%, ДВС-синдром – 44.4%, ПОНРП – 33.3%, геморрагический шок – 22.2%. Причиной развития кровотечения была преэклампсия тяжелой степени: в 22% случаев - ПОНРП и в 22% - гипотонического послеродового кровотечения.

Родоразрешение оперативным путем произошло в 60% случаев. Показаниями к кесареву сечению были ПОНРП, ягодичное и ножное предлежание, тяжелая преэклампсия, предлежание плаценты.

Оказана хирургическая помощь 6 женщинам из 9 с акушерскими кровотечениями: в 20% произведена надвлагалищная ампутация матки, в 27% - перевязка трех пар магистральных сосудов, в 13% - перевязка внутренних подвздошных артерий. При родах через естественные родовые пути (3) в 100% было произведено РОПМ.

В среднем объем массивной кровопотери у женщин с кровотечениями составил 30-40 % ОЦК, но, при этом восполнение кровопотери производилось вовремя и в должном объеме. Эритроцитарная масса была перелита в 20%, плазмотрансфузия была произведена в 27% случаев, всем женщинам проводилась инфузионная терапия коллоидами и кристаллоидами с возмещением кровопотери на 120-150%.

При изучении структуры гипертензивных состояний у 7 женщин, перенесших критические ситуации, преэклампсия тяжелой степени составила 71,4%, преэклампсия легкой степени - 14.3% и хроническая гипертензия -14.3%. Женщины с тяжелой преэклампсией велись в большинстве случаев по протоколу, своевременное досрочное родоразрешение и адекватная магниевая терапия до родов и в послеродовом периоде привели к благоприятному исходу.

Во всех проанализированных случаях упущения при ведении пациенток заключались в том, что даже при 100% состоянии на учете во время беременности, у всех них имелись различные ЭГЗ, которые лечились в недостаточной степени в амбулаторном звене.

Проведенный клинический анализ критических ситуаций показал, что во всех акушерских стационарах должна быть организована круглосуточная высоко квалифицированная экстренная помощь, позволяющая правильно оценить тяжесть состояния женщин, своевременно родоразрешить, выбрать адекватный объем оперативного вмешательства и качественно его осуществить. Также решающими мероприятиями в предотвращении летального исхода у женщин с «акушерской катастрофой» является оказание высококвалифицированной анестезиологической помощи, своевременное осуществление инфузионно-трансфузионной терапии по объему и качеству.

Для снижения частоты критических случаев важно совершенствование антенатального ухода и своевременная госпитализация

беременных с первыми признаками осложнений в стационар соответствующего уровня.

Клинический анализ критических ситуаций – это эффективный инструмент повышения квалификации медицинского персонала и организации акушерской помощи в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Не требует доказательств, что летальный исход — самое трагическое, чем может завершиться беременность и изучение обстоятельств, приведших к смерти матери, позволяет выявить не только клинические проблемы, но и управляемые факторы на этапе организации оказания медицинской помощи в конкретном регионе. В последнее десятилетие выявление случаев серьезных материнских осложнений стало рассматриваться в качестве дополнения или альтернативы изучению материнской смертности. В частности, самые тяжелые так называемые критические случаи, когда женщина оказывалась на грани смерти, сегодня считаются важным показателем для оценки и усовершенствования работы служб, занимающихся охраной материнского здоровья. [102, 108, 92, 95, 148].

Наибольшее развитие этот вид анализа получил в странах Африки, Латинской Америки. В этих странах фактически отсутствует профессиональная патологоанатомическая служба, используется так называемая «вербальная аутопсия» как основной источник информации о материнской смерти, осуществляемая; вне лечебного учреждения, заключающаяся в опросе акушерки и ближайших родственников, о деталях клиники и обстоятельств летального исхода. Несмотря на очевидные недостатки подобного метода «диагностики», в лечебных учреждениях этих стран внедрен анализ тяжелых акушерских осложнений, едва не приведших к летальному исходу - случаев «едва не умерших». В

отечественной литературе об анализе «едва не умерших» женщин упоминают лишь некоторые исследователи [5, 23].

Проведенный сравнительный анализ 15 случаев тяжелых акушерских осложнений у беременных и рожениц едва не завершившихся летальным исходом («едва не умерших») и 83 материнских смертей, зарегистрированных в учреждениях службы родовспоможения в Республике Узбекистан за период 2001-2012 гг., показал следующее:

Возраст исследуемых был сопоставимым (в обеих группах преобладали женщины в возрасте от 21 до 30 лет и от 31 до 40 лет). Группы не отличались и по количеству беременных, состоящих на диспансерном учете в женской консультации (соответственно 94,2% и 87,2%). Доля родильниц среди «едва не умерших» (86,9%) соответствовала таковой в случаях материнских смертей (91,2%). Доношенной беременность была также у сравнимого числа женщин (55,4% и 53%). Частота преждевременных родов достоверно не отличалась - соответственно у 38,6% и у 47%.

