

33. Nakajo M., Ohkubo K., Fukukura Y. et al. Embolization of spontaneous rupture of an aneurysm of the ovarian artery supplying the uterus with fibroids // *Acta Radiol.* – 2005, Dec; 46(8). – P. 887-890.

34. Ogliairi K.S., Mohallem S.V., Barrozo P., Viscomi F. A uterine cavity-myoma communication after uterine artery embolization: two case reports // *Fertil Steril.* – 2005, Jan; 83(1). – P.220-222.

35. Oliver J.A.Jr., Lance J.S. Selective embolization to control massive hemorrhage following pelvic surgery // *Am J Obstet Gynecol.* – 1979, 135. – P. 431 – 432.

36. Ojala K., Perala J., Kariniemi J. et al. Arterial embolization and prophylactic catheterization for the treatment for severe obstetric hemorrhage // *Acta Obstet Gynecol Scand.* – 2005, Nov;84(11). – P.1075-1080.

37. Park H.R., Kim M.D., Kim N.K. et al. Uterine restoration after repeated sloughing of fibroids or vaginal expulsion following uterine artery embolization // *Eur Radiol.* – 2005, Sep; 15(9). – P. 1850-1854.

38. Phelan J.T. 2nd, Broder J., Kouides P.A. Near-fatal uterine hemorrhage during induction chemotherapy for acute myeloid leukemia: a case report of bilateral uterine artery embolization // *Am J Hematol.* – 2004, Oct; 77(2). – P. 151-155.

39. Porcu G., Roger V., Jacquier A. et al. Uterus and bladder necrosis after uterine artery embolisation for post-partum haemorrhage // *BJOG.* – 2005, Jan;112(1). – P. 122-123.

40. Rajan D.K., Beecroft J.R., Clark T.W. et al. Risk of intrauterine infectious complications after uterine artery embolization // *J Vasc Interv Radiol.* – 2004, Dec;15(12). – P. 1415-1421.

41. Ravina J., Merfand J., Herberateau D. et al. Preoperative embolization of uterine fibroma. Preliminary results [10 cases] // *Presse med.* — 1994. - Vol. 23, N 33. - P. 1540.

42. Singh S.S., Vilos G.A., McLachlin C.M. et al. Improving quality of care for patients undergoing arterial embolization for uterine fibroids: case report and review // *J Obstet Gynaecol Can.* – 2005, Aug;27(8). – P. 775-780.

43. Trambert J.J., Einstein M.H., Banks E. et al. Uterine artery embolization in the management of vaginal bleeding from cervical pregnancy: a case series // *J Reprod Med.* - 2005, Nov;50(11). – P.844-850.

44. Weinstein A., Chandra P., Schiavello H., Fleischer A. Conservative management of placenta previa percreta in a Jehovah's Witness // *Obstet Gynecol.* – 2005, May;105(5 Pt 2). – P.1247-1250.

Ішкі тамырлық емдеулерді акушерлік-гинекологиялық қан кетулерде жедел қолдану тәжірибесі
С.П. Боровский, Н.Б. Малаев, С.С. Мухаметкалиев, В.В. Землянский, Е.Т. Сабитов, С.С. Мусаев

СНГ елдерінде гинекологияда ішкі тамырлық әдістер әзірге кеңінен таралынбаған және кейбір клиникаларда ғана қолданылады. Оған себеп үлкен, салыстырмалы, маңызына қарай істелінген зерттеулердің жоқ болуы кедергі болып тұр.

Application experience in endovascular treatment of obstetric-gynecologic bleeding in emergency practice
S.P. Borovskiy, N.B. Malayev, S.S. Muhametkaliev, V.V. Zemlyanskiy, E.T. Sabitov, S.S. Musayev

The endovascular methods of treatment in gynecology are not still wide spread in CIS. The absence of major ranged compared researches sharply holds the adaptation of present method.

УДК 618.12-005.1-08

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
Р.Н. Еспаева

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК, г.Алматы

Реабилитация – наука о сохранении и восстановлении здоровья конкретного человека, общества и среды его жизнеобеспечения. В реабилитологии здоровье человека понимается как состояние сбалансированного равновесия [1, 2].

Выделяют следующие этапы реабилитации:

1. Стационарный (больничный) этап реабилитации, нацеленный на стабилизацию состояния больного, ликвидацию и предупреждение осложнений].

2. Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации начинается с периода возвращения больного в домашние условия и заканчивается с моментом возвращения к трудовой деятельности и стабилизации состояния. Данный этап нацелен на восстановление трудоспособности, поддержание ее на достигнутом уровне и предупреждение прогрессирования заболевания [3, 4].

Таким образом, задачи реабилитации выходят за рамки максимально возможного восстановления нарушенных болезнью функций организма. Конечной целью любых реабилитационных программ является восстановление личностного и социального статуса больного. Для достижения этой цели необходим комплексный,

интегральный подход к больному человеку с учетом не только клиничко-биологических особенностей заболевания, но и психосоциальных факторов, особенностей личности больного и окружающей его среды [6].

Определены специфические критерии эффективности психологической реабилитации, это - нормализация или максимально возможное улучшение психического статуса, нарушенного в результате основного заболевания, а также улучшение показателей качества жизни и др. [7].

Все психологические реакции на тяжелое соматическое заболевание наблюдаются на фоне более или менее выраженной психической астении: общей слабости, быстрой утомляемости при незначительном физическом или умственном напряжении, ранимости, повышенной возбудимости, нарушениях сна, вегетативно-сосудистой неустойчивости и др. [8].

Реабилитационные меры после массивных акушерских кровотечений должны быть направлены, в первую очередь, на предупреждение осложнений в послеродовом/послеоперационном периоде, лечение анемии, лечение психовегетативных расстройств и рациональной послеродовой контрацепции и др. [9, 10].

Целью исследования было определение потребности в медико-социальной помощи и восстановительном лечении женщин, перенесших акушерские кровотечения.

С этой целью были обследованы 90 женщин, составивших три группы исследования: I (основная) группа – 30 женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения (МАК) с хирургическим гемостазом (гистерэктомия), II (группа сравнения) – 30 женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения с консервативным гемостазом и III (контрольная) группа – 30 женщин с физиологической кровопотерей в родах. План обследования состоял из анализа гемограммы и показателей гемоглобинового фонда, ЭЭГ, исследование вегетативной нервной системы, гормонального статуса, иммунологического статуса, психоэмоционального состояния и качества жизни в динамике: на 5-6 день после родов, в конце послеродового периода, через 6 недель, 6 месяцев, 12 месяцев и 18 месяцев после родов.

В результате обследования исследуемых групп женщин было установлено следующее:

- перед выпиской 63% всех обследованных рожениц испытывали депрессию, в конце послеродового периода – 60% и через 6 месяцев после родов – 40%. Клинически выраженная депрессия была характерна для молодых женщин с нереализованным и с недостаточно реализованным чувством материнства;

- у 100% всех женщин основной группы имеется субклинически и клинически выраженная тревога/депрессия перед выпиской и в конце послеродового периода, через 6 месяцев после родов признаки выраженной тревоги сохраняются у 70% данных женщин, а через год – 56,7% и через полтора года – 47,8%;

- большинство женщин (89%) основной группы, 59,8% - группы сравнения и 31% - контрольной группы недовольны исходом родов. Для женщин основной группы исследования, оставшихся без ребенка, характерна пассивность, грусть, вялость, безучастность в текущих событиях;

- показатели активности и настроения в динамике (через 6 недель, 6 месяцев, год и полтора года после родов) улучшились незначительно, в то же время отмечено достоверное улучшение самочувствия через 6 месяцев.

- у большинства женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения, уровень Hb нормализовался через 1-1,5 года, в то же время у 8,4% женщин группы сравнения и 12,3% основной группы уровень Hb оставался ниже 110 г/л даже через 1,5 года после кровотечения.

- к 18 месяцам после родов у женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения с хирургическим гемостазом, сохраняется некоторый количественный иммунный дисбаланс, который выражается в достоверном снижении зрелых CD3+ Т-лимфоцитов и индекса апоптоза CD95+/CD25+ за счет уменьшения клеток, находящихся в стадии ранней активации и клеток готовых к апоптозу.

- выявлена тенденция к повышению ЛГ и ФСГ у женщин, перенесших гистерэктомию в связи с массивной кровопотерей, повышение уровня кортизола в основной группе в 1,6 раз, чем в контрольной группе. Отношение ДГЭА-С к кортизолу в основной группе составило 0,004, в группе сравнения – 0,007 и в контрольной группе – 0,007, некоторое повышение уровня ТТГ у женщин основной группы - $0,96 \pm 0,29$, по сравнению с контрольной группой - $0,57 \pm 0,19$ и группой сравнения $0,63 \pm 0,21$.

