

УДК618.7-089.168.86(571.1)

**ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ НЕКОТОРЫХ МЕДИЦИНСКИХ И
ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ
СОСТОЯНИЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ****РИЗАЕВ ЖАСУР АЛИМДЖАНОВИЧ**<https://orcid.org/0009-0009-5328-9139>Самаркандский государственный медицинский университет, ректор Д.м.н.,
профессорУзбекистан. e-mail: sammu@sammu.uz**АБДУЛЛАЕВА ЛОЛА САЙФУЛЛАЕВНА**<https://orcid.org/0009-0009-8650-5408>

Самаркандский государственный медицинский университет, ФПДО

Кафедра акушерства и гинекологии, PhD

Узбекистан. e-mail: lolaabdullaeva197226@gmail.com**КАТТАХОДЖАЕВА МАХМУДА ХАМДАМОВНА**<https://orcid.org/0009-0002-5483-6308>

Ташкентский государственный стоматологический институт, Кафедра

акушерства и гинекологии Д.м.н., профессор

Узбекистан. e-mail: makhmuda_grand@mail.ru**Аннотация**

Существует целый ряд факторов, которые в целом можно обозначить, как эпигенетические факторы, располагающие к развитию патологии и заболеваемости. Целью настоящего исследования явилось изучение факторов риска, приводящих к развитию массивного акушерского кровотечения. Проведен анализ 302000 историй родов по Самаркандской области за период 2021-2023 годы, среди которых выявлено 51 случай МАК в родах и послеродовом периоде, что составило 0,2 %.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, послеродовый период, атония матки, тромбоцитопения, соматические заболевания

Annotatsiya

Ushbu tadqiqotning maqsadi massiv akusherlik qon ketishining rivojlanishiga olib keladigan xavf omillarini o'rganish edi. Samarqand viloyatida 2021-2023-yillarda 302 mingta tug'ilish tarixi tahlili o'tkazilib, ular orasida tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda 51 ta SO'ZBK holatlari aniqlangan bo'lib, bu 0,2 foizni tashkil etdi. Klinik, laboratoriya, funktsional va statistik tadqiqot usullari qo'llanildi.

Kalit so'zlar: akusherlik qon ketishi, tug'ruqdan keyingi davr, bachadon atoniyasi, trombotsitopeniya, somatik kasalliklar.

Annotation

In connection with the above, the purpose of this study was to study the risk factors leading to the development of massive obstetric hemorrhage. An analysis of 302,000 birth histories in the Samarkand region for the period 2021-2023 was conducted, among which 51 cases of MOH were identified during childbirth and the postpartum period, which amounted to 0.2%. Clinical, laboratory, functional and statistical research methods were used.

Key words: obstetric hemorrhage, postpartum period, uterine atony, thrombocytopenia, somatic diseases.

Введение. Акушерские кровотечения (АК) в настоящее время являются одной из серьезных проблем акушерства, нередко приводящие к инвалидизации женщин и материнской смертности (МС) [1,2,9]. Акушерские кровотечения являются одной из главных причин материнской смертности, наблюдаемой у нас в Республике. Согласно данным ВОЗ, в развивающихся странах риск материнской смертности в 100 раз выше, чем в Европе [4,6,8]. Кровотечения при беременности наблюдаются примерно у каждой пятой пациентки, чаще в третьем триместре беременности и в послеродовом периоде [3].

Опасность развития кровотечения начинается с ранних сроков беременности и усиливается к периоду родов. Особенно часто акушерские кровотечения наносят урон здоровью женщин в послеродовом периоде, который сопровождается массивной потерей крови, геморрагическим шоком и полиорганной недостаточностью [5, 9, 12]. Около 80% случаев акушерских кровотечений приводят к развитию целого ряда осложнений, а каждый четвертый случай материнской смертности связан с акушерскими кровотечениями, и на сегодняшний день около 25% материнских смертей произошли по причине кровотечений в послеродовом периоде [6, 7].

О возможном риске развития акушерских кровотечений необходимо предвидеть еще на этапе ведения беременности, особенно у женщин с анемией, многоводием, многоплодной беременностью, макросомией плода, гипертензивных расстройствах, при отслойке плаценты, предлежании плаценты и внематочной беременности в анамнезе [8].

Факторами риска возможных не акушерских причин кровотечений могут быть анемия, заболевания сердца, легких, почек, печени, синдром ВИЧ-инфицирования, онкологические и другие заболевания в анамнезе [9].

Для снижения материнской смертности от акушерских кровотечений необходимо регулярное наблюдение за беременными с факторами риска и своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи в учреждениях 2 или даже 3 уровня [9].