Достоверных отличий так же не было выявлено по доли повторнородящих женщин, которые преобладали среди умерших пациенток (54,3% и 53%). Анализ способов родоразрешения в группе «едва не умерших» показал более высокую частоту кесаревых сечений, а в их структуре – плановых оперативных родоразрешений (63,9%) по сравнению с таковой среди умерших женщин (44,1%). В группе «едва не умерших» плановых кесаревых сечений было достоверно больше, чем в группе женщин с летальным исходом беременности и родов ($p < 0,05$).

Удаление матки и перевязка сосудов «едва выжившим» в результате возникших экстренных акушерских ситуаций было выполнено в 60% случаев (9), что также достоверно превышало частоту таковых в группе умерших женщин – 43,4% (36) ($p < 0,001$).

В спектре дефектов диагностики достоверно чаще в группе с летальными исходами беременности и родов встречалось неполное ла-

бораторное обследование (72,3% против 20%) и неверная трактовка полученных результатов (44,6% против 6,6%), недостатки в консультативной помощи смежных специалистов (55,4% против 13,3%). В этой же группе отмечались ошибки в оценке качественных и количественных компонентов гемостаза (44,6% против 13,3%). Дефекты на этапе оказания госпитальной помощи с более высокой частотой встречались в группе с летальными исходами беременности и родов, при этом достоверные отличия выявлены нами в уровне ошибок, связанных с несвоевременным началом лечения (67,5% против 13,3%), в выборе объема (30,1% против 6,7%) и сроков (39,7% против 6,7%) оперативного вмешательства, дублированием неэффективных мероприятий (25,3% против 6,7%), подбору инфузионных сред (44,6% против 13,3%).

В группе женщин «едва не умерших» отсутствовали ошибки, связанные с проведением анестезиологического пособия, в то время как в случаях материнских смертей они послужили причиной гибели 4-х пациенток.

Вследствие поздней обращаемости в отделение плановой и экстренной консультативной помощи (44,6% против 6,7%) перевод беременных и родильниц в многопрофильный стационар в каждом четвертом случае являлся запоздалым (30,1% против 6,7%). Неготовыми к оказанию экстренной хирургической помощи (длительное разворачивание операционной и сбор операционной бригады, отсутствие в стационарах запаса крови, кровезаменителей, антибактериальных препаратов) были 25,3% учреждений родовспоможения (против 6,7% в случаях «едва не умерших»).

Для объективного суждения о роли дефектов лечебно-диагностического процесса в исходе беременности и родов в группах материнских смертей (предотвратимых и неотвратимых случаев, $n=83$) и «едва не умерших» пациенток (15) мы использовали статистический и корреляционный многофакторный анализ. В каждом из

анализируемых случаев наличие или отсутствие ошибок при оказании медицинской помощи оценивалось нами по условной шкале в диапазоне балльных значений от 1 (выявлены дефекты) до 0 (не выявлены). Анализу были подвергнуты допущенные ошибки в проведении диагностических, лечебных и организационных мероприятий.

Как показал проведенный сравнительный анализ, исследуемые группы статистически значимо отличались друг от друга по средним значениям баллов. Так, наибольшей (максимально приближенной к единице, свидетельствующей о значимом количестве ошибок) оказалась средняя величина баллов, в группе предотвратимых потерь ($0,922 \pm 0,019$), а наименьшей (с минимальным количеством допущенных ошибок) в случаях непредотвратимых летальных исходов ($0,301 \pm 0,017$). То есть непредотвратимость случаев материнских смертей подразумевала развитие летального исхода при наименьшем числе дефектов в лечебно-диагностическом процессе.

Средние значения баллов в группе «едва не умерших» женщин ($0,616 \pm 0,090$) оказались достоверно ниже таковых в группе предотвратимых материнских смертей ($0,922 \pm 0,019$), при этом они были также статистически значимо более низкими, и по сравнению со средними значениями баллов в группе непредотвратимых случаев. ($0,301 \pm 0,017$). То есть, несмотря на то, что летального исхода удалось избежать, тяжелые акушерские осложнения, которые едва не привели к смерти женщин, были связаны с допущенными ошибками. Результаты корреляционного анализа, показали, что высокие значения коэффициента корреляции определяли резкое снижение риска летального исхода при: сокращении средних значений баллов (при наименьшем числе; дефектов в лечебно-диагностическом процессе). Наиболее «сильной» являлась связь с неадекватным проведением диагностических и лечебных мероприятий ($r=0,836$), а также с недостаточным уровнем профессиональной подготовки специалистов ($r=0,823$).

Нами также была рассчитана величина отношения шансов «выживаемости» в случае: ошибок при проведении лечебно-диагностического процесса (диапазон от 0 баллов — ошибки отсутствуют до 1 — балла — допущены ошибки). Оказалось, что отсутствие дефектов в проведенных диагностических и лечебных мероприятиях сокращает риск фатального исхода в 380 раз, а достаточный уровень профессиональной подготовки специалиста - в 206 раз.

Выводы

1. Использование электронной программы для регистрации и оценки случаев материнской смертности позволило установить, что акушерские кровотечения в структуре МС составили 42,17% . Основными причинами акушерских кровотечений явились преждевременная отслойка плаценты – 43%, гипо- и атония матки после родоразрешения - 31,4%, травмы матки и родовых путей - 14,3%, а также коагулопатические кровотечения – 11,4%.

