

УДК 618.3-036.88

Т.Ю. Павлова, Р.Д. Филиппова, Н.И. Дуглас

ПУТИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

— *Аннотация.* Цель исследования: обоснование клинического аудита критических состояний как резерв снижения уровня материнской смертности. Материал и методы: проведен анализ 82 случаев с риском летального исхода, возникшего в результате тяжелых акушерских осложнений у беременных, рожениц и родильниц, а также 19 случаев материнской смерти. Результаты исследования: выявлены существенные отличия для умерших и «едва не умерших» женщин: в случаях материнской смертности их число на одну пациентку в 1,5 раза превышает аналогичные дефекты при оказании помощи «едва не умершим» женщинам. Клинический анализ случаев «едва не умерших» пациенток – это резерв дальнейшего снижения уровня материнской смертности, что подтверждается однотипными дефектами лечебно-диагностического процесса, приведшими к летальному исходу в случаях предотвратимой материнской смерти и его высокому риску у «едва не умерших» женщин.

— *Ключевые слова:* материнская смертность, критические акушерские состояния, клинический аудит, качество медицинской помощи.

T.Y. Pavlova, R.D. Filippova, N.I. Douglas

Ways to reduce maternal mortality in the Sakha Republic (Yakutia)

— *Abstract.* Aim the study: justification of the clinical audit of critical states as a reserve for reducing maternal mortality. Material and methods: analysis of 82 cases, almost leading to fatal accidents as a result of severe obstetric complications during pregnancy, birth and the puerperia, as well as 19 cases of maternal death. The results of the study: we revealed significant differences in assisting the dead and “nearly died” women; in cases of maternal mortality, the number of the mistakes per one patient was 1.5 times higher than the same for “nearly died” women. The clinical analysis of the cases of “nearly died” patients is a reserve to further reduction of maternal mortality, as evidenced by the similar mistakes in the medical-diagnostic process, leading to death in cases of preventable maternal mortality and its high risk in “nearly died” women.

— *Keywords:* maternal mortality, obstetric critical condition, clinical audit, quality medical care.

ПАВЛОВА Татьяна Юрьевна – к.м.н., главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия). Тел: 8-924-872-71-64. E-mail: tatyanaupavl@mail.ru

PAVLOVA Tat'iana Iur'evna – Doctor of Medical Sciences, Chief obstetrician-gynecologist, Ministry of Health of the Sakha Republic (Yakutia). Phone: +78-924-872-71-64. E-mail: tatyanaupavl@mail.ru

ФИЛИППОВА Роза Дмитриевна – д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Тел.: 8-914-105-52-83. E-mail: rosafilipp@mail.ru

FILIPPOVA Rosa Dmitrievna – Doctor of Medical Sciences, Head of Department of Obstetrics and Gynecology, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Phone: +78-914-105-52-83. E-mail: rosafilipp@mail.ru

ДУГЛАС Наталия Ивановна – д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Тел: 8-924-662-67-22. E-mail: nduglas@yandex.ru

DUGLAS Natal'ia Ivanovna – Doctor of Medical Sciences, Head of Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Postgraduate Education, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Phone: +79246626722. E-mail: nduglas@yandex.ru

Введение. Материнская смертность (МС) занимает ведущую позицию в структуре летальности среди женщин репродуктивного возраста во многих странах. Более 80 % случаев материнской смертности можно предупредить или не допустить. Для этого необходимо знать причины, приводящие к смерти, и искать пути их предотвращения. Анализ серьезных случаев материнской заболеваемости может применяться в качестве дополнения или альтернативы изучению материнской смертности [1, 2]. Случаи опасных для жизни осложнений, или, как еще принято говорить, «критические случаи» («nearmiss»), 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.

При возникновении при беременности и в процессе родов ситуаций, требующих акушерской помощи, решающее значение имеет своевременное распознавание опасных симптомов и быстрое обращение за помощью в учреждения, обеспеченные всем необходимым оборудованием и персоналом для качественного оказания помощи [3, 4]. Данная ситуация требует дальнейшего совершенствования наблюдения за беременными независимо от места жительства, с концентрацией группы высокого риска в учреждениях третьего и второго уровня оказания перинатальной помощи [5].

