

тех 67 пациентов, которые были исследованы всеми тремя методами лучевой диагностики.

По данным, приведенным в таблице 4, видно, что эхография демонстрирует наиболее высокие показатели диагностической эффективности при определении нарушений в билиарном тракте. Несколько меньшей точностью обладают КТ и МР. Данные КТ и МРТ по информативности не превосходили ультразвуковой метод, который позволял выявить дополнительные признаки поражения билиарного тракта. Методом выбора в данном случае является УЗИ.

Для сравнения были отобраны 300 историй болезни пациентов, находившихся в терапевтических отделениях того же стационара, но не имевших заболеваний печени. Среди больных без заболеваний печени патология билиарной системы обнаружена у 33 человек (11,0%), тогда как у больных с циррозом патология желчного пузыря и билиарных протоков выявлена у 92 больных из 155 (59,3%). Таким образом, установлено, что изменения в билиарном тракте у больных циррозом формируются статистически достоверно чаще, чем в популяции пациентов без заболеваний печени ($p < 0,05$).

Обсуждение

Возможности лучевой диагностики в оценке наличия изменений в желчном пузыре и в билиарном тракте представляют значительный клинический интерес [3, 4, 7]. Заболевания, при которых происходят нарушение желчеоттока и фиброзирование ложа желчного пузыря, немногочисленны [7, 9, 11]. Для клинициста важно не только определить наличие изменений, но и установить как можно более точно их этиологический момент. В этом отношении разные методы лучевой диагностики имеют неодинаковую эффективность [1, 2, 4].

Медицинская визуализация играет существенную роль у пациентов с изменениями в желчевыводящих путях [3, 5, 8, 9, 10, 11]. Среди методов лучевой диагностики для диагностики поражений желчного пузыря, протоков и парабиллярных тканей основными инструментами медицинской визуализации являются УЗИ и КТ [3, 5]. МРТ используется лишь в отдельных случаях, например, для установления высоты билиарного блока или при дифференцировании онкопроцессов [8, 9, 10, 11].

Таким образом, в качестве метода лучевой диагностики, показавшего наибольшую эффективность

в выявлении изменений в билиарном тракте, в настоящем исследовании стал метод эхографии. Он же является и методом выбора. В целом же изменения в желчном пузыре и в билиарном тракте (хронический холецистит, желчекаменная болезнь, хронический панкреатит, полипоз желчного пузыря, изменения после холецистэктомии) присутствовали приблизительно у 60% больных циррозом. Это было достоверно чаще, чем в популяции пациентов без заболеваний печени ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. — СПб: ООО «ДиаСофтЮП», 2001. — 608 с.
2. Власов В. В. Введение в доказательную медицину. — М.: Медиа Сфера. — 2000. — 227 с.
3. Зубовский Г. А. Лучевая и ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей. — М.: Медицина, 1988. — 240 с.
4. Ивашкин В. Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. — М.: ООО «Издательский дом «М-Вест»». — 2002. — 416 с.
5. Кармазановский Г. Г., Вилягин М. Ю., Никитаев Н. С. Компьютерная томография печени и желчных путей. — М.: Панател-Бук, 1997. — 358 с.
6. Пальцев А. И., Осипенко М. Ф., Волошина Н. Б. Состояние билиарного тракта у больных хроническими вирусными гепатитами // Терапевтический архив. — 2005. — Том 77. — С. 72–77.
7. Панфилов С. А., Панфилова Е. В. Диагностика заболеваний печени, билиарного тракта с курсом патологической анатомии. — М.: Бином. Лаборатория знаний. — 2003. — 211 с.
8. Ратников В. А. и соавт. Возможности МРТ в диагностике патологии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы // Радиология-2000: лучевая диагностика на пороге третьего тысячелетия. — М.: Морга-Экспо, 2000. — С. 496–497.
9. Ito K., Mitchell D. G., Gabata T. et al. Expanded gallbladder fossa: simple MR imaging sign of cirrhosis // Radiology. — 1999. — Vol. 211. — P. 723–726.
10. Ito K., Mitchell D. G., Gabata T. Enlargement of hilar periportal space: a sign of early cirrhosis at MR imaging // Magn. Reson. Imaging. — 2000. — Vol. 11. — P. 136–140.
11. Kobayashi S., Matsui O., Gabata T. Et al. MRI findings of primary biliary cirrhosis: correlation with Scheuer histologic staging // Abdom. Imaging. — 2005. Jan-Feb. — Vol. 30 (1). — P. 71–66.

