



**Министерство здравоохранения Кыргызской
Республики**

**Национальный комитет по конфиденциальному
расследованию материнской смертности**

ЖИЗНЬ МАТЕРЕЙ КЫРГЫЗСТАНА

**Второй отчет по конфиденциальному
расследованию случаев материнской смертности в
Кыргызской Республике за 2014-2015гг.**

КЫРГЫЗСТАН 2017

Данный отчет явился итогом двухлетней совместной работы Национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности Кыргызской Республики (НК КРМС), местных координаторов по КРМС, акушер-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, акушерок, хирургов, паталогоанатомов и всех, кто так или иначе был вовлечен в процесс оказания медицинской помощи умершим женщинам.

Техническую поддержку в проведении заседаний НК КРМС по расследованию 148 случаев материнской смертности за 2014-2015 гг. и подготовке отчета оказали Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и Европейское Региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ). Внешняя оценка проведена при консультативной помощи ВОЗ.

Согласно методологии ВОЗ «Что кроется за цифрами», вся информация, использованная в данном отчете, получена конфиденциально из различных источников. Вся собранная медицинская документация и анкеты были уничтожены после проведенного расследования.

Для предварительного согласования при ссылке на информацию из данного издания просим обращаться в Национальный комитет по КРМС Кыргызской Республики.

Издан: 2017г.

Адрес: Национальный комитет по КРМС, 720001, г.Бишкек, ул.Тоголок Молдо, 1

Целевые группы пользователей:

Акушеры-гинекологи

Акушерки

Аnestезиологи

Врачи общей практики

Персонал оказания скорой помощи

Врачи, оказывающие антенатальных уход

Женщины и их семьи

Руководители Национальной системы здравоохранения

Политики

Научные работники

СОДЕРЖАНИЕ:

Предисловие	4
Выражение признательности	5
Список сокращений	6
Краткое изложение основных выводов	8
10 ключевых рекомендаций.....	9
Введение	10
Методология КРМС	10
Результаты анализа материнской смертности	13
Женщины, которые умерли	17
Помощь, полученная материами.....	20
Качество помощи, полученной женщинами	32
Прямые причины материнской смертности	33
1. Акушерские кровотечения	33
2. Гипертензивные нарушения во время беременности	41
3. Акушерский сепсис	44
4. Тромбоэмболия легочной артерии/эмболия околоплодными водами....	48
5. Анестезия и реанимация.....	50
Косвенные причины материнской смертности.....	53
Главная причина не была установлена.....	57
Отсутствие акушерской причины.....	58
Патологоанатомическое вскрытие.....	58
Список литературы.....	61
Приложения	
• Приложение №1. Глоссарий.....	62
• Приложение №2. Оценка факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ).....	65
• Приложение №3. Меры, обеспечивающие безопасность поведения спинномозговой анестезии.....	67
• Приложение №4. Состав Национального комитета по КРМС.....	69
• Приложение №5. Состав местных координаторов КРМС.....	70

ПРЕДИСЛОВИЕ

Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений государственной политики Кыргызской Республики, поскольку уровень медицинской помощи беременным и родильницам определяет судьбу и здоровье будущих поколений. Кыргызстан – одна из 189 стран, принявших на себя обязательства по реализации Целей Развития Тысячелетия до 2015 года (цель №5: Улучшение охраны материнства, задача 1: снижение на 2/3 случаев материнской смертности к 2015 году), выразил приверженность по достижению Целей Устойчивого Развития (ЦУР) до 2030 года (ЦУР 3: Хорошее здоровье и благополучие), где одним из важных показателей является снижение материнской смертности.

Сегодня, благодаря предпринятым шагам по внедрению передовых технологий по перинатальной помощи на доказательной основе, в условиях ограниченных ресурсов, в республике наметилась устойчивая тенденция к снижению материнской смертности. Одним из позитивных шагов является выход Второго отчета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности, основанного на методологии Всемирной организации здравоохранения «Что кроется за цифрами», позволяющего определить барьеры, с которыми сталкиваются женщины при получении медицинской помощи, причины их возникновения и пути их преодоления не только на уровне медицинского учреждения, но и на уровне семьи, гражданского сообщества, органов местных самоуправлений и политики. Правительство Кыргызской Республики вместе с другими министерствами и нашими партнерами по развитию готово приложить максимум усилий для достижения конкретных и измеримых результатов по улучшению здоровья матерей в нашей стране, а также для реализации и мониторинга рекомендаций Второго отчета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности, который является самым эффективным инструментом на пути достижения цели, так как в него вложен труд каждого участника, сопровождавшего умершую женщину с самого начала беременности до трагического исхода (семья, окружение, медицинские работники, лица, принимающие решения).

Вице-премьер-министр Кыргызской Республики

Султанбекова Чолпон Аалдыевна



ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Проведение данного исследования стало возможным благодаря технической поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Европейского Регионального Бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ).

Выражаем признательность всем, кто предоставлял данные для оценки, собирая анкеты, опрашивал каждого участника трагического случая, беседовал с родственниками погибшей женщины для того, чтобы получить как можно больше достоверной информации.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики и члены Национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности глубоко признательны доктору Стелиану Ходороджа, доценту кафедры акушерства и гинекологии Государственного медицинского и фармацевтического Университета имени Николае Тестемицану Республики Молдова, консультанту ВОЗ за проведение независимой внешней оценки отчета.

Выражаем признательность всем членам Национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности за честность и терпение, особенно в тех случаях, когда информация из различных источников была разноречива (“мы все знаем, что произошло на самом деле, но это нигде не записано”) и когда, порой, было трудно прийти к однозначному решению.

Благодаря совместным усилиям всех участников данного процесса сформированы рекомендации, которые в будущем позволят улучшить уход за женщинами.

Выражаем искреннее соболезнование родным и близким умерших женщин и признательность за содействие в проведении исследования, а также за терпение и проявленное понимание!

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВА	Внутривенная анестезия
ВБ	Всемирный Банк
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТЭ	Венозная тромбоэмболия
ГСВ	Группы семейных врачей
ГИЗ	Германское общество по международному сотрудничеству
ДИОВ	Дородовое излитие околоплодных вод
ЕРБ ВОЗ	Европейское региональное бюро ВОЗ
ЖРВ	Женщины репродуктивного возраста
ЖФВ	Женщины fertильного возраста
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
ИКС	Исследование критических случаев
ИМТ	Индекс массы тела
КГМИПиПК	Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КР	Кыргызская Республика
КРМС	Конфиденциальное расследование случаев материнской смертности
КП	Клинический протокол
КС	Контрацептивные средства
КУЗ	Кабинеты укрепления здоровья
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НАП	Неотложная акушерская помощь
НК КРМС	Национальный комитет по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности
НМГ	Низкомолекулярные гепарины
НПК	Непрерывное повышение качества
НСК КР	Национальный статистический комитет КР
НЦОМиД	Национальный центр охраны материнства и детства
ОББ	Обеспечение безопасной беременности
ОЗ	Организация здравоохранения
ОЗМиР	Охрана здоровья матери и ребенка

Отчет ММЕИГ

Четыре агентства ООН – Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и Всемирный банк, а также Отдел народонаселения ООН (Population Division) объединенными усилиями, в лице Межведомственной группы по оценке материнской смертности (Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, ММЕИГ), выпускают регулярные оценки материнской смертности для всех стран мира. Соответствующие расчеты были обнародованы для 1990, 1995, 2000, 2005, 2008, 2010, 2013, 2015 годов.

