



Iu. Carauș, Șt. Gațcan

**MANAGEMENTUL PATOLOGIEI EXTRAGENITALE ÎN OBSTETRICĂ**  
*IMSP Institutul Mamei și Copilului (director general - Șt. Gațcan)*

## SUMMARY

## MANAGEMENT OF EXTRA-GENITAL PATHOLOGY IN OBSTETRICS

*One of the problematic and complex indexes of population's reproductive health is maternal mortality, which is still the cutest problem for the Republic of Moldova, as the figure 60% exceeds the one in the European countries. Heaviness of the situation is aggravated by increase of women's mortality frequency from extra-genital pathology.*

*For the last years, it has reached 62% among the women of fertile age, being the threat to life to 2/3 from the total number of the pregnant.*

*The detailed analysis of solving the problems, connected with organizing medical aid on the national level for women in childbirth and women recently confined, is presented in this article. Data have shown that giving obstetric aid in this situation undergoes a number of mistakes and defects while doing itinerary transportation of the sick pregnant, women in childbirth and women recently confined to the appropriate medical institutions. Finally, concrete recommendations to optimal decisions of organizing issues, linked to the given problem, have been worked out.*

## РЕЗЮМЕ

## МЕНЕДЖМЕНТ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ

*Одним из самых чувствительных и комплексных показателей репродуктивного здоровья населения- является материнская смертность, которая все еще остается острой проблемой для Республики Молдова, так как на 60% превышает таковую в европейских странах. Тяжесть данной ситуации усугубляется с возрастанием частоты смертности женщин от экстрагенитальной патологии.*

*В последние годы она достигла 62% ,среди женщин фертильного возраста, вызвав угрозу жизни 2/3 из общего числа беременных.*

*В данной статье представлен подробный анализ решения вопросов связанных с организацией медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией на национальном уровне. Данные показали, что оказание акушерской помощи в данной ситуации, претерпевает ряд организационных ошибок и недочетов в ходе маршрутизации больных беременных, рожениц и родильниц в соответствующие медицинские учреждения. В конечном итоге были выработаны конкретные рекомендации для более оптимального решения организационных вопросов связанных с данной проблемой.*

Îmbunătățirea stării de sănătate a mamelor este unul dintre Obiectivele de Dezvoltare a Mileniului (ODM), pe care Republica Moldova (RM), alături de alte 188 țări s-a angajat să le îndeplinească până în anul 2015.

Calitatea sistemului de ocrotire a sănătății acestui contingent de femei, accesul lor la asistența medicală, sănătatea și statutul social-economic precum și dezvoltarea societății în ansamblu sunt factorice reflectat veridic unul din cei mai sensibili și integri indicatori ai sănătății reproductive- cel al mortalității materne (MM). Spre regret, rata deceselor materne în RM (2012-30,4; 2013-15,8; 2014-15,5) mai este cu mult departe de indicatorul așteptat 13,3/100000 nou-născuți vii.

Această rată a decesului matern (ce se menține de prin anii 1980) cu o dinamică ondulatorie ne atestă

un proces instabil și nu îndeajuns supravegheat, fiind la momentul actual un domeniu- țintă pentru sistemul de sănătate, mai ales în contextul reformelor actuale la nivelul asistenței primare. În Republica Moldova, această problemă este deosebit de acută, deoarece rata MM e cu 60/100 mai mare decât în țările europene.

Ca dovadă a acestei stări de lucruri ne servește și sporirea până la 62% în ultimii ani a ponderii patologiei extragenitale (PE) la femeile de vârstă fertilă cu diagnosticarea ei primară ante-intra-postnatal în 42% cazuri, fapt ce a pus în pericol viața a 2/3 din numărul total de gravide care au dus sarcina până la capăt având o maladie extragenitală depistată tardiv și netratată la timp.

Strigența problemei date este și mai mare având în vedere că ponderea covârșitoare a femeilor decedate

le revine celor din localitățile rurale unde nivelul social-economic și de trai în asociere cu lipsa unei asistențe medicale calificate diminuează drastic accesul gravidelor, parturientelor și lăuzelor la tehnologiile perinatale moderne.