Поступила 02.10.2009

Е. Ю. ЛЕБЕДЕНКО

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЯЖЕЛЫХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ («ЕДВА ВЫЖИВШИХ») И СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКИХ СМЕРТЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 3 ФПК и ППС

ГОУ ВПО Ростовского государственного медицинского университета,

Россия, 344029, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: lebedenko08@mail.ru

В работе представлены результаты клинко-статистического анализа медицинской документации 302 женщин, перенесших экстренные акушерские ситуации в период родов или послеродовом периоде, из которых 74 случая составили материнские потери, а 228 случаев едва не завершились летальным исходом — «едва выжившие». Изучение клинических случаев «едва выживших» в период родов или в послеродовом периоде может использоваться для мониторинга службы родовспоможения, снижения материнской заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: материнская смертность, случаи «едва выжившие», роды и послеродовой период.

CLINICAL-STATISTICAL ANALYSIS CONSECUTIVE WOMEN ADMITTED AS EMERGENCY OBSTETRIC
REFERRALS IN LABOUR OR PUERPERIUM (MATERNAL NEAR MISS)
AND MATERNAL MORBIDITY

*State educational institution of higher vocational training
of Rostov state medical university,
Federal agency of health service and social development,
Chair of obstetrics and gynecology № 3 faculty of raising the level of skill;
Rostov region Pathologoanatomic office, Rostov-on-Don
Russia, Rostov state medical university,
Russia, 344029, Rostov-on-Don, Nakhichevskij str., 29. E-mail: lebedenko08@mail.ru*

The work presents the results of the analysis of clinical-statistical consecutive women admitted as emergency obstetric referrals in labour or puerperium. Of the 302 referrals over 228 were near-misses and 74 died. Studying cases of women who nearly died but survived a complication during pregnancy, childbirth or postpartum (near miss or severe acute maternal morbidity) are increasingly recognized as useful means to examine quality of obstetric care.

Key words: maternal morbidity, maternal near miss, labour, puerperium.

Введение

В последние годы в зарубежной литературе применяется новый термин – «near miss» – «едва выжившие» – пациентки, перенесшие критические состояния с нарушением жизненно важных функций, потребовавших реанимационно-интенсивной помощи, но без летального исхода. По данным ряда исследований, число таких тяжелых осложнений, вызывающих утрату здоровья женщины, многократно (в 30 раз) превышает число материнских смертей. Тяжелые формы материнской заболеваемости регистрируются приблизительно у 1,0% родильниц в США по сравнению с 9,1% в некоторых развивающихся странах. Во всем мире ведущими причинами случаев, едва не приведших к летальному исходу, являются акушерские кровотечения, сепсис, преэклампсия или эклампсия (D. Kaye, F. Mirembe, F. Aziga, B. Namulema, 2003; G. Penney, V. Brace, 2007; O. T. Oladapo, 2009; R. E. Wilson, 2009; J. P. Souza et al., 2009).

Глубокий анализ акушерских случаев, едва не завершившихся летальным исходом, является предметом систематического изучения в большинстве развитых и в значительном числе развивающихся стран. Исследованиям данной проблемы материнской заболеваемости в настоящее время посвящено большое количество зарубежных научных работ и клинических наблюдений, в которых подчеркивается важность глубокого анализа каждого клинического случая после перенесенной акушерской катастрофы и, что не менее значимо, выработки единых критериев (индикаторов) для идентификации этих нозологических форм. В России подобные исследования до настоящего времени крайне ограничены и не носят системного характера.

Цель исследования – провести сравнительный клинико-статистический анализ и оценить динамику факторов риска в случаях материнских смертей и в группе «едва выживших» пациенток.

Методика исследования

Комплексный анализ случаев материнских смертей и «едва выживших», зарегистрированных в Ростовской области за период с 2000 по 2007 г., проводился

в соответствии с приказом № 500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации», по утвержденным формам первичной медицинской документации: медицинским картам амбулаторного больного ф. № 025/у, индивидуальным картам беременной и родильницы ф. № 111/у, историям родов ф. № 096/у, медицинским картам стационарного больного ф. № 003/у, протоколам вскрытия ф. № 210, заключениям ГУЗ РО «Патолого-анатомическое бюро по медицинской документации» формы № 013/у, учетным формам № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», протоколам областных комиссий по родовспоможению с разборами случаев материнской смерти и тяжелых акушерских осложнений, зарегистрированных в исследуемый период в Ростовской области.