ОЦК

Объем циркулирующей крови

ПЖВЛС

Перечень жизненно важных лекарственных средств

ПМСП

Первичная медико-санитарная помощь

П/П

Послеоперационный период

ПРПО

Преждевременный разрыв плодных оболочек

ПТС

Преэклампсия тяжелой степени

РВА

Ручная вакуум-аспирация

РМИЦ МЗ КР

Республиканский медико-информационный центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

РСЗ

Репродуктивно-сексуальное здоровье

С3П

Свежезамороженная плазма

ТБ

Территориальная больница

ТЭЛА

Тромбоэмболия легочной артерии

УОМПиЛП МЗ КР

Управление организации медицинской помощи и лекарственной политики Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

ФАП

Фельдшерско - акушерский пункт

ЦСМ

Центр семейной медицины

ЭПУ

Эффективный перинатальный уход

ЧКЗЦ

«Что кроется за цифрами»

ЮНФПА

Фонд ООН в области народонаселения

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ОСНОВНЫХ ВЫВОДОВ

1. В Кыргызской Республике за период 2014-2015гг. в результате осложнений во время беременности, родов и в течение 42 дней послеродового периода умерла 141 женщина, что составило 44 случая летальных исходов на каждые 100 000 живорожденных.
2. Отсутствие постоянной работы у женщин является наиболее важным социальным фактором риска материнской смертности. Наряду с финансовыми сложностями, значимое влияние на летальный исход оказали отказ женщин от сотрудничества с медицинскими работниками и низкая информированность по опасным признакам во время беременности.
3. Каждая десятая женщина умерла вне лечебного учреждения – 14 (9,4%), в том числе дома – 8 (57,1%), и по дороге в лечебное учреждение – 6 (42,9).
4. В 2 случаях беременные женщины покончили жизнь самоубийством.
5. 106 (71,6%) женщин умерли от причин, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом (далее *Прямые причины*), при этом почти каждая вторая из них (49 из 106) умерла от кровотечения, которое, в последние годы, является ведущей причиной смерти женщин, как по официальным данным, так и по данным конфиденциального расследования случаев материнской смертности.
6. Эклампсия была наиболее частой причиной смерти при гипертензии во время беременности. Кроме того, в половине случаев приступ тонико-клонических судорог произошел в стационаре.
7. 35 (23,6%) женщин умерли от уже существующих и/или новых общих заболеваний, течение которых усугубила беременность (далее *Косвенные причины*), когда сокрытие беременной таких заболеваний, как эпилепсия, туберкулез и др. становится серьезной проблемой для медицинского сообщества.
8. В 86 (58,1%) случаях были выявлены факторы ненадлежащего медицинского ухода, когда медицинские работники или недооценили первоначально тяжелое состояние женщины, или несвоевременно распознали общее заболевание, которое находилось за пределами их непосредственной компетенции (аппендицит, заболевание сосудов головного мозга и др.), или оказывали помощь не в соответствии с принятыми в стране клиническими протоколами.
9. Больше всего шансов спасти женщину было в случаях смерти от *Прямых причин* – 83 (78,3%) умершие, менее всего в случаях смерти от *Косвенных причин* – 3 (8,1%).
10. Патологоанатомическое вскрытие было проведено только в 50 (33,8%) случаях материнской смертности.

ДЕСЯТЬ КЛЮЧЕВЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

1. Каждая организация здравоохранения должна иметь местный алгоритм по оказанию неотложной акушерской помощи при послеродовых кровотечениях с обязательным указанием состава команды медицинских работников (не менее 4-х специалистов), функциональных обязанностей и персональной ответственности каждого члена команды, а также времени, в течение которого каждый член команды обязан прибыть для оказания неотложной помощи в рамках своей компетенции. Наряду с вышеизложенным, местный алгоритм должен содержать дополнительные варианты неотложной помощи на случай задержки в прибытии ургентного врача. По данному алгоритму, с целью отработки навыков и проверки готовности к оказанию помощи при кровотечениях, проводить на регулярной основе практические тренинги с ежегодной аттестацией.
2. Обучать акушерок территориальных больниц практическим навыкам по оценке кровопотери и состояния родильниц, методам временной остановки кровотечения и принципам восполнения кровопотери с последующей аттестацией и введением указанных навыков в их функциональные обязанности.
3. Пересмотреть систему последипломной подготовки и лицензирования акушер-гинекологов, с особым акцентом на обучающий процесс по совершенствованию практических навыков по неотложной помощи при акушерских кровотечениях, в том числе по проведению основных хирургических вмешательств.
4. При поступлении в стационар женщин репродуктивного возраста с признаками «острого живота», прежде всего, необходимо исключить внематочную беременность путем рутинного проведения теста на беременность.
5. Проводить индукцию родов, спинномозговую анестезию в тех организациях здравоохранения, которые соответствуют требованиям и условиям их безопасного проведения, согласно национальным клиническим протоколам.
6. Все беременные, нуждающиеся в лечении экстрагенитального заболевания, должны быть госпитализированы в профильное учреждение, как минимум вторичного уровня организации здравоохранения, при этом ни медицинский работник, ни пациентка не должны испытывать препятствия при госпитализации.
7. Разработать клиническое руководство по проведению кесарева сечения в момент смерти женщины и пересмотреть клинический протокол по преэклампсии тяжелой степени.
8. Разработать механизм неформального подхода в осуществлении послеродового патронажа специалистами первичной медико-санитарной помощи (ЦСМ/ГСВ/ФАП).
9. Всем женщинам до беременности или на ее ранних сроках при госпитализации во время беременности по любой причине, а также перед и после операции/родов проводить документальную оценку факторов риска венозной тромбоэмболии.
10. Провести рабочие встречи, круглые столы с журналистами для обсуждения таких вопросов, как информирование женщин о стандартах медицинской помощи, на которую они вправе рассчитывать, партнерских отношениях между пациенткой и медицинским работником, важности патологоанатомического вскрытия во всех случаях материнской смертности.

ВВЕДЕНИЕ

За статическими цифрами материнской смертности кроются трагедии, оставленные сироты и семейное горе. Количество поломанных судеб не выявить традиционным анализом, который направлен лишь на установление виноватых, применение к ним административных взысканий и других наказаний. Однако сегодня становится очевидным, что для снижения уровня материнской смертности, нам нужна информация, определяющая, что можно сделать для того, чтобы *предупредить* последующие материнские смерти. Методология ВОЗ «Что кроется за цифрами» направлена на понимание причин, приводящих к смерти женщины и определение путей предупреждения возможной ее гибели в будущем. Каждая материнская смерть – это «ключ к разгадке, почему ее жизнь закончились так рано»⁴.

МЕТОДОЛОГИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

A. Что такое конфиденциальное расследование случаев материнской смертности (КРМС)

КРМС является международным золотым стандартом детального расследования гибели женщины, который позволяет извлечь уроки из каждого случая не только для медицинского работника, принимавшего участия в уходе за пациенткой, но и для ее семьи, друзей и сообщества. Все вышеизложенное, в свою очередь, может помочь улучшить качество ухода во время беременности, родов и послеродовом периоде. Данная методология подразумевает последовательный процесс анализа случаев материнской смерти, установления причин и факторов, которые к ним привели, с оценкой их предотвратимости, разработке обоснованных рекомендаций для последующих изменений⁴.

Так как КРМС базируется на принципах анонимности (никто не знает в каком лечебном учреждении произошел этот случай и кто оказывал помощь этой пациентке), каждый медицинский работник, участвовавший в уходе за погибшей женщиной, дает истинную информацию по случаю, рассказывает, что следовало бы сделать для предупреждения этой смерти, почему не удалось спасти эту женщину и какие уроки можно извлечь из ее гибели. Вся информация используется не для поиска виноватых, а для того, чтобы такие случаи больше не повторялись в других лечебных учреждениях, у других медицинских работников, в других семьях.

Таким образом, методология КРМС не предусматривает осуждение и наказание, боязнь которого приводит к частичному сокрытию фактов и невозможности вынести уроки из случившегося, а, напротив, нацелена на повышение качества медицинской помощи путем выявления основных проблем из каждого случая гибели женщины, что можно сделать практически, какие вмешательства необходимы со стороны сектора здравоохранения, сообщества и политиков.

B. История внедрения КРМС в Кыргызской Республике

Процессу внедрения конфиденциального расследования (аудита) случаев материнской смертности (КРМС) в нашей стране предшествовала большая подготовительная работа. Ознакомление и выбор подходов аудита начинался с регионального совещания ВОЗ (2004г.) в Кыргызской Республике, за которым последовали технические мероприятия в стране на основе экспертизы и регионального опыта Всемирной организации здравоохранения. За период с 2007 по 2010 годы были проведены национальные технические совещания с привлечением международных экспертов для обучения координаторов аудита, разработан

план внедрения, утверждены инструменты аудита и приоритетные национальные протоколы по акушерству, основанные на доказательной медицине.

С 2010 года КРМС внедряется на национальном уровне, результаты проведенного аудита 95 случаев материнской смертности за период 2011-2012гг. были представлены в Первом отчете по КРМС (2014г).

В 2014 г. для сбора более полной информации о причинах гибели женщины, было переиздано Руководство по проведению КРМС, в котором авторы расширили спектр вопросов в опросных листах. С целью повышения эффективности работы местных координаторов были разработаны и утверждены стандартные операционные процедуры (СОП) по сбору, оформлению и подаче документации в Национальный комитет по КРМС.

Данный отчет является вторым отчетом по КРМС, включает в себя анализ материнской смертности за период 2014 – 2015гг. и содержит ряд рекомендаций для клиницистов, организаторов здравоохранения, политиков, гражданского сообщества, лиц, принимающих решение, а также для преподавателей медицинских ВУЗов, которые готовят следующее поколение практикующих врачей.

C. Методология конфиденциального расследования случаев материнской смертности

Для выявления медицинских и немедицинских причин материнской смертности, факторов некачественного лечения, а также социальных и семейных проблем, которые могли повлиять на трагический исход, в группу исследования были включены все случаи гибели женщин во время беременности, родов и в течение 42 дней послеродового периода от Прямых (связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом) и Косвенных (существовавших ранее и/или приобретенных новых заболеваний, как например, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания легких и др., течение которых усугубила беременность) причин. Кроме того, были рассмотрены случаи гибели женщин от причин, не связанных с беременностью, которые были классифицированы, как «Отсутствие акушерской причины (несчастные случаи)», и категория «Главная причина не была установлена», когда для установления причины гибели женщины информация была недостаточной.

D. Работа местных координаторов по КРМС

Для сбора информации по каждому случаю материнской смертности в нашей стране в каждом родовспомогательном учреждении/отделении республики работает местный координатор по КРМС (всего 63 человека). В его обязанности входит ксерокопирование медицинской документации, ее обезличивание (анонимизация всех данных по организации здравоохранения, по медицинским работникам, по погибшей женщине) для того, чтобы были соблюдены принципы анонимности и конфиденциальности, позволяющие медицинскому работнику высказать, не опасаясь огласки, свое видение случая. Кроме того, местный координатор собирает анкеты, которые заполняет каждый участник случая и родственники погибшей женщины (по возможности) и передает пакет документов в национальный секретариат по КРМС.

E. Работа национального комитет по КРМС

Для проведения анализа случаев материнской смертности методологией ВОЗ в стране функционирует национальный комитет по КРМС, который состоит из 19 человек (акушер-гинекологи, анестезиологи, патологоанатомы, представители профессорско-преподавательского состава КГМА и КГМИПиПК). За отчетный период при поддержке ВОЗ и ЮНФПА было проведено шестнадцать заседаний Национального комитета по КРМС, на

которых было проанализировано 148 случаев материнской смертности. К работе комитета неоднократно привлекались смежные и узкие специалисты для межсекторального участия в исследовании причин смерти и формировании рекомендаций. Для более детального анализа национальным экспертам заранее, за 2 недели до предстоящего заседания Национального комитета, предоставлялся пакет документов, который состоял из всей анонимизированной медицинской документации (история родов, история болезни, карта наблюдения за беременной и т.д.) и опросных листов. Опросные листы были главным и, порой, единственным источником достоверной информации, позволяющим выяснить, что же на самом деле случилось, так как содержали информацию по социальным обстоятельствам жизни женщины (доход, материальное положение, насилие, миграция, занятие женщины и ее партнера), данные анкетирования медицинского персонала и родственников погибшей женщины. Качество медицинской помощи оценивалось акушер-гинекологом, патологоанатомом, анестезиологом, семейным врачом, и, по мере необходимости, другими специалистами (инфекционист, фтизиатр, кардиолог). Национальный эксперт готовил краткое резюме по каждому случаю смерти, включая основные результаты. Далее, случай предоставлялся на рассмотрение многопрофильного комитета по КРМС, где просматривались все данные, составлялся краткий отчет по медицинской причине смерти (в том числе, указывая возможные причины смертей, произошедших вне стен медицинского учреждения), а также по медицинским факторам ненадлежащего ухода, которые способствовали наступлению смерти (таблица 1).

Классификация факторов ненадлежащего ухода

Таблица 1

Фактор	Степень его влияния на качество оказания услуг
Первостепенный фактор	фактор, который оказал значительное влияние на летальный исход - было бы разумно предположить, что другие меры привели бы к иному исходу
Второстепенный фактор	фактор, который оказал существенное влияние на летальный исход - возможно, другие меры привели бы к другим результатам, но, так или иначе, спасение жизни роженицы было маловероятным
Случайный фактор	при всей назидательности произошедшего, выявленный фактор не оказал влияния на конечный результат

Далее, в зависимости от степени выявленных факторов ненадлежащего ухода, оценка случая материнской смерти причислялась к различным категориям, согласно шкале, указанной в таблице 2.