- у женщин, перенесших акушерские кровотечения регистрируется патологическая ЭЭГ, при этом патологические отклонения зависят от объема кровопотери.

- качество жизни женщин, перенесших гистерэктомию в связи с массивными послеродовыми кровотечениями, в динамике улучшилось по таким критериям, как социальное и ролевое функционирование, общая оценка состояния здоровья и общая самооценка качества жизни. Но в то же время, у них снижено качество жизни за счет угнетения физической активности, психического состояния и сексуального функционирования.

Для планирования программ реабилитации и медико-социальной помощи женщинам, перенесшим акушерские кровотечения, в зависимости от тяжести родов, использованных акушерских пособий (консервативный гемостаз, гистерэктомия), исхода родов (мертворождаемость, недоношенность ребенка) нами предварительно было проведено социологическое исследование, направленное на изучение потребностей женщин, перенесших акушерские кровотечения, в медико-социальной реабилитации.

Проведенная нами экспертная оценка показала, что в медицинской помощи нуждаются все представители основной группы.

В плановом лечении один раз в год в условиях круглосуточного стационара нуждаются 5,0 на 100 обследованных женщин с МАК и гистерэктомией, 10,0 - в условиях дневного стационара, 20,0 - в дневном стационаре. Среди женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения и консервативный гемостаз, 5,0% выразили желание улучшить свое здоровье в стационаре на дому и 10,0% - в дневном стационаре.

В амбулаторном лечении нуждались, по мнению респондентов, 40,0% лиц основной группы, 20,0% - группы сравнения и 10,0% - контрольной группы. При этом, поддерживающая терапия необходима 40,0% женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения с гистерэктомией. Диспансерное наблюдение, по мнению опрошенных женщин, необходимо 100% лиц основной группы, 60,0% - группы сравнения и 40,0% - контрольной группы.

Женщины, перенесшие акушерские кровотечения считают, что им необходимо санаторно-курортное лечение: 100% - лицам основной группы, 80,0% - группы сравнения и 55,0% - контрольной группы.

Психологическая помощь необходима 100% женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения с гистерэктомией, 65,0% - массивные акушерские кровотечения с консервативным гемостазом и 20,0% - с физиологической кровопотерей в родах. При этом в основной группе психологическая помощь необходима не только самим женщинам (100%), но и членам ее семьи (45,0%), в группе сравнения эти показатели составили 65,0% и 20,0% соответственно. В контрольной группе в психологической помощи в послеродовом периоде нуждались только 20,0% женщин.

Так как лица основной группы ведут практически постоянный прием лекарственных препаратов с целью лечения и профилактики осложнений МАК и гистерэктомии, то наблюдение лечащего врача необходимо не реже одного раза в месяц в течение 1 года после родов. Стационарное лечение необходимо 20% из числа лиц основной группы для профилактики осложнений по мере необходимости или не реже одного раза в год.

Таким образом, в восстановительном лечении нуждались 100% женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения с гистерэктомией, 70% - с консервативным гемостазом и 45% - с физиологической кровопотерей.

При определении нуждаемости в социальной реабилитации было выявлено, что в социально-бытовой адаптации нуждаются только 5,0 на 100 обследованных женщин основной группы. Более детализированный опрос показал, что эту потребность составила необходимость в осуществлении медицинского ухода на дому.

В технических средствах реабилитации нуждающихся не было, также как и в пребывании в центре социального обслуживания или пансионате.

В социально-бытовых услугах помощь была необходима 10% женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения с гистерэктомией, и 5% женщин с консервативным гемостазом.

В юридическом консультировании нуждались 40% лиц основной группы и 10% - группы сравнения.

В доступе к информации о правах и льготах нуждались 40% женщин основной группы, 10% - группы сравнения и 5% - контрольной группы.

Помощь в реализации прав и льгот была необходима 30% женщин с массивными акушерскими кровотечениями и гистерэктомией, 5% с консервативным гемостазом.

Таким образом, в социальной реабилитации нуждались 40% женщин основной группы, перенесших акушерские кровотечения с гистерэктомией, 10% - с консервативным гемостазом и 5% - с физиологической кровопотерей.