Результаты исследования

По данным отдела охраны здоровья женщин и детей МЗ РО, в Ростовской области ежегодно регистрируется около 500 обращений из сельских и городских территориальных акушерских стационаров к областным специалистам по линии санитарной авиации для оказания консультативной помощи беременным, роженицам и родильницам (табл. 1). В 25% случаев тяжелые состояния, связанные с беременностью и родами, требуют выездов бригад специалистов для оказания медицинской помощи на местах. Около 40% пациенток транспортируются из ЦРБ в многопрофильные областные стационары г. Ростова-на-Дону.

Несмотря на некоторые колебания абсолютных значений ежегодного числа родов в Ростовской области, за период 2000–2007 гг. уровень показателей, отражающих обращаемость за консультативной помощью по линии санитарной авиации, выездов бригад специалистов и транспортировки рожениц и родильниц из территориальных акушерских стационаров в областные учреждения г. Ростова-на-Дону, оставался относительно стабильным (табл. 1) и в среднем составлял $10,45 \pm 0,68$, $2,43 \pm 0,28$ и $2,58 \pm 0,62$ на 1000 родов соответственно.

Сравнительный анализ 228 случаев тяжелых акушерских осложнений у БРР, едва не завершившихся летальным исходом («едва выживших»), и 74

Таблица 1

**Показатели обращаемости за консультативной помощью
по линии санитарной авиации к областным специалистам**

Исследуемый период (годы)	Количество родов по Ростовской области (в год)	Консультации по линии санитарной авиации (в год)		Выезды в территории Ростовской области (в год)		Транспортировка рожениц и родильниц из ЦРБ в областные стационары г. Ростова-на-Дону (в год)	
		Абс. кол-во	На 1000 родов	Абс. кол-во	На 1000 родов	Абс. кол-во	На 1000 родов
2000	35 755	394	11,0	81	2,3	74	2,1
2001	36 684	408	11,1	88	2,4	80	2,2
2002	38 863	387	9,9	97	2,5	87	2,2
2003	40 726	409	10,0	106	2,6	84	2,1
2004	41 803	397	9,5	99	2,4	112	2,7
2005	39 982	416	10,4	109	2,7	96	2,4
2006	41 011	428	10,4	90	2,2	133	3,2
2007	42 414	490	11,6	125	2,9	161	3,8

Таблица 2

**Распределение по возрасту пациенток, составивших
случаи материнских смертей и «едва выживших»**

	Случаи «едва выжившие»	Случаи материнских смертей
До 20 лет	25 (11,0%)	10 (13,5%)
21–30 лет	100 (43,8%)	31 (41,9%)
31–40 лет	87(38,2%)	30 (40,5%)
>40 лет	16 (7,0%)	3 (4,1%)
Всего	228 (100,0%)	74 (100,0%)

материнских смертей, зарегистрированных в учреждениях службы родовспоможения Ростовской области за период 2000–2007 гг., показал следующее.

Подавляющее большинство женщин «едва выживших» было госпитализировано для родоразрешения или оказания других видов медицинской помощи в акушерские стационары территорий Ростовской области (n=162, 71,0%). При этом в городских и сельских лечебных учреждениях РО доля таковых была относительно равной: 31,5% (n=72) и 39,4% (n=90) соответственно. Данное распределение было сопоставимо с результатами проведенного анализа случаев материнских смертей: суммарная частота умерших женщин в территориальных акушерских стационарах составляла 81,1% (n=60) – 55,4% случаев летальных исходов произошли в ЦРБ РО (n=41), и 25,7% (n=19) БРР было транспортировано из территорий РО в областные учреждения.

Возрастной диапазон пациенток «едва выживших» был представлен 4 декадами. Преобладали женщины в возрасте от 21 до 30 лет и от 31 до 40 лет. Наименьшей была доля женщин в возрасте старше 40 лет. Аналогичное распределение по возрасту отмечалось и среди умерших пациенток за весь исследуемый период (табл. 2).

Из 228 анализируемых случаев «едва выживших» родильницы составляли 91,2% (n=208), что полностью

соответствовало таковым данным в группе БРР, составивших случаи материнских смертей – 91,2% (n=68 из 74). В основе развития тяжелых состояний у 20 пациенток (8,8%) «едва выживших» были осложнения самопроизвольных и медицинских аборт, внематочная беременность. В случаях материнских потерь данные причины летальных исходов встречались с сопоставимой частотой (n=6, 8,1%).

При сравнительном анализе первоначальных причин развития критических состояний у пациенток «едва выживших» и женщин с летальными исходами нами были получены некоторые отличия. Так, в случаях, едва не завершившихся летальным исходом, с достоверно более высокой частотой (p<0,001) встречались тяжелые осложнения гестоза – пре- и эклампсия (n=87).