Sistemul de sănătate maternă în țară, în opinia evaluatorilor organismelor internaționale oferă serviciu la nivel substandard. Iar pentru a putea atinge ținta stabilită în ODM, sănătatea maternă trebuie abordată ca parte a unui set de îngrijiri ce ar integra serviciile medicale de bază adresate mamelor cu multiplicarea și diversificarea acestora. Astfel, după părerea experților majoritatea deceselor materne ar putea fi prevenite chiar și în cele mai sărace țări în cazul în care tehnologiile perinatale ar fi utilizate în timp util pentru toate femeile însărcinate.

Legislația RM definește clar regulile de aplicare a tehnologiilor costeficiente recomandate de OMS în scopul reducerii mortalității materno-fetale.

Aceste tehnologii sunt grupate în pachete de intervenții două dintre care (Sănătatea maternă și Asistența antenatală) sunt menite să amelioreze indicatorii sănătății reproductive în cadrul unui serviciu perinatal regionalizat și integrat. Numai astfel devine posibilă o repartizare rațională pe întreg teritoriul RM a serviciilor medicale perinatale ce ar permite o abordare complexă în identificarea, trierea și rezolvarea cazurilor de PE în domeniul obstetricii.

Practica medicală din ultimii ani ne demonstrează că rezolvarea problemei în cauză se poate realiza numai dacă vom asigura o organizare corectă a asistenței medicale specializate în diferite discipline clinice.

În acest context este deja cunoscut faptul că cea mai efektivă asistență obstetricală specializată ce poate fi oferită numai în maternități specializate, comasate cu alte instituții medicale sau amplasate în cadrul spitalelor de profil larg și la bazele clinice ale catedrelor și instituțiilor științifice, medicale.

Anume un astfel de model de management cu un ajutor medical diferențiat asigură o calitate maximă a serviciilor prin folosirea întregului potențial uman și laborator de diagnostic pentru diferite categorii de paciente cu PE asociată sarcinii.

Organizarea asistenței medicale prin comasarea maternităților la rețeaua medicală generală, ținând cont de experiența internațională, este oportună și deosebit de importantă pentru gravidele cu următoarele maladii extragenitale:

- cardiovasculare; -hepatogastrointestinale
- renale; -respiratorii
- endocrine -neurologice
- oncologice -dermatologice
- oculare -locomotorii

Maternitățile ce activează separat de spitalele polifuncționale nu au întruniți toți specialiștii de profil necesar ceea ce duce la întârzierea asistenței medicale specializate în caz de agravare a sănătății gravidelor.

În lipsa specialiștilor de profil, medicii obstetricieni sunt nevoiți să acorde ei servicii medicale multidisciplinare care nu ating însă calitatea necesară și sunt până la urmă departe de nivelul contemporan.

Cu regret, acest lucru se întâmplă la noi în țară unde centrele perinatologice, chiar dacă și sunt amplasate pe teritoriile spitalelor de profil larg, continuă să activeze în regim de autoizolare iar centrul perinatologic republican încă și într-un regim autoîndepărtat. Actualmente, astfel de instituții obstetricale, în opinia experților, sunt catalogate ca unele arhaice. Se impune necesitatea lichidării lor cu reorganizarea maternităților la nivelul necesar.

Numai o abordare managerială de acest gen ne poate asigura:

- argumentarea indicațiilor și contraindicațiilor pentru continuarea gravidității la femeile cu PE;
- elaborarea principiilor de supraveghere continuă a gravidelor bolnave;
- pregătirea antenatală și aprecierea termenului oportun de rezolvare a sarcinii;
- succesivitatea îngrijirilor curativ-profilactice între sectorul primar, secundar și cel terțiar cu depistarea PE încă din perioada preconcepțională;
- necesitatea internării gravidelor, parturientelor și lăuzelor în centrele și instituțiile medico-sanitare publice republicane specializate în conformitate cu criteriile de risc și lipsa complicațiilor ce pot pune în pericol sarcina(ord. MS RM nr.327 din 04.10.2005).
- direcționarea după terminarea gravidității a informației despre lăuzele bolnave la nivelul de referire corespunzător pentru o supraveghere și reabilitare ulterioară conformă (ord. MS RM nr. 500 din 05.12.2006).