- Гипертензивные состояния как причина смерти беременных и рожениц составила 19,3%, в том числе эклампсия - 25% и тяжелая преэклампсия - 56,3%. Непосредственной причиной МС явились: полиорганная недостаточность - 56,25%, ОПН - 31,25%, ТЭЛА – 25%, ДВС-синдром - 18,75%, кома - 12,5%, ОНМК и отек головного мозга - 12,5%, HELLP синдром - 12,5% и ЭОВ - 6,25%.

- Основными причинами смерти при синдроме системного воспалительного ответа были: послеродовой эндометрит (34%), перитонит после кесарева сечения(33%) и пневмония (33%).

- Анализ случаев МС беременных с ЭГЗ показал, что характерными причинами смерти женщин было сочетанное поражение одновременно 2-х или 3-х систем: сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной - 64,7%.

2. С помощью анализа полученных данных с использованием компьютерной программы выявлены основные упущения в случаях МС:

- в амбулаторном звене: неэффективный антенатальный уход, недооценка тяжести состояния и позднее поступление в стационар, госпитализация без учета регионализации, ошибочный выбор профиля стационара; не соблюдение дислокации бригадами скорой помощи;

- в стационаре: несоблюдение клинических протоколов/методических рекомендаций, недооценка тяжести состояния, задержка с родоразрешением, неадекватная инфузионная терапия, неадекватная анестезиологическая помощь, недостаточное соблюдение протоколов ведения, выжидательная хирургическая тактика и запоздалое хирургическое вмешательство, чрезмерная врачебная агрессивность (неоправданное досрочное родоразрешение, включая кесарево сечение), привлечение к консультациям беременных профильных специалистов с недостаточной квалификацией.

3. Проведенный клинический анализ критических ситуаций показал, что квалифицированная оценка тяжести состояния женщин, своевременное родоразрешение и правильно выбранный объем оперативного вмешательства, качественно и вовремя проведенная инфузионно-трансфузионная терапия позволяют предотвратить летальный исход у женщин с «акушерской катастрофой» и являются весомым резервом снижения материнской смертности.

Практические рекомендации

1. Использование компьютерной программы регистрации и анализа случаев МС позволяет выявить и сгруппировать случаи по основным причинам летального исхода, по возрасту, паритету, диагнозу, способу родоразрешения и др. показателям, а также систематизировать упущенные возможности. Рекомендуется для внедрения в учреждения 3 уровня, Министерство здравоохранения.

2. Разработанная электронная программа может быть использована для регистрации и анализа критических ситуаций. Рекомендуется для внедрения в практику акушерских комплексов.

3. Обязательное соблюдение специалистами местных клинических протоколов, регулярный анализ критических ситуаций, полная регистрация и детальный конфиденциальный анализ случаев материнской смерти является надежными инструментами для предупреждения летальных исходов в акушерских стационарах.

1. Айламязан Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов / [2-е изд.]. – СПб.- 1998.
2. Асадов Д.А. Яркулов А.Б., Ахмедова Д.И. Анализ причин младенческой смертности в Республике Узбекистан за 1998 г.// Педиатрия.-1999.-№1.-с.10-15.
3. Асадов Д.А., Горбунова И.Г. «Состояние здоровья населения Узбекистана»// Илмий-амалий тиббиет журнали.-Т.- 2010.-№1
4. Башмаков Н.В., Михайлова С.В.Роль острой респираторной вирусной инфекции в формировании перинатальной патологии. //Российский вестник акушера-гинеколога.- 2002.- №6.- с.31
5. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / М.: Триада-Х - 2008. — 128 с.
6. Буштырева И.О., Курочка М.П, Будник Е.С. Некоторые особенности течения гестоза на фоне хронических очагов инфекции // Мать и дитя : мат. IX Рос. Форума.- М.- 2007. - С.432.
7. Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П., Смородская Е.П., Лазаренко А.Т. Современный взгляд на проблему гестоза.// Медицинские аспекты здоровья женщин. Украина.-2011.-№6(46).-С 43-52.
8. Вихляева Е.М. Доклинические проявления системных нарушений, клинические исходы и отдаленные последствия преэклампсии. // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 3-6.
9. Гельцер Б.И., Котельников В.Н.. Суточные ритмы артериального давления при артериальной гипертензии: патофизиологические и хронотерапевтические аспекты// Владивосток: Дальнаука.- 2002.-219 с.
10. Германов В.Т., Фролов ВМ., Пересадин Н.А. Особенности клинических проявлений вирусного гепатита у беременных и изменение иммунного статуса. // Рос. вестник перинатологии и педиатрии.- 1993.- № 2.- с.10 - 12.