Шкала оценки случая материнской смертности

Таблица 2

Категория смерти	Характеристика
0	не был (не были) выявлен(ы) фактор(ы) ненадлежащего ухода
1	был (были) выявлен(ы) случайный(ые) фактор(ы) ненадлежащего ухода, но маловероятно, что он (они) повлиял(и) на трагический исход
2	был (были) выявлен(ы) второстепенный(ые) фактор(ы) ненадлежащего ухода, который(ые), возможно, повлиял(и) на трагический исход
3	был (были) выявлен(ы) первостепенный(ые) фактор(ы) ненадлежащего ухода, который(ые), вероятно, повлиял(и) на трагический исход.

В каждом случае заполнялся протокол оценки, выводы, по которому согласовывались со всеми членами Национального комитета КРМС. В случае несогласия кого-либо из экспертов по окончательной причине смерти, случай оценивался повторно, либо проводилось голосование для достижения консенсуса.

Каждый протокол содержал рекомендации общего или конкретного характера по решению проблем, связанных с установленными предотвратимыми факторами, в целях предупреждения аналогичных смертей в будущем.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В Национальный комитет КРМС для анализа поступила документация 148 женщин, умерших от причин, прямо или косвенно связанных с их беременностью, из 310 673 матерей, родивших в Кыргызской Республике в 2014-2015гг. и 318 810 живорожденных за вышеуказанный период. Из всех 148 погибших женщин 106 (71,6%) умерли от заболеваний, которые могли появиться только вследствие беременности (*Прямые причины*) и 35 (23,7%) – от уже существующих и/или новых общих заболеваний, течение которых усугубила беременность (*Косвенные причины*).

В 4 (2,7%) случаях Национальному комитету КРМС не удалось установить причину гибели женщин из-за недостаточной информации. 3 (2,0%) беременные женщины погибли от несчастных случаев.

Таким образом, НК КРМС было установлено, что гибель 141 женщины была прямо или косвенно связана с беременностью, поэтому за указанный 2-х летний период общий показатель материнской смертности составил 44,2 смерти на 100 000 живорожденных. Число материнских смертей от *Прямых причин* (71,6%) значительно превосходило число смертей от *Косвенных причин* (23,7%). Впервые в данном Отчете с целью анализа, были учтены смерти беременных женщин от *несчастных случаев* (2,0%), когда связь их смертей с беременностью была случайной. Предоставляемая информация все еще остается недостаточной, поэтому в 2,7% случаях Национальному комитету КРМС не удалось установить причину гибели женщин (таблица 3).

Структура и показатель материнской смертности за 2014-2015гг.

Таблица 3

Причина смерти	Абсолютные числа	Относительные числа (% от общего количества материнских смертей)	Показатель на 100 000 живорожденных
Прямые причины			
Кровотечение, в том числе:	49	33,1	15,4
- дородовое, вызванное патологией плаценты	9	6,1	
- во время родов и раннем послеродовом периоде	24	16,2	
- разрыв матки	12	8,1	
- внематочная беременность	2	1,3	
- самопроизвольный выкидыш	2	1,3	

Гипертензивные нарушения во время беременности, в том числе:	22	14,9	6,9
- эклампсия	12	8,1	
- преэклампсия тяжелой степени	10	6,8	
Акушерский сепсис, в том числе:	21	14,2	6,6
- постлеродовый сепсис	17	11,5	
- умерла беременной в сроке 24 недели	1	0,7	
- сепсис после аборта	3	2,0	
Тромбоэмболия	8	5,4	2,5
Аnestезиологические осложнения	6	4,0	1,9
Всего прямые акушерские причины	106	71,6	33,2
Косвенные причины:			
Существовавшая ранее материнская патология, в том числе:	14	9,5	4,4
- эпилепсия	4	2,7	
- аномалии развития сосудов головного мозга	3	2,0	
- заболевания сердечно-сосудистой системы	3	2,0	
- онкологические заболевания	2	1,4	
- тиреотоксикоз	1	0,7	
- кавернозная гемангиома шейки матки	1	0,7	
Инфекция, не связанная с беременностью, в том числе:	21	14,2	6,6
- внебольничная пневмония	5	3,4	
- инфекционный менингит	5	3,4	
- хирургический перитонит (аппендицит, тромбоз сосудов брыжейки, язвенно-некротический энтероколит)	3	2,0	
- туберкулез легких	3	2,0	
- неакушерский сепсис (odontогенная гнилостно-некротическая флегмона полости рта и шеи – 1; пиелонефрит – 2)	3	2,0	
- вирусный гепатит «B»	1	0,7	
- эндокардит	1	0,7	
ВСЕГО	35	23,7	11,0
Отсутствие акушерской причины, в том числе:	3	2,0	0,9
- самоубийство	2	1,4	

- дорожно-транспортное происшествие	1	0,7	
Главная причина не была установлена	4	2,7	1,3
ИТОГО	148	100%	46,4

Клинические причины материнской смертности

Прямые причины

Показатель материнской смертности от *Прямых причин* составил 33,2 случая на 100 000 живорожденных.

Самой распространённой причиной *Прямых* материнских смертей продолжают оставаться кровотечения, от которых погибла почти каждая вторая женщина данной группы (49 – 46,2%). Гипертензивные нарушения во время беременности - 22 (20,8%) и акушерский сепсис 21 (19,8%) занимают второе и третье места соответственно, при этом разница между ними незначительна. Тромбоэмболия легочной артерии и эмболия околоплодными водами были причиной гибели 8 (7,5%) женщин. Смерть 6 (5,7%) женщин была напрямую связана с анестезией и реанимацией (рис. 1).