Частота акушерских кровотечений, экстрагенитальных заболеваний и различных форм сепсиса в сравниваемых группах достоверных отличий не имела. В группе материнских смертей доля прочих составляющих (осложнений анестезии, внематочной беременности, ЭОБ, аборта, технических дефектов оперативных вмешательств) была достоверно выше по сравнению с таковой в группе «едва выживших» (p<0,001) (рис. 1). Ведущими синдромами, определяющими тяжесть больных в критическом состоянии, в обеих срав-

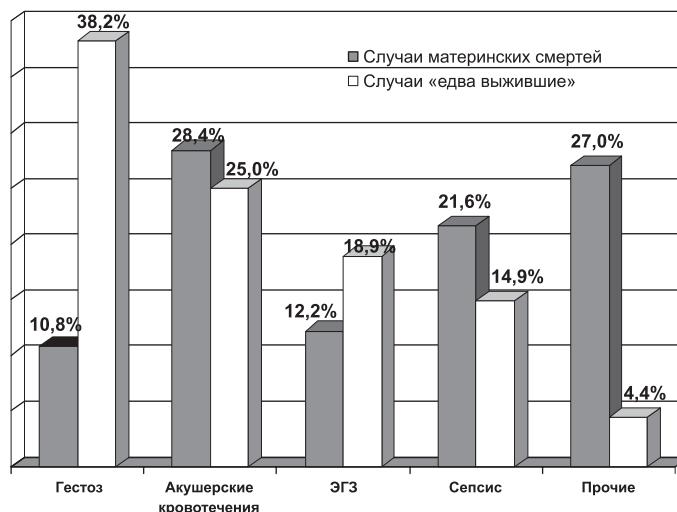


Рис. 1. Первоначальные причины тяжелых акушерских осложнений в случаях материнских смертей и «едва выживших» в РО за период 2000–2007 гг.

ниваемых группах являлись: 1) недостаточность кровообращения; 2) острая дыхательная недостаточность; 3) острая почечная дисфункция; 4) острая печеночная дисфункция; 5) острое расстройство в системе гемостаза; 6) острая церебральная недостаточность.

Из общего числа исследуемых случаев «едва выживших» 94,2% (n=196) женщин состояли на учете по беременности в женской консультации с 9/10–14/15 недель и относительно регулярно наблюдались. Среди пациенток, составивших случаи материнских смертей за 2000–2007 гг., доля беременных, состоящих на диспансерном учете по беременности, была достоверно ниже и составляла 77,7% (n=57) ($p<0,001$). К моменту родоразрешения доношенной беременности была у сопоставимого числа женщин: у 165 (79,3%) из группы «едва выживших» и у 56 (82,4%) умерших. Частота преждевременных родов также достоверно не отличалась: у 20,7% (n=43) и у 27,9% (n=16) соответственно.

Повторнородящие женщины в группе «едва выживших» преобладали (62,7%, n=143), что достоверно отличалось от данных в группе материнских потерь (47,1%, n=32). Около ¼ части пациенток «едва выживших» уже имели в анамнезе кесарево сечение. Перво-

родящей являлась каждая третья женщина в группе «едва выживших» (37,2%, n=85), а среди пациенток, составивших случаи материнских смертей, – каждая вторая (52,9%, n=36) ($p<0,05$). Доля первобеременных оказалась достоверно более высокой среди случаев с летальным исходом беременности и родов – 36,8% (n=25) по сравнению с группой «едва выживших» – 11,9% (n=27) ($p<0,001$).

Анализ способов родоразрешения в группе «едва выживших» показал более высокую частоту кесаревых сечений (n=133, 63,9%) по сравнению с таковой среди умерших женщин, у которых оперативное родоразрешение встречалось в 50,0% случаев (n=34). При этом в группе «едва выживших» экстренных кесаревых сечений было достоверно меньше, чем в группе женщин с летальным исходом беременности и родов ($p<0,05$) (рис. 2).