С целью проведения анализа причин материнской смертности при акушерских кровотечениях нами были изучены случаи материнской смертности женщин Самаркандской области.

Материалы и методы. Ретроспективно были отобраны случаи материнской смертности по причине акушерских кровотечений в период 2021-2023 гг. Среди случаев материнской смертности в Самаркандской области были отобраны акушерские кровотечения среди беременных и в послеродовом периоде, которых оказалось 23% материнских смертей за произошедшие 3 года. Чаще акушерские кровотечения были диагностированы у женщин 26-30 лет, после первых и вторых родов (66%), в 67% случаев в дородовом периоде.

Результаты и обсуждение

Как показал анализ возраста женщин, умерших от маточного кровотечения, чаще это были беременные в возрасте 26-30 лет – 42% и в возрасте 21-25 лет – 25%. У женщин в возрасте старше 30 лет акушерские кровотечения развивались реже 16-17%, рис.1. Возможно это связано с тем, что молодые женщины мало обращают внимание на свое здоровье, заняты больше учебой или работой, не тратят время на сдачи анализов и визиты к врачу.

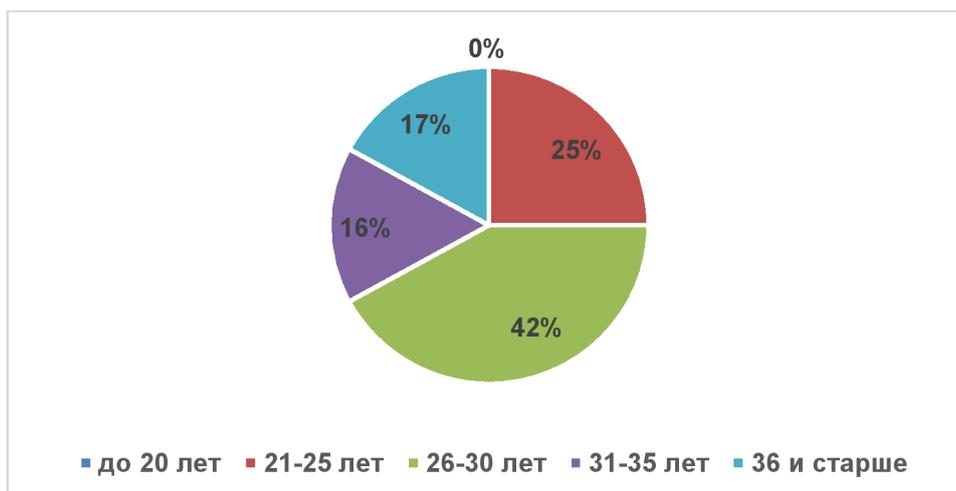


Рис.1. Возраст беременных женщин, умерших от акушерских кровотечений

Следующий критерий – это случаи материнской смертности у женщин с разным числом беременностей. Наибольшее число случаев материнской смертности наблюдалось у женщин с первой (32%) и со второй беременностью – 33%, далее прослеживается снижение случаев акушерских кровотечений у женщин с третьей беременностью до 9% и возрастание процента материнской смертности у рожениц с четвертой беременностью – до 25%, рис.2.



Рис.2. Соотношение случаев материнской смертности от числа беременностей

Причиной возникновения ситуации, приводящих к материнской смертности у первородящих является неподготовленность их к родам, отсутствие элементарных знаний о факторах риска во время беременности, об опасных признаках беременности. Следовательно, на местах в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) не раздают домашнюю карту беременных и не обучают ее ведению. Не проводится подготовка беременных к родам в Школе беременных, которые должны быть организованы в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении (АПУ). Что касается женщин с повторной беременностью причинами были наличие у них факторов риска, недооценка тяжести состояния со стороны медицинских работников, отсутствие патронажа со стороны акушер-гинекологов. Что касается женщин с третьей и четвертой беременностью – в этом случае наличие серьезных

факторов риска, таких как анемия 3 степени, многоводие, крупный плод, двойня привело к развитию акушерских кровотечений и преждевременной смерти.

Далее изученный критерий – гестационный возраст женщин, умерших от маточного кровотечения, как показал анализ наибольшее число случаев материнской смертности было выявлено у женщин на сроке беременности 37-39 недель – 66%, 17% при сроке беременности 21-23 недели и 17% при сроке беременности 41-42 недели, рис.3.