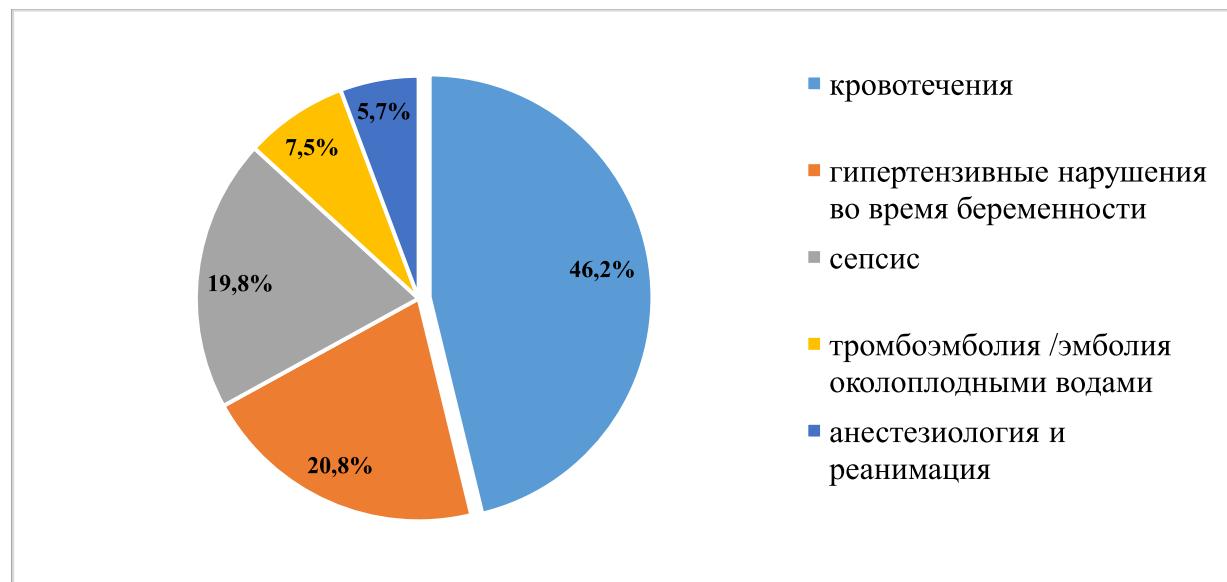


Рис. 1. Структура прямых причин материнской смертности

Показатель материнской смертности от *Косвенных причин* составил 11 случаев на 100 000 живорожденных.

Косвенные причины

В структуре *Косвенных причин* материнских смертей частота существовавшей ранее материнской патологии составила 14 (40%) случаев, при этом эпилепсия отмечалась в 4 (28,6%) случаях и была самой распространённой причиной материнской смертности в указанной группе. Количество онкологических заболеваний, сопровождавших беременность, составило 2 случая (таблица 4).

В структуре инфекций, не связанных с беременностью, одинаково часто, как причина смерти, отмечалась 5 случаях – внебольничная пневмония и в 5 – инфекционный менингит. 3 женщины погибли от хирургического перитонита, причиной которого были аппендицит,

тромбоз сосудов брыжейки, язвенно-некротический энтероколит. Туберкулез в нашей стране все еще продолжает оставаться причиной материнской смертности (3/14,3%).

Структура косвенных причин материнской смертности

Таблица 4

Причина смерти	Абсолютные числа	Относительные числа (%)
Существовавшая ранее материнская патология, в том числе:	14	40
- эпилепсия	4	11,4
- аномалии развития сосудов головного мозга	3	8,6
- заболевания сердечно-сосудистой системы	3	8,6
- онкологические заболевания	2	5,7
- тиреотоксикоз	1	2,85
- кавернозная гемангиома шейки матки	1	2,85
Инфекция, не связанная с беременностью, в том числе:	21	60
- внебольничная пневмония	5	14,3
- инфекционный менингит	5	14,3
- хирургический перитонит (аппендицит, тромбоз сосудов брыжейки, язвенно-некротический энтероколит)	3	8,6
- туберкулез легких	3	8,6
- неакушерский сепсис (одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона полости рта и шеи – 1; пиелонефрит – 2)	3	8,6
- вирусный гепатит «В»	1	2,85
- бактериальный эндокардит	1	2,85
ВСЕГО	35	100

В данном двухлетнем периоде были учтены 3 случая материнской смертности, которые не были связаны с беременностью. Причиной гибели этих женщин были в 2 случаях – самоубийство, в 1 – дорожно-транспортное происшествие, но они несут в себе важную информацию в сфере охраны здоровья, такую, как домашнее насилие и нарушение правил дорожного движения.

Ввиду того, что информация по причинам гибели 4 женщин либо полностью отсутствовала, либо была недостаточной, Национальный комитет по КРМС был вынужден отнести вышеуказанные смерти к категории «Главная причина не была установлена», что будет рассмотрено в соответствующей главе.

ЖЕНЩИНЫ, КОТОРЫЕ УМЕРЛИ

Средний возраст умерших женщин составил 32,5 года и находился в пределах 17 – 48 лет. Как видно из таблицы 5, в которой показана материнская смертность в разных возрастных группах, самая низкая частота случаев гибели отмечалась в возрастной группе 20-24 летних (32,9 на 100 000 родивших), в то время как частота случаев гибели в группе 35-39 летних была выше в 3 раза (107,4 случаев против 32,9), а в группе старше 40 лет – в 5 раз выше (158,0 против 32,9). Таким образом, самыми уязвимыми были женщины в возрасте старше 35 лет.

Материнская смертность по возрасту

Таблица 5

Возраст	Количество родов	Количество умерших	Уровень на 100 000 родов соответствующей возрастной группы
15-17	2242	1	44,6
18-19	17752	6	33,8
20-24	103386	34	32,9
25-29	95177	35	36,8
30-34	56076	29	51,7
35-39	27926	30	107,4
40-44	7597	12	158,0
45 и выше	517	1	193,4
Всего	310673	148	47,6

Почти каждая третья погибшая женщина была первородящая (45 – 30,4%), у каждой четвертой предстояли вторые роды (38 – 25,7%), частота многорожавших (пять и более родов) составила 12,8% (19) (рис. 2).

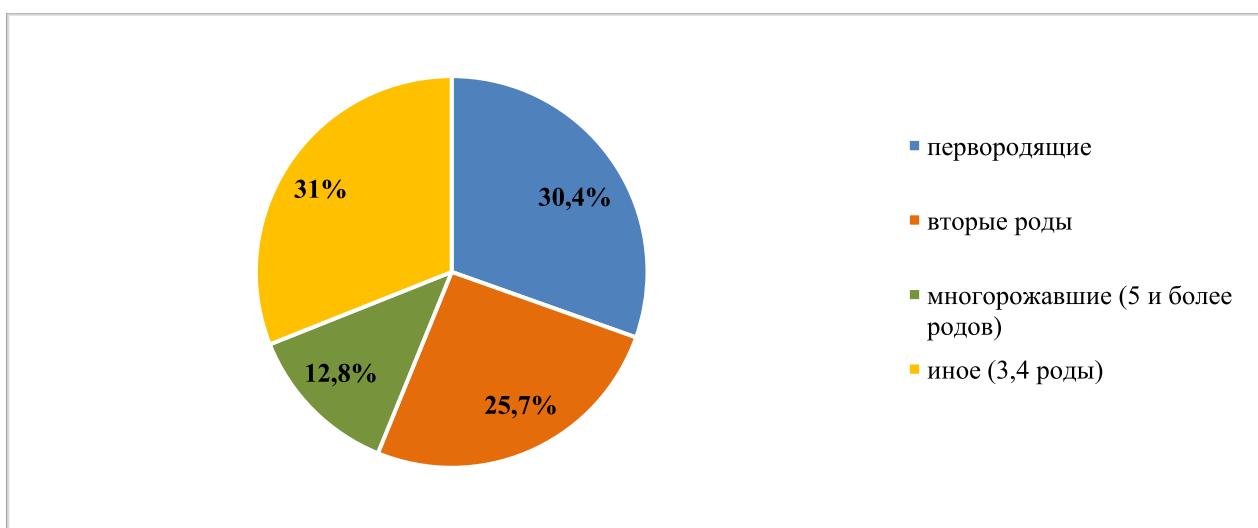


Рис. 2. Паритет родов

В течение 2014-2015гг. в первый раз всего родили 93 668 женщины, из которых погибло 45. Таким образом, уровень материнской смертности среди первородящих составил 48 на 100 000 родов. Количество многорожавших за указанный 2-х годичный период было 51 878 женщин, из которых погибло 19, что составило 36,6 смертей на 100 000 родов

соответствующей группы. Таким образом, у первородящих относительный риск умереть в родах был в 1,3 выше, чем у многорожавших (пять и более родов).