- 11.Гридчик А.Л. Материнская смертность в условиях реорганизации здравоохранения Московской области. автореф. дис. ...д-ра. мед. наук //М.- 2004. - 38с.
- 12.Джаббарова Ю.К. “Железодифицитная анемия в акушерстве и гинекологии” //Методические рекомендации.- Т.- 2011.- С4-8
- 13.Джаббарова Ю.К., Аюпова Ф. М., Любчин А. С., Шаумарова Г.А. Материнская смертность и пути ее снижения в городе Ташкенте // Вестник врача общей практики. – Самарканд.- 2003. - Спец.вып., ч. III.- N3. - С. 363-365.
- 14.Джалалов Р.К. Анализ основных причин материнской смертности в Наманганской области // Новости дерматовенерол. и репрод. здоровья. - Т.- 2007. - №1. - С. 94-96.
- 15.Джураходжаева Г. С. Причины перинатальных потерь при недонашивании беременности и пути их снижения: Автореф...канд. дисс. –Ташкент.-2004.- 19с.
- 16.Дидковский Н.А., МалашенковаИ.К., ТанасоваА.Н. Русский медицинский журнал.- Том 14.- № 22.- 2006.- 1583с.
- 17.Егорова Н.А. Кровотечения при беременности, в родах и в раннем послеродовом периоде / Н.Новгород: Изд.-во НГМА.- 2006. - 80 с.
- 18.Егорова А.Т. Стратегия снижения материнской смертности в Красноярском крае: автореф. дис. . д-ра мед. наук .-М.- 2003.-43 с.
- 19.Закирова Н.И. Клинические аспекты причин материнской смертности и ее профилактика в регионе с высокой рождаемостью. Автореф...докт.мед.наук. – Т.- 1999. - 31 с.
- 20.Зарубина Е.Н., Творогов П.А., Баринов В.Г. Профилактика и лечение кровотечений в акушерском стационаре // Акуш. и гин. 1995. - №4. - С. 19-22.
- 21.Зуфарова Ш.А. Юлдашева Д.А., Мирзаева Н.Б. и соавт. Показатели цитокинового статуса беременных женщин с хроническим

- пиелонефритом//Новости дерматологии и репродуктивного здоровья.-2002.№2.-С.45-46
- 22.Кабанова, Н.В. Синдром системного воспалительного ответа в патогенезе артериальной гипертензии, обусловленной беременностью // Украинский медицинский журнал. 2002. - №1(30). - С. 116-119.
- 23.Каюмова А.В., Башмакова Н.В. Случаи «near MISS» В акушерской практике как тактический- резерв профилактики материнской смертности // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. - М.;2008. - С. 112-113.
- 24.Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Центр доказательной медицины-ТашИУВ //Т.- 2007.- с 9-12.
- 25.Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Центр доказательной медицины-ТашИУВ//Т.- 2007.-с10-11
- 26.Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и в послеродовом периоде. Центр доказательной медицины-ТашИУВ //Т.- 2007.- с 10-12,17.
- 27.Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Хирманов В.Н. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике. -М.: Реафарм.- 2004.- 384 с.
- 28.Колесниченко А.П., Грицан А.Ю., Скоробогатов Г.В. и др. Профилактика, интенсивная терапия и анестезиологическое обеспечение тяжелых форм позднего гестоза: метод, рекомендации .- Красноярск. - 2003. - 31 с.
- 29.Кровотечения в послеродовом периоде : метод, реком. М.- 2008. -15 с.

30. Кузьмин В.Н., Серобян А.Г. Острый жировой гепатоз беременных в практике акушера-гинеколога // *Мать и дитя : мат. VIII Рос. форума.* М.- 2006. - С. 432.
31. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Оскольская С.И., Фролова О.Г. Здоровье и качество жизни женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии, произведенной по поводу миомы матки // *Акуш. и гинекол.* - 1999.-№1.-С. 31-35.
32. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза. // *Акушер. Гинекол.*- 1998.- №5.- С.3-6.
33. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями.// *Акушерство и гинекология.*- М.- Медицина-2001- №1-с.3-4
34. Куликов А.В. Особенности септического шока в акушерстве: научное издание.// *Акушерство и гинекология.*- М.- 2010-№5-с.121-125
35. Курбанов Д.Д. Филатов В.И., Красильникова А.Я., Ермоленко Н.И. Значение ренально-кортикального индекса в оценке состояния почек при хроническом пиелонефрите у беременных. // *Мед. журнал Узбекистана.*- 1987.- № 7.- с. 33 - 36.
36. Курбанов Д.Д., Рахманова Д.Р., Алиева Т.М. Ретроспективный анализ уровня здоровья и исхода беременности у женщин с хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией// *Новости дерматологии и репродуктивного здоровья.*-2008.-№4.-С.43-45.
37. Лебеденко Е.Ю. Резервы снижения материнской смертности на современном этапе : автореф. дис...д.м.н.- Ростов-на-Дону.-2010.- 44с.

38. Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России. // Издательство Рашин Продакшн.- М.- 2007. - 136 с.
39. Лобзин Ю.В., Михайленко В.П., Львов Н.И. Воздушно-капельные инфекции // Фолиант.- С.-Петербург.- 2000
40. Любич А.С. Научное обоснование профилактики острого жирового гепатоза беременных у женщин высокого риска: дисс.. кан. мед. наук.. - Т.-2004.- с 14
41. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акиньшина С.В. Тромбозы и тромбоэмболии в акушерско-гинекологической клинике: молекулярно-генетические механизмы и стратегия профилактики тромбоэмболических осложнений: Руководство. // МИА.- М.-2007.- 1064 с., 1045с.
42. Макацария, А.Д. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике / А.Д. Макацария. — М.: «Руссо», 2001. 343 с.;
43. Маматкасимов А.М., Султанов С.Н., Мухамедова Ш.С., Азизова Г.Д. Основные причины материнской смертности у женщин юного возраста по республике Узбекистан // Педиатрия. Спец. вып. (узб.). – Т.- 2003. - С. 19-20.
44. Мейлиев Б.И., Султанов С.Н., Хайрутдинова Н.Х. Анализ причин материнской смертности от ОПГ-гестозов по Кашкадарьинской области // Новости дерматовенерол. и репрод. здоровья. - Т.- 2006. - №4. - С. 109-111.
45. «Национальный доклад о развитии человека» .-Ташкент 2006 г., 44с.
46. Насретдинова Д.Б., Султанов С.Н., Хайрутдинова М.Х. Структура материнской смертности в Андижанской области за 2000-2004 годы: научное издание // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Т.- 2006. - №1-2. - С. 20-22.
47. Никифорович И.И., Иванян А.Я., Вельская Г.Д., Филипченко Т.И. Кардиотокографический мониторинг у беременных с задержкой

- внутриутробного развития плода при гестозе // Проблемы беременности.-2001.- №3.- С.71.
48. Николаева Е.Н., Бобкова М.В. HELLP - синдром или острый жировой гепатоз беременных? // Мед. помощь- 1994.- № 2.- с. 23 -26.
- 49.Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов// ВОЗ.- Женева.- 2002.
- 50.Пикаускайте Д.О. Клинико-генетическая характеристика преэклампсии//Автореф. дис...к.м.н. – М. -2006.-С 4.
- 51.Погорелова А.Б., Кирбасова Н.П., Запорожец Э.Е.и др. Оценка и контроль качества акушерско- гинекологической помощи// Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. - М., 2006. - С.299-300.
- 52.Приказ МЗ РУз. От 27.09.2007 № 428 «О внедрении конфиденциального расследования критических случаев (КРКС), угрожающих жизни женщины в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан»
- 53.Ребров Б.А., Блудова Н.Г. Симпозиум «врожденные и приобретенные пороки сердца и беременность» // «Новости медицины и фармации» Кардиология.- Украина.-2011.-385.
- 54.Репина М.А. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблема маточного гемостаза: научное издание.// Журнал акушерства и женских болезней.-Санкт-Петербург.-2011.- №3.-с.18-23
- 55.Репина М.А. Преэклампсия и материнская смертность. СПбМАПО. - М.- 2005. -173, 207 с.
56. Репина М.А. Ходжиева Э.Д., Пригожина В.К. и др. Острый жировой гепатоз беременных. // Акуш. и гин...- 1987.- № 6.- с. 26 - 30.

- 57.Репина М.А., Федорова З.Д., Ковычева Е.А. Профилактика акушерских кровотечений // Сов. Медицина. 1991. -№6. - С. 75-79.
- 58.Розентул И.Г., Мороз В.В. Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия в родах при гестозах // Вестн. интенсив, терапии. 1995. - №3. - С. 39-40.
- 59.Савельева Г.М., Шалина Р.И. и др. Эклампсия в современном акушерстве: научное издание.// Акушерство и гинекология. – М.- 2010-№6-с.4-9
- 60.Савельева Г.М., Шалина Р.М., Джавилегова Г.Д. и др. // Акушерство и гинекология. – 1992. – № 3-7. – С. 14-17.
- 61.Савельева Т.М. и др. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза. //Российский вестник акушера-гинеколога. 2001. - №3. - С. 68-72.
- 62.Селькова Е.П., Учайкин В.Ф., Шумилов В.И., Шустер А.М. Организационно-методические подходы к совершенствованию профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ //Русский медицинский журнал. Том 10.- № 20.- 2002 .-С.3
- 63.Серов В.Н. «Пути снижения материнской смертности в РФ» журнал РОАГ.-2008.- №3.- с.3-5
- 64.Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария АД. Акушерский перитонит.// М.- Крон. пресс.- 1997.-с.251.
- 65.Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве: Руководство для врачей. М.:Медиздат.- 2003.- 702
- 66.Серов В.Н., Стрижакова А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство.// М., МИА.- 1997.-360с.
- 67.Серов В.Н., Фролова О.Г., Токова З.З. Основные причины материнской смертности в последние пять лет//Проблемы беременности.-2001.- №3.-С.15-19.