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ случаев тяжелых акушерских осложнений у беременных, рожениц и родильниц (n=82), едва не завершившихся летальным исходом, за период 2014-2016 гг. и материнских смертей (n=19), зарегистрированных в Республике Саха (Якутия) за период 2012-2015 гг. Критерием включения пациенток в группу «едва не умерших» были случаи витальных критических состояний, развившихся в результате акушерских и экстрагенитальных осложнений и требовавших неотложного медицинского вмешательства, реанимационной поддержки в целях сохранения жизни женщины. При оценке показателей рассчитывали средние ($M \pm m$) и относительные величины (%).

Результаты исследования и их обсуждение. По основным анамнестическим показателям группы были сопоставимы и отличались лишь по жизненным исходам.

Большинство беременных женщин группы «едва не умерших» были госпитализированы в учреждения родовспоможения III уровня (n=48, 58,3 %). При этом доля сельских женщин в группе «едва не умерших» составила 64,6 % (n=53). Данное распределение оказалось несопоставимым с результатами проведенного анализа случаев материнской смерти – суммарная доля умерших женщин в акушерском стационаре III уровня составляла 15,8 % (n=3), а в акушерских стационарах I уровня – 57,9 % (n=11). При этом доля сельских женщин в данной группе составила 57,9 % (n=11).

В обеих группах преобладали пациентки от 21 до 30 лет (соответственно 42,6 % и 57,9 %). Не отличались доли пациенток, состоящих с ранних сроков на диспансерном учете по беременности в женской консультации (76 % и 63,2 % соответственно).

В сравниваемых группах отмечалась сопоставимая частота первоначальных причин критических состояний: акушерских кровотечений (59,8 % и 36,8 % соответственно), преэклампсии (21,9 % и 15,8 %), различных форм сепсиса (14,6 % и 10,5 %) и экстрагенитальных заболеваний (0 и 10,5 %).

В результате возникших экстренных акушерских ситуаций удаление матки «едва не умершим» пациенткам было выполнено в 60,9 % (n=50) случаев, что достоверно превышало частоту таковых в группе с летальным исходом – 26,3 % (n=5). Лидирующее место среди показаний к гистерэктомии в группе «едва не умерших» женщины занимали различные виды кровотечений 90 % (n=45). В их структуре наиболее частыми были атонические кровотечения (МКБ-10, 072.1) – 84 %, а наименее частыми – связанные с разрывом матки во время родов (МКБ-10 071.1) – 6,6 %.

В группе МС отмечалась та же тенденция – в 3 (60,0 %) случаях из 5 показаниями для гистерэктомии являлись различные виды кровотечений. Атонические кровотечения (МКБ-10, 072.1) наблюдались у 66,6 % женщин, а связанные с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (МКБ-10 045.0) – у 33,3 %. В 40 % (n=2) показанием для гистерэктомии являлись септические осложнения.

Необходимо отметить, что хирургическое вмешательство, выполненное своевременно в группе «едва не умерших» женщин, хотя и повлекло утрату репродуктивного органа, но позволило сохранить жизнь пациенткам, оказавшимся в критическом состоянии. В группе же умерших женщин при наличии четких показаний гистерэктомия не выполнена 21 % (n=2) пациенткам, а выполненные гистерэктомии в 100 % (n=5) случаев проведены несвоевременно (с опозданием).

В спектре дефектов диагностики с достоверно более высокой частотой в группе с летальными исходами беременности и родов встречалось отсутствие мониторинга факторов риска в течение беременности, неполное лабораторное обследование и неверная трактовка полученных результатов, недостатки в консультативной помощи смежных специалистов.

В этой же группе достоверно чаще обследование тяжелых пациенток проводилось не в полном объеме, отмечались ошибки в оценке качественных и количественных компонентов гемостаза. В обеих группах с высокой частотой встречались дефекты в формулировке заключительного клинического диагноза, однако в анализируемых случаях материнской смерти таковых оказалось достоверно больше. В этой же группе в два раза чаще выставлялся ошибочный диагноз.

Закономерно, что дефекты на этапе оказания госпитальной помощи встречались с более высокой частотой в группе с летальными исходами беременности и родов. Чаще всего они были представлены несвоевременным началом лечения, дублированием неэффективных мероприятий, неадекватным подбором инфузионных сред, полипрагмазией, а также неверным объемом и запоздалыми сроками оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, совершенствование условий для сохранения материнского здоровья должно быть направлено на сокращение числа предотвратимых смертельных исходов, достижимое путем снижения частоты случаев «едва не умерших» женщин, переживших «акушерскую катастрофу». Тщательный клинический анализ случаев «едва не умерших» пациенток – это весомый резерв дальнейшего снижения уровня материнских смертей, что подтверждается установленными однотипными дефектами лечебно-диагностического процесса, приведшими к летальным исходам в случаях предотвратимой материнской смерти и его высокому риску у «едва не умерших» женщин [6, 7].