Как показал наш дальнейший анализ, в результате возникших экстренных акушерских ситуаций удаление матки «едва выжившим» пациенткам было выполнено в 81,5% случаев (n=186), что также достоверно превышало частоту таковых в группе умерших женщин – 58,1% (n=43) ($p<0,001$). При этом гистерэктомия с при-

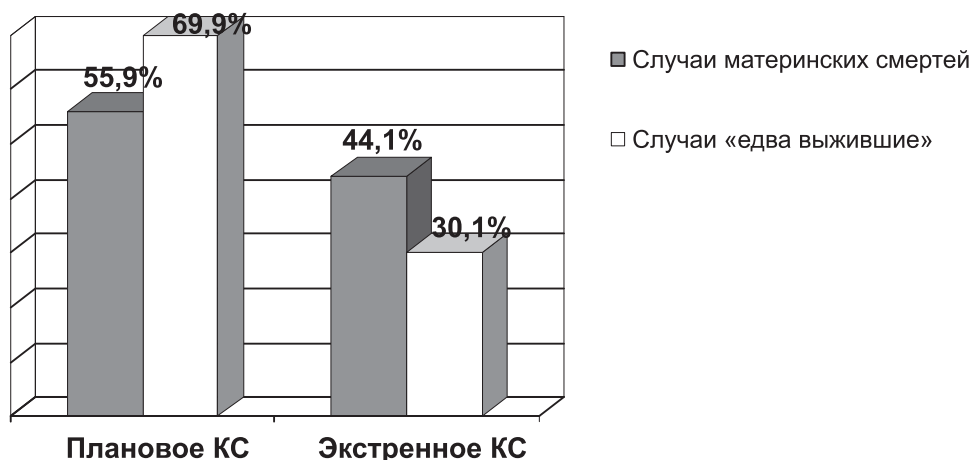


Рис. 2. Структура оперативных родоразрешений в случаях материнских смертей и «едва выживших» в РО за период 2000–2007 гг.

датками была выполнена большей половине женщин в группе «едва выживших» ($n=119$, 63,9%), в 2 раза реже осуществляли экстирпацию матки без придатков ($n=41$, 22,0%). Надвлагалищная ампутация матки была выполнена достоверно более меньшему количеству исследуемых ($n=26$, 13,9%), чем в группе с летальными исходами – 67,4% ($n=29$) ($p<0,05$).

Лидирующее место среди показаний к гистерэктомии среди «едва выживших» занимали различные виды акушерских кровотечений ($n=151$, 81,2%). Удаление матки в связи с септическими осложнениями выполнялось 18,8% пациенток ($n=35$). Однонаправленные тенденции в показаниях к экстирпации матки отмечались и в группе МС, однако удаление матки как источника кровотечения (69,8%, $n=30$) и очага инфекции (30,2% ($n=13$)) встречалось с достоверно более низкой частотой ($p<0,05$) по сравнению с группой «едва выживших» женщин.

Сохранить репродуктивный орган в группе «едва выживших» пациенток удалось лишь у 42 (18,4%) из 228 исследуемых случаев: в 19 случаях у родильниц с экстрагенитальной патологией (45,2%) и у 23 (54,8%) с различными формами акушерских кровотечений: у 12 (52,2%) с гипо- и атоническими маточными кровотечениями и у 11 (47,8%) с кровотечением в связи с ПОНРП. В группе женщин, составивших случаи материнских смертей, удаление матки не выполнялось достоверно большей доле пациенток – 41,9% случаев ($n=31$) ($p<0,001$).

Перинатальные потери у женщин, перенесших тяжелые акушерские осложнения, но оставшихся живыми, составили 26,3% ($n=60$), в структуре которых абсолютное большинство было представлено антенатальной гибелью плода (рис. 3). Отмечались сопоставимые доли интранатальных и ранних неонатальных потерь. В 7 случаях неблагоприятные исходы для плода произошли в сроках от 7 дней до 1 месяца. Сравнительный анализ перинатальных исходов показал достоверное преобладание случаев ранней неонатальной гибели новорожденных в группе паци-

енток, составивших случаи материнских летальных исходов ($p<0,05$), при отсутствии отличий в частоте антенатальных и интранатальных потерь. Случаев неонатальной гибели новорожденных в группе материнских смертей не было.

Из 228 случаев «едва выживших» нами проведен анализ динамики факторов акушерского и перинатального риска у 39 родильниц, перенесших гистерэктомию в родах и послеродовом периоде в городских и территориальных акушерских стационарах Ростовской области. Группу сравнения составили 24 пациентки с благоприятным исходом беременности и родов для матери и плода. Сроки постановки на учет по беременности в женской консультации и кратность посещений были адекватны в обеих группах.

При сравнительном анализе результатов подсчета пренатальных факторов риска у пациенток исследуемых групп нами были получены сопоставимые результаты по их суммарной величине (201 и 134), общему числу, а также по средней величине баллов в пересчете на 1 пациентку ($5,1\pm0,6$ и $5,6\pm0,9$ балла и $15,3\pm1,2$ и $15,7\pm1,7$ балла соответственно).