Основная часть умерших женщин - 108 (73,6%) проживала в сельской местности, 40 (26,4%) женщин проживали в городе. Кыргызстан является страной с преимущественно сельским населением и данное соотношение по месту проживания погибших отражает, в целом, соотношение между жителями села и города в республике, которое по данным РМИЦ, составляет 66,6% и 33,4% соответственно (рис. 3).

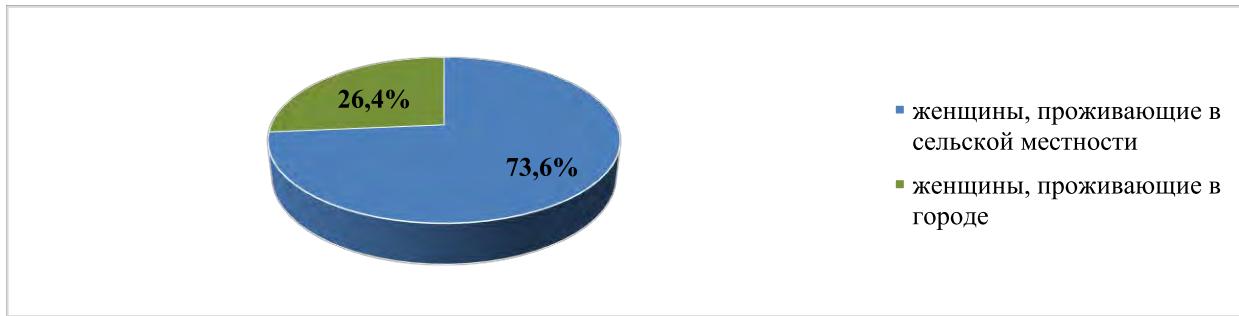


Рис. 3. Место проживания

Большая часть умерших женщин имела среднее образование – 91 (61,5%). Лишь 11 (7,4%) женщин имели высшее образование, а 10 (6,8%) женщин имели только начальное образование (рис. 4).

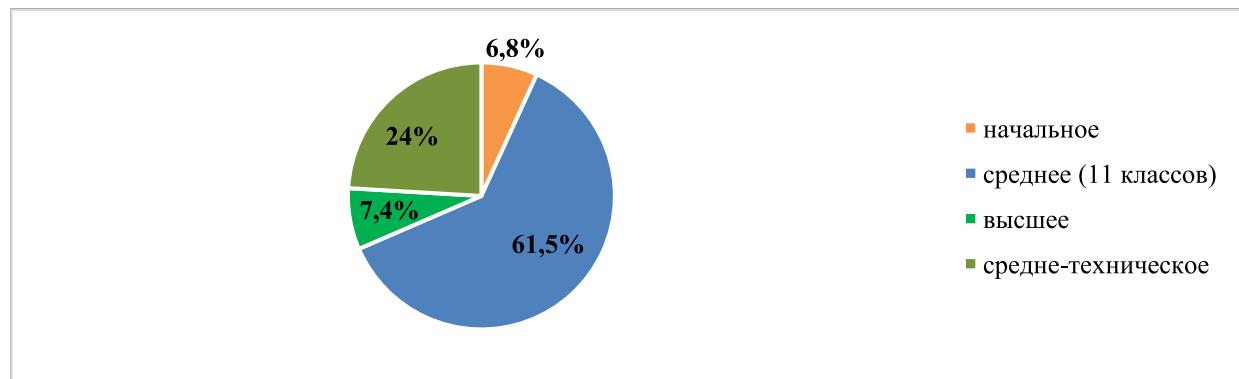


Рис. 4. Образование женщин

Основной процент умерших женщин были замужем – 123 (83,1%), остальные либо сожительствовали 13 (8,8%), либо были разведены 9 (6,1%), либо были не замужем 2 (1,4%) (рис. 5).

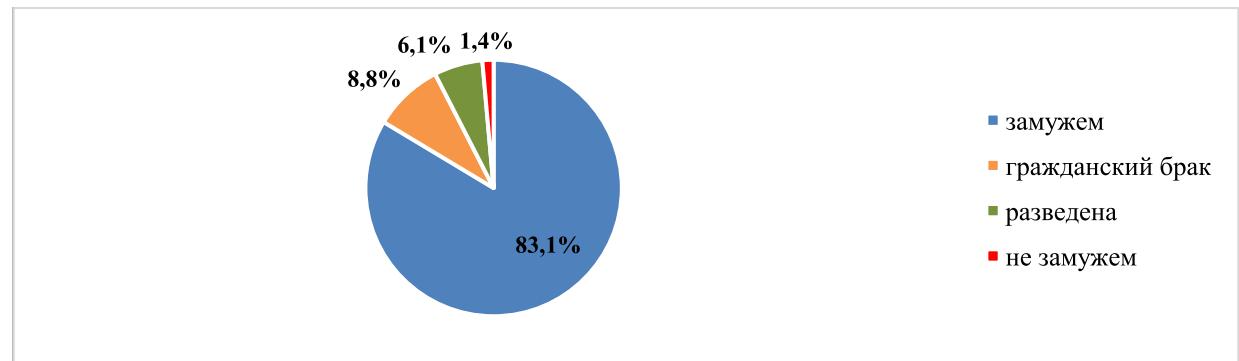


Рис. 5. Семейное положение

Несмотря на то, что большая часть женщин состояла в браке, замужество не делало женщину менее уязвимой. Согласно данных опросных листов, треть умерших (51 женщина или 34,5%) испытывали те или иные семейные проблемы, наиболее значимыми из которых были насилие со стороны мужа – в 21 случае из 51 (41,2%), употребление мужем/сожителем алкоголя и наркотиков – 25 (49,0%), настаивание родственников на прерывание беременности – 15 (29,4%) случаев.

В данном отчете нет структурного разделения по конкретному виду или типу насилия в отношении женщин, в силу недостаточного сбора информации у всех семей, так как очень часто беременные женщины боятся сообщать о случаях пережитого насилия.

Две погибшие женщины были сиротами, в том числе одна в возрасте 17 лет. Четверо погибших женщин злоупотребляли алкоголем. Кроме того, две женщины среди умерших были женщины с ограниченными возможностями (1 – глухонемая, 1 – умственно отсталая).

Согласно данным опросных листов доходы ниже прожиточного минимума отмечались в каждом третьем случае (32,2%), что, в целом, отражает уровень бедности по стране. Так по данным Национального статистического комитета КР в отчетный период (2014-2015гг.) за чертой бедности проживала треть населения страны (30,6% в 2014г., 32,1% - в 2015г.).