În urma celor expuse vom observa că în RM avem o aceeași atitudine față de organizare la fel ca și în țările europene, numai că la noi ea este realizată de facto și nu și de jure.

O analiză detaliată a ponderii PE în structura cazurilor morbidității și MM pe parcursul anilor 1990-2012 ne arată că odată cu scăderea natalității în RM și cu micșorarea numărului nașterilor de 3 ori, comparativ cu perioada exsovietică, cel mai mare progres în reducerea cazurilor de deces matern a fost atins ca urmare a diminuării cazurilor de avort, eclampsie și sarcini extrauterine. Pe când rata deceselor în urma PE se mai menține la nivel înalt 21,6%=1990-1994; 18,7% =2010-2012 (Feredația Rusă=38%; America de Nord, Europa=20,3%. Australia=43%)ca urmare a unui management sanitar insuficient.

La nivel mondial, PE alături de complicațiile tromboembolice se consideră o cauză a MM greu de dirijat. Totodată, în opinia medicală internațională, PE severă nu prezintă dificultăți la diagnosticarea acesteia și, chiar și în cazul că gravidelor bolnave care nu se pot împăca cu gândul imposibilității de a avea o sarcină ar fi real de a obține rezultate scontate, dar numai în cazul unei asistențe medicale adecvate.

Pentru comparație vom analiza datele privind bolile extragenitale la gravidele din Federația Rusă în anul 2010. Aceste boli au constituit 44,7% din numărul total al maladiilor, având în naștere o rată de 33,3/100 și următoarea frecvență: anemii 23,1%, maladii urogenitale 7,2%, boli cardiovasculare 6,3%, boala varice 2,2%; diabet zaharat 0,36%; (Maladiile cardiovasculare ce ocupă primul loc în structura cauzelor de deces matern, sunt pe locul trei în structura morbidității extragenitale). Al II loc printre maladiile extragenitale ce au dus la moartea maternă îl ocupă patologia sistemului respirator (pneumoniile, gripa cu virusul H1N1). Printre maladiile fatale ale tractului digestiv se numără pancreonecroza acută, distrofia lipidică a ficatului, ciroza hepatică, hemoragiile gastrointestinale. În instituțiile oncologice decesele materne au fost cauzate de tumorile cerebrale, renale, gastrice; leucemii și anemii hemolitice. Ultimele locuri au revenit bolnavelor cu patologia sistemului nervos, urogenital și endocrin.

Analiza datelor a demonstrat că 87,1% cazuri din decesele materne în Rusia au avut indicații medicale pentru întreruperea sarcinii, fapt ce sugerează deficiențele majore ale policlinicilor pentru femei în diagnosticarea precoce a patologiei obstetricale (cu toate că rata gravidelor examinate de medicul internist în Federația Rusă este de 98,2%, din ele până la 12 săpt. 81,1%).

Cauzele acestei situații se consideră a fi reducerea numărului de întreprinderi de stat unde se practicau examenele profilactice; neexaminarea populației neorganizată cu diminuarea educației sanitare; starea social-economică precară; nedirecționarea femeilor bolnave în instituțiile regionale din cadrul spitalelor polyvalente. Multe din aceste aspecte sunt valabile și pentru Republica Moldova.

Ne vom referi în continuare la asistența obstetricală specializată femeilor care, după datele literaturii de specialitate în 12-14% cazuri, suferă de maladii extragenitale.