К завершению I триместра беременности сумма антенатальных факторов риска в 1-й группе составляла 105, а во 2-й – в 3 раза меньше (36), что закономерно повлияло на 2-кратные различия как в количестве факторов, так и в средней величине баллов на 1 женщину ($2,7\pm0,8$ и $1,5\pm0,4$; $7,9\pm0,7$ и $3,9\pm0,6$ соответственно по группам). В течение II и III триместров беременности у пациенток 1-й группы отмечался дальнейший рост факторов риска, что способствовало существенному увеличению суммарных значений (со 105 до 254), а также их числа (с $3,9\pm0,6$ до $5,0\pm0,7$) и количества баллов в перерасчете на 1 женщину (с $7,9\pm0,7$ до $12,1\pm1,8$). Во 2-й группе отмечалась достоверно значимая ($p<0,001$) обратная направленность в динамике анализируемых факторов риска. Так, по итогам завершения антенатального периода в данной группе на 1 беременную в

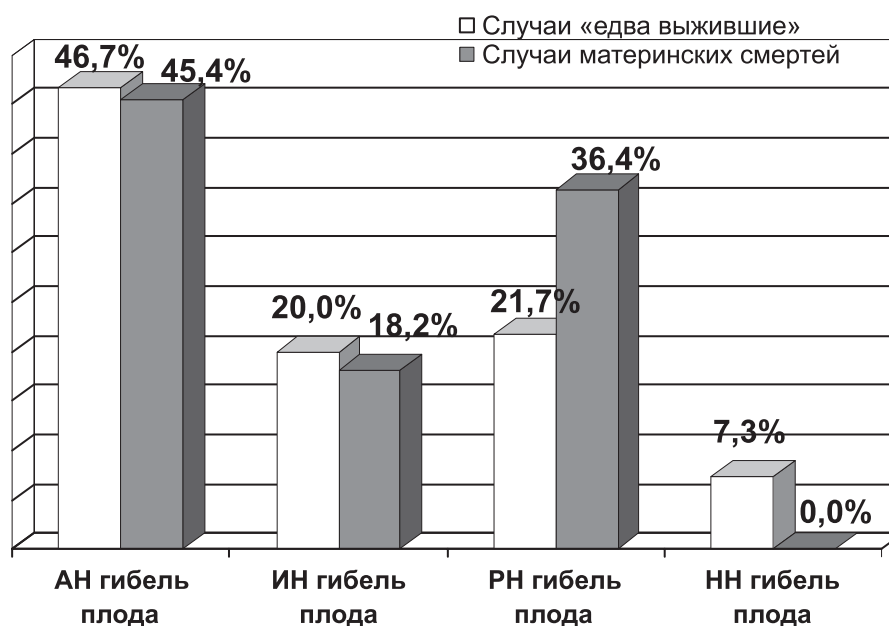


Рис. 3. Структура перинатальных потерь в группах материнских смертей и «едва выживших» пациенток

среднем приходилось $1,3 \pm 0,5$ фактора риска, а средняя сумма баллов у каждой женщины составляла $2,5 \pm 0,8$.

Суммирование пре- и антенатальных факторов риска показало, что в 1-й группе их общее количество (455) в 2,4 раза превышало таковое во 2-й (193), что определялось существенным антенатальным приростом к исходно сопоставимым суммарным значениям пренатальных факторов риска в обеих группах (201 и 134).

В 1-й группе суммарная величина интранатальных факторов риска (52) определялась развитием таких осложнений, как родовое излитие вод при отсутствии родовой деятельности в течение 6 часов (30,8%), аномалиями родовой деятельности (25,6%), патологическим преламинарным периодом (20,5%), а также меконияльной окраской околоплодных вод (25,6%). От общего количества баллов по группе (292) число факторов риска и баллов в пересчете на 1 пациентку составляло $1,3 \pm 0,04$ и $7,5 \pm 0,2$ соответственно. Во 2-й группе существенно более низкая частота встречаемости анализируемых интранатальных факторов риска (12,5%, 4,2%, 0%, 4,2%) определяла значительные отличия в общем количестве выявленных факторов риска (5), средних значениях факторов риска, а также в уровне баллов в пересчете на 1 роженицу ($0,2 \pm 0,01$ и $1,5 \pm 0,04$ соответственно). Закономерными были также полученные данные о высокой частоте амниотомий (25,6%), индукции родов (30,8%), острой гипоксии плода (10,3%), экстренных оперативных родоразрешений (73,1%), акушерских кровотечений в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (12,8%), атонии матки (25,6%), а также в связи с задержкой в полости матки частей плаценты (10,3%). Экстирпации матки в связи с акушерскими кровотечениями были выполнены большинству женщин (74,4%). Благоприятными исходы беременности для плода в 1-й группе оказались лишь в 38,9% случаев. В структуре перинатальных потерь преобладали случаи антенатальной гибели (46,7%), ранние неонатальные потери составляли 33,3%, интранатальные – 20,0%. Перевод новорожденных в реанимационное отделение потребовался 23,1%, в связи с перинатальным поражением ЦНС – 15,4%, аспирационным синдромом – 12,8% и синдромом дыхательных расстройств – 10,3%.