68. Сигуа Д.Ш. Перенатальные исходы после перенесенной матерью гриппозной инфекции. Российский вестник акушера-гинеколога.- №6.- 2003.- с.50
69. Сидорова И.С., Билявская О.С. Оценка степени тяжести гестоза (по данным литературы) // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – Р. 40-43.
70. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Качество жизни больных с наружным генитальным эндометриозом и синдромом хронической тазовой боли при применении гормональной терапии. Проблемы и перспективы // Вестник. 2000. - № 1. - С.87.
71. Султанов С.Н., Хайрутдинова Н.Х., Юсупов У.Ю., Маматкасымов А.Д. Профилактика тромбоэмболических осложнений в акушерской практике: научное издание // Гематология ва кон хизматининг долзарб муаммолари. Кон куйиш хизматини такомиллаштириш, кон компонентлари ва унинг препаратлари хавфсизлигини таъминлаш: Илмий-амалий конференция. - Т.- 2005. - С. 175-177.
72. Султанов С.Н., Юсупов У.Ю. Материнская смертность 2011 год. Доклад для министерства здравоохранения РУз. Т.- 2012 г.- с.5, 16, 17, 18.
73. Суханова Л.П., Глушенкова В.А., Кузнецова Т.В. Эволюция акушерской патологии в России: научное издание.// Здравоохранение Российской Федерации.- М, 2010-№4- с.27-32
74. Токова З.З., Фролова О.Г. Предотвратимые случаи материнской смертности // Материалы IV Съезда акушеров-гинекологов России. М.- 2008. - С. 255.
75. Токова З.З., Фролова О.Г. Материнская смертность при гестозах // Акушер.Гинекол.- 1998, №5.-С.9-11
76. Туев А.В., Некрутенко Л.А. Артериальная гипертензия: проблемы тромбофилии, эндотелиальная дисфункция, метаболическое обеспечение, оптимизация лечения // Пермь.- 2001. - 254 с.

- 77.Турсункулова М. Э., Султанов С. Н. Анализ причин материнской смертности от акушерских кровотечений в Кашкадарьинской области: научное издание // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент.- 2009. - N1. - С. 37-38.
- 78.Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным: Руководство для клинической практики.// ВОЗ.- Женева.- 2003.
- 79.Фролова О.Г. Бурдули Г.М., Дурасова Н.А. Материнская смертность после оперативного родоразрешения // Мать и дитя : материалы VIII Рос. форума. М.- 2006. - С. 344-345.
- 80.Фролова О.Г., Алексеев В.А., Токова З.З. Методические подходы к анализу материнской смертности // Акуш. и гин. 1991. - №2. - С. 23-25.
- 81.Хмелевская Е.А. Материнская смертность в Санкт-Петербурге и пути её снижения / Е.А. Хмелевская, ВФ. Кириченко, М.А. Репина // Медико-социальные проблемы охраны здоровья на этапе перехода к страховой медицине: мат.конф. -С-Петербург.- 1992.-С. 137-139.
- 82.Что кроется за цифрами. Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасности материнства.// Женева ВОЗ.- 2004.-170
- 83.Шалина Р.И. Патогенетическое обоснование ранней диагностики, профилактики и терапии ОПГ-гестозов: автореф. дис. . д-ра мед. наук .-М.- 1995. - 48 с.
- 84.Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г. Меры по профилактике числа абортс и материнской смертности в Российской Федерации // Здравоохранение. -2004. - № 7. - С.13-14.
- 85.Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных// «Триада ». -М.- 2005.-255-302,459-514
- 86.Шехтман М. М.Акушерская нефрология.-М.-2000.- с.40-102.

87. Юлдошев Р.С. Анализ причин материнской смертности от акушерских кровотечений в Кашкадарьинской области // Вестник врача общей практики. – Самарканд.- 2004. - №3. - С. 133-135.
88. Ядгарова К.Т. Пути снижения материнской смертности в Республике Узбекистан // Вестник врача. – Самарканд.- 2009. - №3. - С. 9-14.
89. Aagaard-Tillery K.M., Belfort M.A. Eclampsia: morbidity, mortality, and management.// Clin. Obstet.Gynecol.-2005.-vol.48-p.12-23
90. Abou Zahr C. Global Burden of maternal death and disability. Br. Med.Bull. 2003.-67:1-11
91. Abou Zahr C., Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed" by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization//United Nations Children's Fund.- 2003.
92. Adisasmita A., Deviany P.E., Nandiaty F. Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia: Centre for Family Welfare, Faculty of Public Health, University of Indonesia, Depok, Indonesia// BMC Pregnancy Childbirth.- 2008.- Mar 12;8:10. Links.
93. Ahluwalia I.B. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2003.- Vol.82, №2.- P.231-240.
94. Anonymous. The prevention and management of postpartum haemorrhage. Report of a Technical Working Group.// WHO.-MCH.- 1990.-90.7
95. Baskett T.F. Severe obstetric maternal morbidity: a 15-year population-based study: Department of Obstetrics and Gynaecology and Perinatal Epidemiology Research Unit, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada // J Obstet Gynaecol. 2005 .-25(1).- p.7-9.
96. Betran AP, Wojdyla D, Posner FS, et al. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. BMC Public Health 2005.- 5.- p.131.