Primordial, atunci când la gravide se pune diagnosticul unei boli ce nu este legată cu sarcina, este necesar de a decide dacă putem să păstrăm în continuare sarcina sau s-o întrerupem la indicații medicale având la bază o concluzie obstetricală eficientă între medicul responsabil de sănătatea reproducerii și medicii specialiști de profil. Ulterior, ca principiu secundar este obligatorie o etapizare certă în acordarea asistenței medicale ce va include procesele de investigare, tratamentul și rezolvarea sarcinii.

În opinia colegilor din străinătate, tratamentul ambulatoriu și de staționar al tuturor maladiilor extragenitale pe tot parcursul gravidității se realizează instituțiile medicale de profil de către autoritățile sanitare teritoriale (cu specificarea că în secțiile de patologie a sarcinii vor fi internate gravidele cu complicații gestaționale sau pentru declanșarea nașterii). Totodată tratamentul patologiei extragenitale a gravidelor de către obstetricieni-ginecologi este socotit ca nelegitim deoarece acești specialiști nu sunt licențiați în acor-

darea unei asistențe medicale nonprofil (cardiologică, urologică, endocrinologică etc.). Totuși participând la rezolvarea sarcinii unei gravide bolnave, medicii obstetricieni sunt nevoiți până la urmă să colaboreze cu specialiștii de alt profil pentru a rezolva toate problemele ce țin de complicațiile apărute în gestație.

Când vorbim despre patologia cardiovasculară la gravide, parturiente și lăuze, se recomandă supravegherea dinamică continuă la toate etapele de către medicul de familie, internist, cardiolog, cardiochirurg și obstetrician. Ca regulă, dacă fătul se dezvoltă normal sarcina poate fi prelungită până la termen, cu 2-3 spitalizări pe parcurs. Gravidele cu valve cardiace artificiale și patologia cardiacă gravă nasc de obicei în condițiile unui staționar cardiologic sau ale unui spital multiprofil.

În cazul patologiei tractului digestiv în cursul sarcinii, recomandarea este că toate gravidele cu icter sau hepatită manifestă trebuie să fie spitalizate de urgență în clinici multidisciplinare unde se va lua la timp decizia de întrerupere a gravidității sau de declanșare a nașterii.

La pacientele cu boli urologice este nevoie de o monitorizare urologică și obstetricală minuțioasă atât la nivel de ambulator în cât și de staționar. Dacă astfel de paciente vor avea complicații obstetricale, spitalizarea lor se va face în staționarul obstetrical, cu oferirea posibilității unui consult specializat. Decizia de a interna gravida în secția de profil obstetrical sau nonobstetrical va depinde de fiecare dată numai de considerațiunea intereselor femeii.

În patologia oculară în timpul gestației se impune o consultație obligatorie a medicului oftalmolog la termenul sarcinii 10-14 săptămâni pentru a aprecia o conduită specializată oportună și un examen la 36-37 săptămâni pentru alegerea modului de naștere la indicații oftalmologice (de comun acord cu obstetricianul) repetat apoi a doua zi și la o lună după naștere.

În sarcina asociată cu maladii endocrinologice se va întocmi obligatoriu un plan individual de conduită a gravidei cu frecventarea lunară a medicului specialist. Nu mai puțin important în succesul tratamentului a astfel de paciente, în special a celor cu diabet zaharat, este considerat autocontrolul realizat de bolnavă în condiții de domiciliu cu o școlarizare prealabilă a ei la cursurile programate anticipat (3 ori pe parcursul sarcinii: trimestru I când se va adapta insulinoterapia în condițiile secției de endocrinologie; la 19-20 săptămâni când va fi internată în staționarul obstetrical pentru profilaxia patologiei obstetricale și la 35-36 săptămâni - pentru pregătirea antenatală).

O atitudine mai specifică comparativ cu cele relatate mai sus se impune în caz de maladii infecțioase în cursul sarcinii, nașterii și perioadei post-partum. Astfel, dacă ne referim la tuberculoză, spitalizările în asemenea situații se fac până la 12 săptămâni, la 32-36 săptămâni și la 36-40 săptămâni în maternități, iar pe parcursul celorlalte săptămâni în dispensarul de ftiziatrie. Întreruperea sarcinii la o tuberculoză activă

se recomandă în condițiile staționarului de profil (sala de operații), iar dacă nu sunt astfel de condiții – în secțiile de ginecologie (respectând regulile de izolare); aceleași condiții sunt necesare și pentru asistarea nașterilor gravidelor cu tuberculoză.