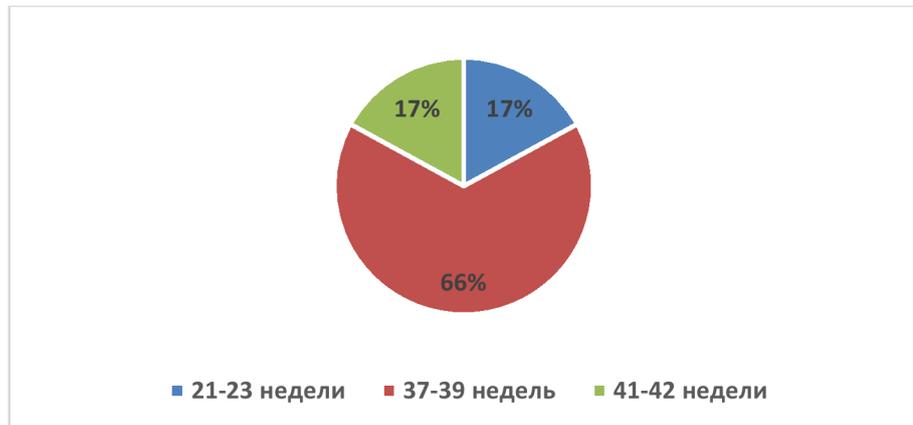


Рис.3. Гестационный возраст женщин, умерших от акушерских кровотечений

Развитие осложнений и смерть от акушерских кровотечений при гестационном сроке 37-39 недель - в таком благоприятном сроке беременности, можно объяснить наличием заболеваний, осложнивших течение беременности, отсутствие контроля за состоянием беременных в АПУ, возникшими проблемами при оказании медицинской помощи в родильных комплексах. Материнская смерть при сроках беременности 21-23 недель связаны с заболеваниями внутренних органов и возникшими осложнениями, приведшие к антенатальной гибели плода, поздним выявлением патологии и развившимся постгеморрагическим шоком, приведший к смерти беременных женщин. Что касается материнской смертности у родильниц при повторной поступлении после выписки из стационара, причинами являются недооценка тяжести состояния акушер-гинекологами родильного комплекса при выписке домой, отсутствие послеродового осмотра и наблюдения медицинской бригадой амбулаторно-поликлинического учреждения.

Анализ ухудшения состояния в зависимости от срока беременности и родов показал, что в 25% случаев ухудшение состояния наступило во время 2 триместра беременности, возможно оно было связано с отсутствием должного наблюдения со стороны семейного врача, акушерки АПУ, наличия экстрагенитальных заболеваний, позднего выявления беременности у женщин и взятия их на учет после 12 недель беременности. Отсутствие регулярного осмотра со сдачей лабораторных анализов, УЗИ, и генетического скрининга привело к развитию осложнений, антенатальной гибели плода, развитию кровотечения, повлекшее смерть и матери, рис.4.



Рис.4. Развитие маточного кровотечения, приведшее к материнской смертности

Но наибольший процент материнской смертности (50%) наблюдается до предполагаемого срока беременности в 37-39 недель, чаще у женщин с выраженными факторами риска, такие как тяжелая анемия, преэклампсия, двойня, многоводие, следовательно, таких женщин необходимо было госпитализировать в родильные комплексы в сроки до развития осложнений или организовывать стационар на дому с ежедневной оценкой состояния акушеркой, семейным врачом и консультацией гинеколога.

Послеродовое кровотечение, приведшее к материнской смертности в 15% случаев, требует пересмотра обеспечения родильного зала необходимым оборудованием, лекарственными средствами и препаратами крови, недостаток которых привел к гибели родильниц. Не менее важным является человеческий фактор, знания и навыки дежурной бригады медицинских работников, квалификации акушер-гинекологов, анестезиологов и реаниматоров, акушерок и другого персонала, которым необходимо дополнительное обучение и повышение квалификации. Наконец, развитие материнской смертности после выписки из стационара или при повторном обращении женщин также требует переобучения медицинского персонала родильных комплексов и АПУ.

Следующий изученный нами критерий материнской смертности в Самаркандской области – это анализ состояний наиболее чаще приведших к гибели беременных. Как оказалось, наибольший процент – это анемии различной степени тяжести, которые не были диагностированы в учреждениях АПУ или были диагностированы, но им не были назначены препараты железа или если были назначены, но не в адекватной дозе. Еще одна группа женщин с анемией, которым были назначены препараты, но они их не принимали. Основной проблемой в тактике ведения этих беременных с анемией было отсутствие 7 визитов беременных в АПУ согласно приказу МЗ №137 с мониторингом назначенного лечения и достижения целевого уровня гемоглобина, рис. 5.