97. Bone R.C., Balk R.A., Cerra F.B., et al: American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med* 1992.- 20.- p.864–874
98. Bouvier-Colle, M.H. Maternal mortality estimation in France, according to a new method / M.H. Bouvier-Colle // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2004.- Vol.33, №5.- P.421 - 429
99. Brabin B.J., Hakimi M., Pelletier D. An analysis of anemia and pregnancy- related maternal morbidity // *J.Nutr.*-2001,-Vol. 131.- P. 604-614
100. Brill-Edwards P., Ginsberg J.S., Gent M. et al. The Recurrence of Clot in This Pregnancy Study Gro, Safety of Withholding Heparin in Pregnant Women with a History of Venous Thromboembolism.// 2000.- *NEJM* 343: P. 1439-1444.
101. Callister L.C. Global Maternal Mortality:contributing factors and strategies for change MCN, *The American Journal of maternal. Child Nursing* 2005.-30(3).-P. 184-92
102. Callum J.L., Kaplan H.S., Merkley L.L. Reporting of near-miss events for transfusion medicine: improving transfusion safety: Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre and The University of Toronto//Canada.- *Transfusion.*- 2001 .-41 (10).- p.1204-11.
103. Campbell O.M., Graham W.J.. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006.- 368(9543).-p.1284–99.
104. Chang J., Eiam-Evans L.D., Berg C.J., Herndon J., Fiowers L., Seed K.A., Syverson C.J. Pregnancy-related mortality surveillance - United States.- 1991- 1999.
105. Classification statistique internationale des maladies et des problemes de sante connexes.//Dixieme revision (2 vol.).Genève.- OMS.- 1993

106. Deneux-Tharoux C., Berg C., Bouvier-Colle M.H., Gissler M., Harper M., Nannini A. et al. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe.// *Obstet Gynecol* 2005.- 106:684–692.;
107. Esper R., Nordaby R., Vilarino J. et al. *Cardiovasc. Diabetol* 2006.- 5.- 4-22.
108. Filippi V. Near-misses maternal morbidity and mortality (letter) // *Lancet*. - 1998.-351.-p. 145-146.
109. Flachowsky S. *Zbl. // Gynecol.* – 1994. – Bd 116, № 2. – P. 88-92.
110. Galdo T. Gonzalez F., Espinoza M. Impact of pregnancy on the function of transplanted kidneys.// *Transplant. Proc.* — 2005. — Vol. 37, N 3. — P. 1577-1579.
111. Gaugler-Senden, I.P. Maternal and perinatal outcome of preeclampsia with an onset before 24 weeks' gestation. Audit in a tertiary referral center // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod .Biol.* — 2006.- Vol. 128, №1-2.- P.216 221.
112. Geller S.E., Adams M.G., Kelly P.J., Kodkany B.S., Derman R.J. Postpartum hemorrhage in resource-poor settings.// *Int J Gynaecol Obstet* 2006.- 92: 202.–11.
113. Hansh E. Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage: a five-year experience (see comments) / E. Hansh, E. Chitkara, Mc J. Alpine // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999. -Vol. 180, №6.-P. 1454-1460.
114. Horon I.L. Under reporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *American Journal of Public Health* 2005.- 95(3).-478–482.
115. Horton R. What will it take to stop maternal death? // *The lancet*.- 2009.

116. Hussain R., Dlugacz Y.D. Good catch: finding near misses and preventing errors. International Forum on Quality and Safety.- 2008.- Parish, France abstr.29. <http://qshc.bmj.com/content/17/4/e1.full>
117. Kao S., Chen L.M., Shi L., Weinrich M.C. Underreporting and mystification of maternal mortality in Taiwan. //Acta Obstet Gynecol Scand 1997.-76:629.- p.636.
118. Karimian-Teherani D., Haidinger G., Waidhofer T., Beck A., Vutuc C. Under-reporting of direct and indirect obstetric deaths in Austria, 1980-98. //Acta Obstet Gynecol Scand 2002.-81.-p.323-327.
119. Kaye D., Mirembe F., Ariga F., Namulema B. Maternal mortality and associated near-miss among emerge intrapartum obstetric referrals in Mulago Hospital. Kampala Uganda. East Afr Med J 2003.- 80(3).-p.144-9
120. Lampinen K., Ronnback M., Koaja R., Groop P. J Hypertens 2006.- 24: 4.- p. 751-756.
121. Lang C.T., King J.C. Maternal mortality in the United States // Best Pract. Res Clin. Obstet. Gynaecol. 2008 .-22(3).-p.517-31.
122. Lema, V.M. Maternal mortality at the Queen Elizabeth Central Teaching Hospital, Blantyre, Malawi // East. Afr. Med. J. -2005.- Vol.82,№1.- P.3-9.
123. Lewis G. Beyond the numbers:reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. British Medical Bulletin 2003.- 67:27.-37.
124. Lewis G., ed. Why mothers die 2000-2002: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London, RCOG Press// 2004.
125. Lorentz M.I., Rolv T.L. Long term mortality of mothers and fathers after preeclampsia: population based cohort study // BMJ. -2001.-Vol. 323.-P. 1213-1217
126. Mangos G. // J Hypertens. – 2006. – № 24. – P. 638-641