O tactică similară este acceptabilă și vizavi de pacientele cu hepatite virale și focare purulente extragenitale, de orice localizare, ce impun finalizarea sarcinii (de preferință) numai în clinici specializate.

În baza principiilor privind supravegherea și tratamentul gravidelor cu patologie extragenitală a fost alcătuit un algoritm unic de conduită:

- Necesitatea aflării pacientelor în centre medicale mari de larg profil ce au în structura lor tot spectrul de secții, inclusiv un centru perinatal.

- Atitudine multidisciplinară în conduita acestui contingent de gravide cu implicarea, pe lângă a obstetrician-ginecologului a tuturor specialiștilor de profilul necesar.

- Informarea pacientei și rudelor ei despre spitalizările frecvente și de durată în cursul sarcinei.

- Aprecierea la timp a posibilității de prelungire a gravidității și a riscului viciilor congenitale la făt (până la 20 săptămâni).

- Menținerea stabilă a principalilor indici ai homeostaziei.

- Monitoring fetal adecvat începând de la 26 săptămâni.

- Tarminarea tempestivă a sarcinii în caz de agravare a maladiilor, iar în lipsa acestora prelungirea ei până la termenul optim.

- Se va da prioritate nașterii pe căile naturale în lipsa indicațiilor pentru cezariană identice tuturor femeilor gravide.

Astfel, metodele actuale de diagnostic și tratament al maladiilor extragenitale în obstetrică, aprecierea promptă a stării intrauterine a fătului existența unui serviciu neonatal performant, dispensarizarea optimă a gravidelor bolnave ante și postnatal, ne permit să minimalizăm riscurile perinatale atât pentru mamă cât și pentru făt.

După datele raportului anual al CP IM și C pe 2014 din numărul total de nașteri (6490) în 1168 cazuri pacientelor le-au fost diagnosticate maladii extragenitale (1721 unități nosologice-26,5%) cu următoarea structură:

- boli cardiovasculare — 9,4%
- urogenitale — 3,4%
- endocrine — 3,1%
- infecțioase — 1,9%
- hepato-biliare — 1,8%
- oftalmologice — 1,4%
- digestive — 0,7%
- respiratorii — 0,6%

După mediul de trai 73,4/100 din femei proveneau din sectorul rural, 26,6% din urban; nașterile fiind finalizate în 51,7% pe cale naturală iar în 48,3% prin operația cezariană.

Experiența colectivului Centrului Perinatalogic

IM și C ne permite să ne expunem părerea pe marginea problemei abordate constatând unele deficiențe și expunând măsurile de redresare a lor vizavi de asistența acordată gravidelor, parturientelor și lăuzelor cu patologie extragenitală.

În primul rând, în impediment grav la acest capitol pentru RM noi considerăm aflarea acestui CP IM și C în afara unui spital multiprofil cea ce creează multiple probleme organizatorice și eventualitatea terminării sarcinii în stări de urgență

În rândul doi, cu părere de rău, majoritatea centrelor perinatologice de nivel I și II își supraapreciază posibilitățile lor profesionale și potențialul: punând astfel interesul instituției mai presus de cel al pacientului, nedepistând precoce maladiile extragenitale; evaluând superficial perioada antenatală, cu ignorarea factorilor de risc și elaborarea unei conduite tipizate, în lipsa unei conlucrări eficiente echipă în domeniul obstetricii dintre medicul de familie, medicul din cabinetul de sănătate a reproducerii și specialiștii de profil. În plus mai există cazuri de folosire a metodelor stresante când pacientele, în locul unei asistențe calificate, sunt puse în fața dilemei de a păstra sau nu sarcina.