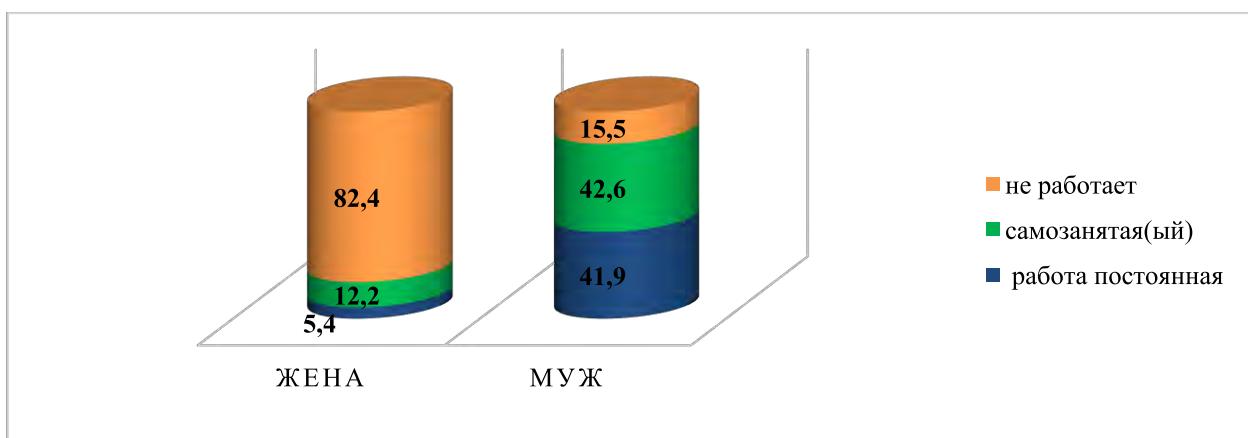


Рис. 6. Занятость

Внутренняя миграция была отмечена в 15 случаях (10,1%), внешняя – в 9 (6,1%). Основная причина миграции – отсутствие работы. Так, 122 (82,4%) погибших женщин были домохозяйками, постоянную работу имели лишь 8 (5,4%) погибших, в 18 (12,2%) анкетах были указаны такие категории, как «самозанятая, фермер, рабочая, имеет разовую работу», т.е. только 17,6% (26) женщин имели работу. Однако по данным Национального статистического комитета КР за отчетный период доля занятых в общей популяции женщин репродуктивного возраста составила порядка 49%, что значительно (в 2,8 раза) превышает процент имеющих работу в структуре умерших женщин (49% против 17,6%).

Таким образом, отсутствие работы у женщины является важным социальным фактором, повышающим риск материнской смертности.

Из анкет, где указывается занятость мужей/сожителей погибших женщин, следует, что постоянную работу имели 41,9% (62) мужчин, «замозанятых» было 42,6% (63), не имели работу 15,5% (23). По данным Национального статистического комитета КР доля занятых в общей численности мужского населения за отчетный период составила порядка 46%, т.е. данное соотношение отражает, в целом, соотношение между долей занятых и неработающих мужчин в стране (рис.6).

ПОМОЩЬ, ПОЛУЧЕННАЯ МАТЕРЯМИ

Дородовый уход

Дородовый уход получили 104 (70,3%) умерших женщин. Не состояли на учете по поводу беременности 44 (29,7%) женщины.

Отсутствие дородового ухода отмечалось одинаково часто, как в группе умерших от *Прямых* (29,2%), так и от *Косвенных причин* (31,4%) (таблица 6).

Женщины, которые не получили дородовый уход

Таблица 6

Дородовой уход	Прямые акушерские причины		Косвенные причины		Отсутствие акушерской причины		Главная причина не установлена		Всего	
	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн
Не получили дородовый уход	31	29,2	11	31,4	2	66,7	0	0	44	29,7
Всего	106		35		3		4		148	

Наряду с вышеизложенным, качество дородового ухода в этих группах была неодинаковым (таблица 7). Так, количество беременных, которые поздно встали на учет (позже 12 недель беременности) в группе умерших от *Косвенных причин* было на 19% больше, чем среди тех, которые умерли от *Прямых причин* (75,0% и 56,0% и соответственно). Нерегулярно посещали медицинского работника женщины, которые также умерли от *Косвенных причин*, по сравнению с теми, которые умерли от *Прямых причин* (33,3% против 16,0%). Вероятно, поэтому в группе женщин, умерших от *Косвенных причин* преобладали непредотвратимые летальные исходы, когда женщина обращалась за медицинской помощью очень поздно, так как она, несмотря на наличие у нее экстрагенитального заболевания, имеющегося у нее до беременности (эпилепсия, туберкулез, заболевание сердца, почек и др.), поздно встала на учет и нерегулярно посещала медицинского работника.

Качество дородового ухода в зависимости от причин смерти

Таблица 7

Ненадлежащий дородовой уход	Прямые акушерские причины		Косвенные причины		Отсутствие акушерской причины		Главная причина не установлена		Всего (от общего количество а составивш их на учете)	
	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн
Поздняя первая явка	42	56,0	18	75,0	0	0	1	25,0	61	58,7
Нерегулярное посещение	12	16,0	8	33,3	0	0	1	25,0	21	20,2

Всего состояло на учете	75	24	1	4	104
--------------------------------	-----------	-----------	----------	----------	------------

Большинство женщин (63,5%) наблюдалось в сельских группах семейных врачей. На уровне городского Центра семейной медицины наблюдалось 18,3% женщин, на уровне районного ЦСМ – 15,4%, на ФАПе – 1,9% беременных (рис.7).

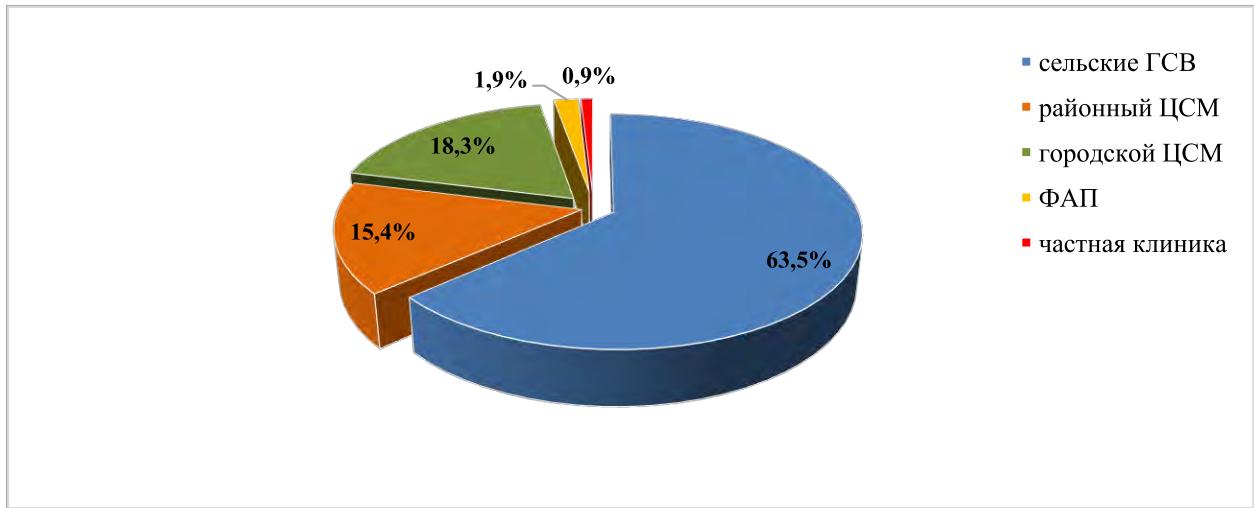


Рис. 7. Уровень учреждения, в котором осуществлялся дородовый уход

Чаще всего до родов, беременная наблюдалась у семейного врача – 76,9%. У акушер-гинеколога состояли на учете 21,2% женщин, у фельдшера – 1,9% (рис.8).