Во 2-й группе доля пациенток с доношенной беременностью составляла 95,8% (в 1-й группе – 53,9%) ($p < 0,05$), родами через естественные родовые пути беременность завершилась у 83,3% женщин (в 1-й группе – у 33,3%) ($p < 0,05$), плановые оперативные родоразрешения были выполнены 16,6% пациенток ($p < 0,05$), экстренных кесаревых сечений не было. Разрывы промежности отмечались в 3,3% случаев, разрывы шейки матки – в 12,5%. Послеродовые воспалительные заболевания встречались лишь у одной пациентки (4,2%). Благоприятные исходы для плода отмечены в 95,8% случаев ($p < 0,05$), 91,6% новорожденных родились доношенными. В связи с синдромом дыхательных расстройств 4,2% недоношенных новорожденных были переведены в реанимационное отделение.

Обсуждение

Таким образом, сравнительный клинико-статистический анализ «едва выживших» родильниц в отличие от материнских смертей выявил иной нозологический

спектр основных диагнозов: в частности, преобладание преэклампсий и экстрагенитальной патологии при явном уменьшении наиболее тяжелых акушерских состояний (сепсиса, акушерских эмболий, осложнений анестезии).

В исследуемых группах при определенном сходстве возрастного диапазона, долей родильниц, показаний для экстирпаций матки в группе пациенток «едва выживших» отмечается статистически более высокая частота ранней постановки на учет по беременности, своевременного удаления источника кровотечения или очага инфекции, плановых оперативных родоразрешений, достоверно меньшая доля первобеременных и первородящих, более низкая частота экстренных кесаревых сечений по сравнению со случаями материнских смертей.

Однако своевременная постановка беременных на учет в женскую консультацию и достаточная кратность ее посещения не предотвращают дефектов амбулаторного и госпитального этапов оказания медицинской помощи. Значимый рост числа антенатальных факторов риска к моменту родоразрешения, выявленный в группе «едва выживших» пациенток, может рассматриваться в качестве прогностического маркера дальнейшего интранатального прироста факторов риска, развития неблагоприятных исходов для плода, высокого риска потери репродуктивной функции.

Глубокий и систематический анализ случаев «едва выживших» родильниц в Ростовской области, доступных для исследования, а также возможность интервьюирования пациенток, оставшихся в живых, но получивших тяжелую материнскую заболеваемость, могут быть направлены в конечном счете на снижение материнской смертности и восстановление репродуктивного потенциала в регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Maternal mortality and associated near-misses among emergency intrapartum obstetric referrals in Mulago Hospital, Kampala, Uganda: Department of Obstetrics and Gynaecology, Makerere University, P. O. Box 7072, Kampala, Uganda / D. Kaye, F. Mirembe, F. Aziga, B. Namulema // *East Afr Med J.*, 2003 Mar. – Vol. 80 (3). – P. 144–149. Links.
2. Oladapo O. T. National data system on near miss and maternal death: shifting from maternal risk to public health impact in Nigeria / O. T. Oladapo, O. O. Adetoro, O. Fakeye, B. A. Ekele et al. The Nigerian Network for Reproductive Health Research and Training (NNRHRT) // *Reprod Health.* – 2009 Jun. – Vol. 9, 6 (1). – P. 8.
3. Say L. 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 / L. Say, J. P. Souza, R. C. Pattinson et al. // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* – 2009. Jun. – Vol. 23 (3). – P. 287–296.
4. Souza J. P. 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 / J. P. Souza, J. G. Cecatti, M. A. Parpinelli et al. // *Birth.* – 2009 Jun. – Vol. 36 (2). – P. 149–158.
5. Wilson R. E. The paradox of obstetric «near misses»: converting maternal mortality into morbidity / R. E. Wilson, H. M. Salihu // Department of Epidemiology and Biostatistics, University of South Florida, USA. – *Reprod Health.* 2009 Jun 9. – Vol. 6 (1). – P. 8.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Кафедра акушерства и гинекологии