127. Maqnussek E.B. Pregnancy cardiovascular risk as predictors of preeclampsia: population based cohort study. // BMJ. – 2007. – № 335. – P. 978-986
128. Maternal mortality in 2005 : estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. //WHO 2008.- p.4-6,40
129. Mayer A.J., Laderer W., Duhser M., Pfaller K., Mortl M.G.. Morphologic changes of the uteroplacental unit in the preeclampsia like syndrome in Rats // Hypertension in pregnancy.- 2005.-v.24.- p.29-36
130. Maynard Sh., Min J.-Y., Merchan J. et al. // J Clin Invest. – 2003.- 111.-p. 649-658.
131. McCaw-Binns, A. Epidemiologic transition in maternal mortality and morbidity: new challenges for Jamaica // International Journal of Gynecology and Obstetrics.- 2007.- Vol.96.- P. 226-232
132. Meziani F., Tesse A., David E. et al. // Am J Pathol. – 2006.- 169: 4.-p. 1473-1483
133. Miguil M., Chekairy A. Eklampsia, study of 342 cases// Hypertension in pregnancy.-2008-vol.27- p.103-111
134. MMWR Surveill Summ 2003.-52:1.-p.8
135. Morey, S.S. ACOG releases report on risk factors, causes and management of postpartum hemorrhage // Am. Fam. Physian. 1998. - Vol. 58, №15. - P. 1002-1004
136. Mousa H.A.,Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum hemorrhage// Cochrane Database Syst.Rev.-2003-Vol.1.-CD 003249
137. O'Brien W.F., Cefalo R.C. Labour and delivery. In: Gabbe SG, Niebyl J.R., Simpson J.L., editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone// 1996.- p. 388.
138. Panella M., Rocchi M., Landolina C. et al. // Clin Exp Obstet Gynecol. – 1997. – V 24, № 2. – P. 82-85.

139. Penney G. Near miss audit in obstetrics : University of Aberdeen, Aberdeen, UK/ Penney G., Brace V. // *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007 Apr; 19(2): 14550.
140. Rana S., Karumanchi S., Levine R. et al. // *Hypertension.* – 2007.- 50: 1.- p. 35-36.
141. Salanave B., Bouvier-Colle M.H., Varnoux N. et al. Classification differences and maternal mortality: a European study. MOMS Group. Mothers' Mortality and Severe Morbidity. *International Journal of Epidemiology* 1999.- 28(1).- p.64–69.
142. Sangala V. Safe abortion:a woman's right//*Trop.Doc.-2005-Vol.35(3).-p.130-133*
143. Say L. , Souza J.P., Pattinson R.C .et al.Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care : Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; Geneva, Switzerland/ *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2009 .-23(3).-p.287-96.
144. Shane Higgins . *Obstetric haemorrhage Emergency Medicine* 2003.- 15.- p. 227–231
145. Sibai B.M. Diagnosis, prevention and management of eclampsia // *Obstet. and Gynecol.-2005-vol.105-p.402-410*
146. Sibai B.M. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low plateletes): Much ado about nothing? II *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 1990.- v. 162, №2.- p. 311 -317
147. Sobande A.A. Severe pre-eclampsia and eclampsia in Abha, the south west region of Saudi Arabia // *J. Obstet. Gynaecol.* -2007.- Vol. 27, №2.- P. 150-154
148. Souza J.P., Cecatti J.G., Parpinelli M.A. et al. An emerging "maternal near-miss syndrome": narratives of women who almost died' during pregnancy and' childbirth : Department of Obstetrics and

- Gynecology University of Campinas, Campinas, Brazil //Birth. 2009.- 36(2).- p.149-58.
149. The World Health Report. Make every mother and every child count. // Geneva, World Health Organization.- 2005.- p. 62
 150. Tsioufis C., Stefanadis C., Toutouzaas M.et al. Microalbuminuria is associated with unfavourable cardiac geometric adaptations in essential hypertensive subjects // J. Hum. Hypertens. 2002. - Vol. 16. - P. 249-254.
 151. Turner L.A., Kramer M.S., Liu S. Cause-specific mortality during and after pregnancy and the definition of maternal death. Chronic Dis. Can 2002.-23(1).- P. 31-6.
 152. Van Roosmalen J., Zwart J. Severe acute maternal morbidity in high-income countries. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2009.-23.-297-304
 153. Waterstone M., Bewley S., Worde C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity:case-control study/ British Medical J 2001,322: 1089-93
 154. Waugh J., Bell S.C., Kilby M.et al. Effect concentration and biochemical assay on the accuracy of urine dipsticks in hypertensive pregnancies// Hypertension in pregnancy.- 2001.- V.20.-P.205-217
 155. Witlin A.G., Sibai A.M. Perinatal and maternal outcome following abruption placentae //Hypertension in pregnancy.- 2001.- V.20.- P.
 156. World Health Organization. Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva7 Department of Reproductive Health and Research, WHO.- 2000
 157. World Health Organization. Making a difference in countries strategic approach to improving maternal and newborn survival and health. Geneva7 Department of Making Pregnancy Safer, WHO.-2006
 158. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO,UNICEF and UNFPA. Geneva7 WHO.- 2004.

159. World Health Organization. Neonatal and Perinatal Mortality:Country, Regional and Global Estimates. Geneva7 WHO.- 2006.
160. Zhang J., Meikle S., Trumble A. Sever maternal morbidity associated with hypertensive disorders in pregnancy in the United States // Hypertens. Pregnancy. 2003. - Vol. 22. - P. 203-212
161. Zhou Y., Fisher S., Janatpour M. et al. // J Clin Invest. – 1997; 99: 2143-2151