Astfel, structura actuală a serviciului perinatalogic regionalizat, pe lângă modalitatea de referire a asistenței medicale, are nevoie de reorganizare: ajustând infrastructura la necesitățile reale ale populației; prestand servicii de triere și calitate standard; asigurând instituțiile de nivelele I și II cu tehnologiile perinatale de performanță, iar centrele perinatologice cu transport sanitar, sistem informațional, aparataj medical curativ-diagnostic contemporan.

Și nu în cele din urmă, specialiștii din întâmpin dificultăți atunci când este nevoie de a tria gravidele, parturientele și lăuzele cu PE și a le direcționa în instituția medicală NECESARĂ.

În scopul eficientizării actualului model de acordare a serviciilor perinatale performante și pentru atingerea nivelului european al calității este nevoie de:

- diagnosticul prenatal al celor mai importante boli extragenitale la gravide cu accentul pe depistarea predictorilor genetici ai maladiilor; etapizarea corectă a asistenței medicale femeilor cu factori de risc major în centrele perinatologice de nivel II-III și secțiile specializate de profil republicane;

- comasarea serviciului obstetrical cu rețeaua medicală generală sau patronarea consultativă a secțiilor obstetricale de către clinicile multidisciplinare cu statut republican;

- revederea standardelor de dotare corespunzătoare a tuturor centrelor perinatologice, de tratament și investigații la fiecare etapă, cu un control riguros asupra îndeplinirii lor;

- revizuirea protocoalelor naționale existente în perinatalogie, elaborarea de noi protocoale și îmbunătățirea folosirii lor la toate nivelele;

- revizuirea rolului și numărului de moașe din sectorul primar;
- formarea profesională medicală continuă universitară și postuniversitară cu perfecționarea cunoștințelor medicilor de familie, internștilor, cardiologilor, endocrinologilor etc. și sporirea calificării anesteziologilor-reanimatologi care lucrează în maternități;
- reevaluarea stimulentei financiare în scopul motivării personalului medical pentru sporirea calității serviciilor prestate;
- îmbunătățirea comunicării și colaborării între toate nivelele asistenței medicale;

După părerea noastră este oportună acordarea asistenței medicale gravidelor în două etape:

1) la nivel de ambulatoriu de către medicul de familie, obstetrician-ginecolog și specialistul de profil la necesitate;

2) în staționar, secția de patologie a gravidității (în caz de patologie obstetricală) și în secțiile specializate de profilul corespunzător (la o patologie extragenitală).

- Organele administrative ale serviciului medical din teritoriu vor stabili listele de marșrutizare a femeilor în caz de apariție a bolilor extragenitale.

- În caz de patologie extragenitală pacienta se va interna în secția de profil indiferent de termenul de gestație cu condiția unei supravegheri a specialistului de profil și a medicului obstetrician.

- În cazul asocierii la patologia extragenitală și a complicațiilor obstetricale gravida va fi spitalizată în instituția de profilul maladiei a cărei gravitatea va prevala.

Astfel pentru ameliorarea problemei și impactului patologiei extragenitale în obstetrică sunt necesare un șir de măsuri complexe în fortificarea serviciului perinatalogic la toate nivelurile, fără a pune miza pe sancționarea lucrătorului medical ci pe calitatea managementului sanitar (să vedem de ce azi se întâmplă așa, unde este veriga slabă, și să acționăm); cu antrenarea în rezolvarea problemelor medicale a tuturor actorilor interesați.

#### **Bibliografie.**

1. „Cu privire la implementarea tehnologiilor oportune în asistența perinatală și perfecționarea măsurilor antiepidemice și de control al infecțiilor nosocomiale în Maternitățile Prietenoase Familiei”. Ordin nr.327 din 04.10.2005 MS RM.

2. „Principiile de organizare și acordare a asistenței perinatale.” Ghidul A Național de Perinatalogie, ediția a II-a. Chișinău.2006, 156 p.