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Росздрава»,
Россия, 362025, PCO—Алания, г. Владикавказ, ул. Кирова, 56, тел. 8672-53-95-25*

Работа выполнена на основании обследования и лечения 110 больных генитальным эндометриозом репродуктивного возраста. Доказана эффективность комплексного использования общей магнитотерапии и йодобромной бальнеотерапии для коррекции осложнений, улучшения качества жизни и реабилитации репродуктивной функции у больных генитальным эндометриозом.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, реабилитация, репродуктивная функция, общая магнитотерапия, йодобромная бальнеотерапия.

L. V. MAISURADZE, M. Z. SHOGENOVA, L. M. MIRZAEVA, L. V. TSALLAGOVA

MODERN ATTITUDE TO COMPLEX THERAPY OF GENITAL ENDOMETRIOSIS COMPLICATION

Department of Obstetrics and Gynaecology

*North-Ossetian State Medical Academy, Russian Health Service,
Russia, 362025, Alaniya, Vladikavkaz, Kirova str., 56, tel. 8672-53-95-25*

Research work is carried out on the basis of examination and treatment of 110 patients at reproductive age with genital endometriosis. Effectiveness of complex use of common magnitotherapy and iodone-bromide balneotherapy for correction of complications improvement of life quality and rehabilitation of reproductive function in patients with genital endometriosis has been proved.

Key words: genital endometriosis, rehabilitation, reproductive function, common magnitotherapy, iodone-bromide balneotherapy.

Терапия больных ГЭ вызывает большие трудности, поскольку лечение заключается не только в подавлении клинически активного эндометриоза гормональными препаратами или удалении его очагов хирургическим путем, но и в избавлении пациенток от осложнений и последствий заболевания в виде болевого синдрома, бесплодия, рубцово-спаечного процесса в области малого таза и психоневрологических нарушений [1, 2, 7]. В связи с этим очевидна актуальность внедрения в комплексное лечение больных эндометриозом методов с многоплановым действием. Названным условиям соответствуют системная магнитотерапия, позволяющая воздействовать на весь организм, оказывая выраженный анальгезирующий, репаративный, противовоспалительный, иммуномодулирующий, антиоксидантный эффекты [3, 4, 5]. Включение в лечебный комплекс йодобромных вод основано на данных ранее проведенных исследований, доказавших их влияние на регуляторные системы организма, анальгезирующее, седативное и гормонокорректирующее действие у больных генитальным эндометриозом [6].

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности консервативного лечения осложнений генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста путем разработки комплекса реабилитационных мероприятий с использованием современных немедикаментозных технологий.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на основании обследования и лечения 110 больных генитальным эндометриозом репродуктивного возраста (средний возраст $31,9 \pm 4,4$ года). В процессе обследования внутренний эндомет-

риоз (ВЭ) установлен у 34 (30,9%) больных, наружный эндометриоз (НЭ) диагностирован у 40 (36,4%), сочетание внутреннего и наружного эндометриоза — у 36 (32,7%) пациенток. Средний показатель продолжительности заболевания составил $8,8 \pm 3,4$ года. Наблюдаемые больные в соответствии с задачами исследования были разделены методом случайной выборки на 2 сопоставимые по основным клинко-функциональным характеристикам группы. К основной группе отнесены 78 больных, которым с целью коррекции осложнений генитального эндометриоза применялись немедикаментозные методы лечения, в том числе курортные факторы КБР. Из них 1-я подгруппа — 40 пациенток — получала общую магнитотерапию (ОМТ); 2-я подгруппа — 38 пациенток — принимала комплексное лечение с использованием ОМТ и йодобромных вод курорта Нальчик. Контрольную группу составили 32 больных, которым назначалось общепринятое лечение (обезболивающие препараты и нестероидные противовоспалительные средства; спазмолитики в таблетках, инъекциях и свечах, седативные препараты, десенсибилизирующие средства; иммуномодуляторы).

В качестве критериев эффективности лечения наряду с общеклиническим и гинекологическим исследованиями проводились: динамическая оценка болевых ощущений по системе С. М. Mac Lavery, P. W. Shaw (1995), психологическое тестирование, ультразвуковая диагностика с цветным доплеровским картированием (ЦДК), изучение состояния функциональной активности яичников и гонадотропной функции гипофиза иммуноферментным методом, исследование иммунного статуса по унифицированной методике лабораторно-иммунологического обследования.