Клинический аудит возможных, но реально не произошедших случаев материнской смерти, должен быть основан на системном анализе, включающем подробное изучение медицинской документации, интервьюирование пациенток. Важным в этом аналитическом процессе является участие патологоанатома, т.к. квалифицированное патоморфологическое исследование послеследа и оперативного материала позволит уточнить или установить основной нозологический диагноз, выявить допущенные ошибки. Основной целью мониторинга критических акушерских случаев должно быть извлечение уроков с целью детального определения последовательности событий, приведших к развитию критического состояния.

Для снижения материнской летальности большое значение имеет мониторинг критических состояний во время беременности и в родах на базе АДКЦ. Однако для достижения устойчивых резервов в профилактике материнской смертности необходимо внедрение сплошного мониторинга беременных, являющегося эффективно работающей системой оценки качества диспансерного наблюдения в медицинских организациях первого звена, с целью повышения доступности специализированной и высокотехнологичной медицины независимо от места жительства беременной женщины.

В профилактике новых случаев материнской летальности важное значение имеет регионализация помощи беременным с системой обратной связи, способной через количественную и качественную оценку групп риска оптимизировать алгоритмы ведения беременных с угрозой развития неблагоприятного перинатального исхода на втором и третьем уровнях оказания перинатальной помощи.

В целом, оптимизация организации службы родовспоможения в Республике Саха (Якутия) позволила не допустить случая материнской смертности в 2016 г.

Литература

1. Милованова, А.П. Пути снижения акушерских потерь / А.П. Милованова, Е.Ю. Лебеденко, А.Ф. Михельсон // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4/1 – С. 74-78.
2. Башмакова, Н.В. Профилактика материнской смертности: мониторинг при беременности и в родах / Н.В. Башмакова, В.В. Ковалев, С.В. Татарева // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2. – С. 86-92.
3. Гусева, Е.В. Роль организации акушерской помощи в снижении материнской смертности в Российской Федерации / Е.В. Гусев, О.С. Филиппов // Материалы X Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2008. – С. 488-489.
4. Лебеденко, Е.Ю. Near miss. На грани материнских потерь / Е.Ю. Лебеденко; под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Издательство журнала «Statuspraesens», 2015. – 184 с.
5. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. – М., 2016. – 345 с.
6. Аудит критических состояний в Российской Федерации в 2015 году: методическое письмо Минздрава России. – М., 2016.
7. Материнская смертность в Российской Федерации в 2015 году: методическое письмо Минздрава России. – М., 2016.

References

1. Milovanova, A.P. Puti snizheniia akusherskikh poter' / A.P. Milovanova, E.Iu. Lebedenko, A.F. Mikhel'son // Akusherstvo i ginekologiya. – 2012. – № 4/1 – S. 74-78.
2. Bashmakova, N.V. Profilaktika materinskoi smertnosti: monitoring pri beremennosti i v rodakh / N.V. Bashmakova, V.V. Kovalev, S.V. Tatareva // Akusherstvo i ginekologiya. – 2011. – № 2. – S. 86-92.
3. Guseva, E.V. Rol' organizatsii akusherskoi pomoshchi v snizhenii materinskoi smertnosti v Rossiiskoi Federatsii / E.V. Gusev, O.S. Filippov // Materialy X Ros. foruma «Mat' i ditia». – M., 2008. – S. 488-489.
4. Lebedenko, E.Iu. Near miss. Na grani materinskikh poter' / E.Iu. Lebedenko; pod red. V.E. Radzinskogo. – M.: Izdatel'stvo zhurnala «Statuspraesens», 2015. – 184 с.
5. Radzinskii, V.E. Akusherskaia agressiia / V.E. Radzinskii. – M., 2016. – 345 с.
6. Audit kriticheskikh sostoianii v Rossiiskoi Federatsii v 2015 godu: metodicheskoe pis'mo Minzdrava Rossii. – M., 2016.
7. Materinskaia smertnost' v Rossiiskoi Federatsii v 2015 godu: metodicheskoe pis'mo Minzdrava Rossii. – M., 2016.