3. Hodorogea S. Raport despre evaluarea calității serviciilor antenatale și postnatale ambulatorii oferite femeii și nou-născutului în RM 34p. Notă informativă Cu privire la mortalitatea maternă pe parcursul a 10 luni a. 2013 Colegiul MS.RM

4. Айламазян Э. К., Серов В.Н., Радзинский В. Е., Савельева Г. М., Акушерство. Национальное руководство. Москва. 2013. 606 с.

5. Кулаков В. И. Акушерская и гинекологическая помощь. Москва.1995. 304 с.

6. Дуда И. В., Дуда В. И. Клиническое акушерство. Минск.1997. 604 с.

7. Юсупова А. Н., Токова З.З., Фролова О. Г. Предотвратимые случаи материнской смерти. Акушерство и Гинекология. №2, 2009. стр.53-57.

8. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности. Акушерство и Гинекология. №7. 2011. стр.4-10.

9. Баранов И. И., Токова З. З. Непрямые причины материнской смертности. Акушерство и Гинекология. № 4/2, 2012 стр 92-96.

10. Никольская И. Г., Прокопенко Е. И., Ватазин А. В., Новикова С. В., Микаелян А. В., Будникова Н. Е., Гурьева В. М., Будикина Т. С., Бочарова И. И., Крупская М. С. Тактика ведения беременности при хронической почечной недостаточности: осложнения и исходы. Акушерство и Гинекология. №3. 2013. Том 13.стр. 60-71.

11. Мравян С. Р., Петрухин В. А., Пронина В. П., Капустина М. В., Палеев Ф. Н., Вишнякова М. В.(млад.), Вишнякова М. В. Перипартальная кардиомиопатия в сочетании с формированием некомпактного миокарда у беременной. Российский вестник акушера-гинеколога. №3.2013. Том 13.стр.83-88.

12. Байбарина Е. Н., Филиппов О. С. , Гусева Е. В. Итоги развития службы родовспоможения в Российской Федерации и мероприятия по её совершенствованию. Российский вестник акушера-гинеколога. №4.2014.стр.4-9.

13. Мравян С. Р., Петрухин В. А., Пронина В. П., Вишнякова М. В., Абраменко А. С., Хапий Н. Х., Лысенко С. Н. Течение беременности и родоразрешение пациенток, перенесших операцию по поводу коарктации аорты. Российский вестник акушера-гинеколога. № 6. 2014. том 14, стр.49-55.

14. Никольская И. Г., Прокопенко Е. И. Беременность при терминальной стадии хронической почечной недостаточности и лечении гемодиализом. Российский вестник акушера-гинеколога. №2. 2014. Том 14. стр-29-37.

15. Никольская И. Г., Прокопенко Е. И. Течение, исходы и принципы ведения беременности у пациенток с почечным трансплантатом. Российский вестник акушера-гинеколога. №5.2014. Том 14. стр. 93-101.

16. Хорошкеева О. В., Тетраушвили Н. К., Кирсанова Т. В., Агаджанова А. А., Шарашкина Н. В., Рунихина Н. К., Сухих Г.Т. Успешный исход беременности у пациентки с болезнью Фабри.Акушерство и Гинекология. №4. 2014. стр.96-101

17. Шишкова В. Н. Сердечно-сосудистые заболевания в практике акушера-гинеколога: фокус на артериальную гипертензию. Российский вестник акушера-гинеколога. №4.2014.Том 14. стр. 107-113.

18. Цхай В. Б., Колесниченко А. П., Гарбер Ю. Г., Черданцев Д. В., Глызина Ю. Н., Распопин Ю. С., Беляев К. Ю., Владимиров Д.В., Леванова Е. А. Острая жировая дистрофия печени, осложненная панкреонекрозом. Акушерство и Гинекология. №8. 2014. стр. 143-148.

19. Шувалова М. П., Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Ратушняк С. С., Гусева Е.В. Экстрагенитальные заболевания как причина материнской смертности. Акушерство и Гинекология. №1. 2015. стр.104-111.