Рис.5. Причины приведшие к материнской смертности

Наконец, беременные с факторами риска таких как преэклампсия, двойня, многоводие должны были быть под наблюдением не только медицинской бригады АПУ, но и курирующего акушер-гинеколога семейной или многопрофильной поликлиники, который своевременно направил бы рожениц в родильный комплекс до развития жизненно опасных осложнений, приведших к материнской смертности.

Заключение и выводы. Таким образом, анализ случаев материнской смертности от акушерских кровотечений показал наличие системных проблем ведения антенатального ухода в учреждениях амбулаторно-профилактического уровня.

1. Всех беременных согласно клиническому протоколу «Нормальная беременность» № 273 от 2021 года, необходимо принимать на учет с 4-х недельном сроком беременности и проведением амбулаторного мониторинга лабораторных и УЗИ показателей, назначением препаратов фолиевой кислоты и витаминов.
2. Всем беременным предоставлять домашнюю карту беременных с обучением ее ведения и объяснением опасных признаков беременности, при возникновении которого необходимо немедленное обращение к врачу.
3. Согласно приказу МЗ №137 в течение всего срока беременности каждая женщина должна посетить врача АПУ 7 раз со сдачей анализов в назначенный срок.
4. Во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях необходимо проводить обучение беременных и подготовку к родам в Школе беременных, которые должны проводить акушерки АПУ.
5. Всех беременных женщин с факторами риска наряду с семейным врачом консультирует акушер-гинеколог семейной или многопрофильной поликлиники с назначением соответствующего лечения.
6. Всех беременных с осложнениями беременности необходимо проводить тщательный контроль состояния, своевременное лечение, с организацией стационара на дому или госпитализацией в отделение патологии беременности перинатального стационара 2 уровня.

7. Необходимо обеспечить родильные залы недостающим оборудованием, лекарственными средствами и препаратами крови, недостаток которых привел к гибели родильниц.
8. Повысить знания и навыки дежурной бригады медицинских работников, квалификации акушер-гинекологов, анестезиологов и реаниматоров, акушерок и другого персонала, через дополнительное обучение и повышение квалификации.

Список использованной литературы

1. Абдуллаева L., Каттаходжаева M., Сафаров A., & Сулейманова N. (2022). Clinical and morphological parallels in pregnancy complicated by polyhydramnios. *in Library*, 22(1), 4137-4141. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14758>
2. Абдуллаева Л. С., Ризаев Ж. А., Каттаходжаева М. Х. Современные медицинские и организационные аспекты концепции снижения материнской смертности от акушерских кровотечений (обзор литературы)./ Журнал репродуктивного здоровья и уронефрологических исследований. // №2, 2022. Стр. 6-12
3. Демографический ежегодник России 2017 / Оксенойт Г.К., Никитина С. Ю., Андреев Е. М. и др. – Стат. сб./ Росстат. Москва, 2017. – 263 с.
4. Международный и российский опыт мониторинга критических акушерских состояний Мурашко М.А., Сухих Г.Т., Пугачев П.С. и др. // Акушерство и Гинекология. – 2021. - №3. - С. 5-11.
5. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации. – Москва, 2018. –76 с.
6. Радзинский, В. Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. – М.: Эксмо, 2009. –288 с.
7. Bulletin of the World Health Organization. – 2020. – N98. – P. 66-68.
8. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis *Lancet Global Health*. 2021;2(6): e323-e333.
9. Kattoxodjayeva M. X., Abdullayeva L. S. MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF THE CONCEPT OF REDUCING MATERNAL MORTALITY FROM OBSTETRIC HEMORRHAGE./ Proceedings of the International University Scientific Forum “Practice Oriented Science: UAE – RUSSIA – INDIA”.// (February 26, 2025. UAE). P.156-159.DOI 10.34660/conf.2025.54.26.022
10. Hirshberg, A. Epidemiology of maternal morbidity and mortality / Hirshberg A., Srinivas S.K. // *Semin. Perinatol.* – 2017. – N41(6). – P. 332-337. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.007. Epub 2017 Aug 18. PMID: 2882357
11. A Comparison of the Characteristics of Maternal Near-Misses and Maternal Deaths in Enugu, Southeast Nigeria: A 3-Year Prospective Study / Ugwu G.O., Iyoke C.A., Ezugwu E.C. [et al.] // *Int. J. Womens Health.* – 2020. – N12. – P. 207–211. doi: 10.2147/IJWH.S237221
12. O'Brien KL, Uhl L. How do we manage blood product support in the massively hemorrhaging obstetric patient? *Transfusion*. 2021; 56(9): 2165-2171. PMID: 27488384. DOI: 10.1111/trf.13753.