Анализ потребности женщин, перенесших акушерские кровотечения, в профессиональной реабилитации показал, что только 10% лиц основной группы и 5% - группы сравнения нуждались в профессионально-производственной адаптации при выходе на работу после декретного отпуска.

Таким образом, при анализе трех групп женщин, перенесших акушерские кровотечения, было выявлено, что все представители изучаемого контингента нуждаются в медицинской помощи: 40% - амбулаторной и 20% - стационарной.

Для определения некоторых характеристик качества оказанной в стационаре (от момента родов до выписки из родильного дома) и амбулаторно-поликлинической помощи (после выписки из роддома в течение 1,5 лет) нами проведен социологический опрос женщин, перенесших акушерские кровотечения.

По результатам проведенного социологического исследования установлено, что остались удовлетворенными в полной мере предоставленными услугами в стационаре 61%, в большей степени 34%, частично 4,5%, несколько не удовлетворенными 0,5% респондентов, совсем не удовлетворенных практически не было установлено. Качеством обслуживания удовлетворены в полной мере 73%, не совсем удовлетворены 26,4%, совсем не удовлетворены 0,6% опрошенных женщин.

На уровне ПМСП (поликлиники, женские консультации) остались удовлетворенными в полной мере предо-

ставленными услугами 32%, в большей степени 15%, частично 5,6%, несколько не удовлетворенными 22,6% респондентов, совсем не удовлетворенных - 24,8%. Качеством обслуживания удовлетворены в полной мере 13%, не совсем удовлетворены 26,4%, совсем не удовлетворены 60,6% опрошенных женщин.

Респонденты определили направления улучшения организации оказания медицинской помощи женщинам с акушерскими кровотечениями в послеродовом периоде:

- устранение очереди к участковым специалистам (терапевту, гинекологу и др.) и обеспечение доступа к специалисту другого участка при отсутствии своего участкового специалиста;

- организация всех услуг узких специалистов в поликлинике;

- организация всех видов лабораторных исследований на одном месте;

- бесплатные диагностические исследования;

- полное бесплатное обеспечение необходимыми лекарственными средствами;

- приглашение в поликлинику профессоров для консультации тяжелых больных;

- развитие объема услуг дневного стационара;

- полностью компьютеризированное обслуживание в поликлиниках;

- развитие обслуживания на дому и семейной врачебной практики по современным технологиям.

Следует отметить, что на уровне ПМСП компонент профилактики реализуется не в полной мере. Так, только 15% лиц обратились за профилактической помощью. При этом, несмотря на достаточный уровень удовлетворенности предоставляемыми услугами на уровне ПМСП, необходимо дальнейшее развитие реабилитационной службы для женщин, перенесших неотложную гистерэктомию в связи с массивными акушерскими кровотечениями, в первую очередь, в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Литература:

1. Алферова Т.С. Новая специальность – «реабилитолог»: цели, задачи, механизмы решения // Реабилитология: сб. науч. тр. (ежегодное издание). - М.:Изд-во РГМУ, 2003. - С. 21-26.

2. Вальчук Э.А. Основы организации медицинской реабилитации // Здравоохранение Белоруссии. - 1989. - №2. - С. 46-50.

3. Семенов Б.Н. Об организации службы медицинской реабилитации. - М., 1999. - 89 с.

4. Коган О.Г. Реабилитация в системе диспансеризации // Современные проблемы диагностики и терапии заболеваний внутренних органов. - Новосибирск, 1985. - С. 15-19.

Акушерлік қан кету болған әйелдерге медико-әлеуметтік көмек пен қалпына келтіру емінің қажеттілігін анықтау

Р.Н. Еспаева

Акушерлік қан кету болған әйелдерге стационарлы, амбулаторлы және психологиялық көмектің қажеттілігі анықталды.

Массивті қан кету мен гистерэктомиа жасалған 100% әйел, консервативті гемостазбен 70% әйел және физиологиялық қан жоғалтудан 45% әйелдер қалпына келтіру еміне мұқтаж.

Petermination of requirement in medico-social treatment and regenerative treatment of woman, who suffered obstetrical bleeding

R.N. Yespaeva

Requirements of woman, who suffered obstetrical bleeding in hospital, ambulars treatment and psychologic help have determinated.

In regenerative treatment are needed 100% women, suffered from massive obstetric bleeding with hysterectomy, 70% women with concervative haemostas and 45% women with physiological bleeding.