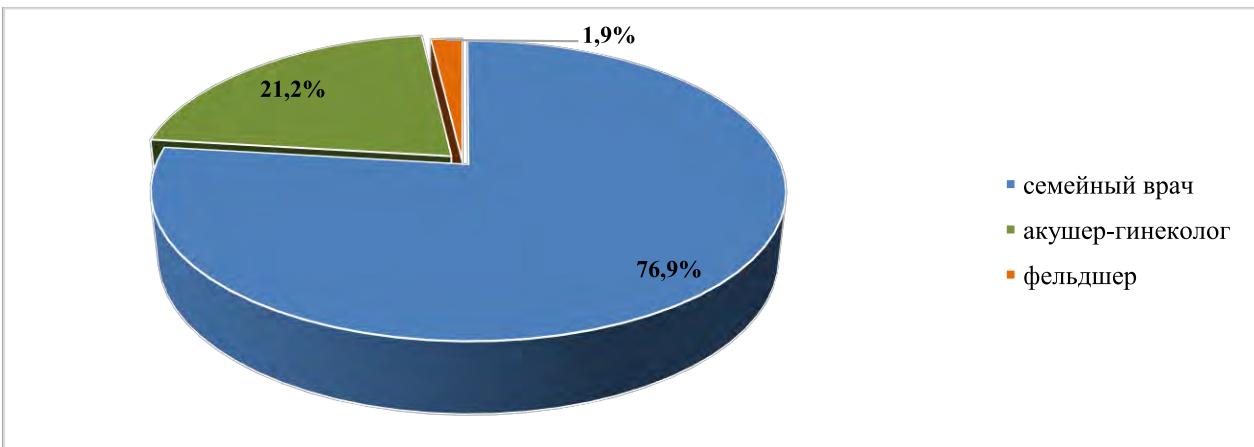


Рис. 8. Наблюдение до родов

Исход беременности

Как видно из таблицы 8, не родив, умерли 30 (20,3%) женщин. После родов умерло 118 (79,7%) женщин.

Исход беременности

Таблица 8

	Тип смерти									
	Прямые		Косвенные		Отсутствие акушерской причины		Главная причина не была установлена		Всего	
	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн	Абс	Отн
Умершие	11	10,4	13	37,1	3	100	3	75	30	20,3
До срока беременности 22 нед.*	7	6,6	7	20,0	2	66,7			16	10,8
Беременными в сроке более 22 нед.	4	3,8	6	17,1	1	33,3	3	75	14	9,5
Родившие в сроке более 22 нед.	95	89,6	22	62,9			1	25	118	79,7
Родившие мертвый плод	24	22,6	2	5,7					26	17,5
Родившие живого ребенка	71	67,0	20	57,1			1	25	92	62,1
Умершие в раннем неонатальном периоде	6 (8,4% от количества родивших живого ребенка)		8 (40% от количества родивших живого ребенка)						14 (15,2% от количества родивших живого ребенка)	
Всего	106	100	35	100	3	100	4	100	148	100

* В том числе, все случаи внематочной беременности (2), выкидышей и прерывания беременности (1).

До 22-недельного срока беременности погибло 16 женщин, из них от Прямых причин – 7, в том числе 4 женщины от кровотечения (2 – вследствие внематочной беременности, 2 – после самопроизвольного позднего выкидыша в сроке 17-18 недель и 19-20 недель); 3 – от сепсиса (1 – после медицинского абортса, 1 – после самопроизвольного выкидыша в сроке 15 недель, 1 женщина умерла беременной в сроке 16 недель, когда прервать беременность не успели). Беременными в сроке более 22 недель от Прямых причин умерли 4 женщины, в том числе 3 – из группы, умерших вследствие лёгочной тромбоэмболии/эмболии околоплодными водами, 1 – от сепсиса в сроке беременности 24 недели (рис.9).

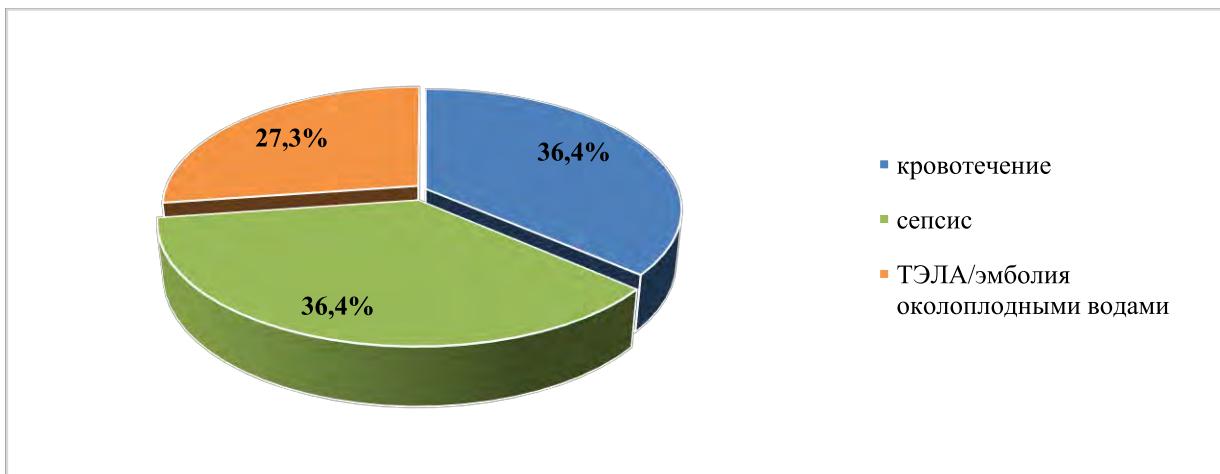


Рис. 9. Прямые причины гибели женщин до родов

В группе погибших от *Косвенных причин* беременной умерла почти каждая третья женщина (37,1%). Существует очень много различных причин *Косвенных смертей* среди неродивших женщин, из которых самую большую группу составили смертность от инфекционного менингита, эпилепсии и внебольничной пневмонии (рис.10).

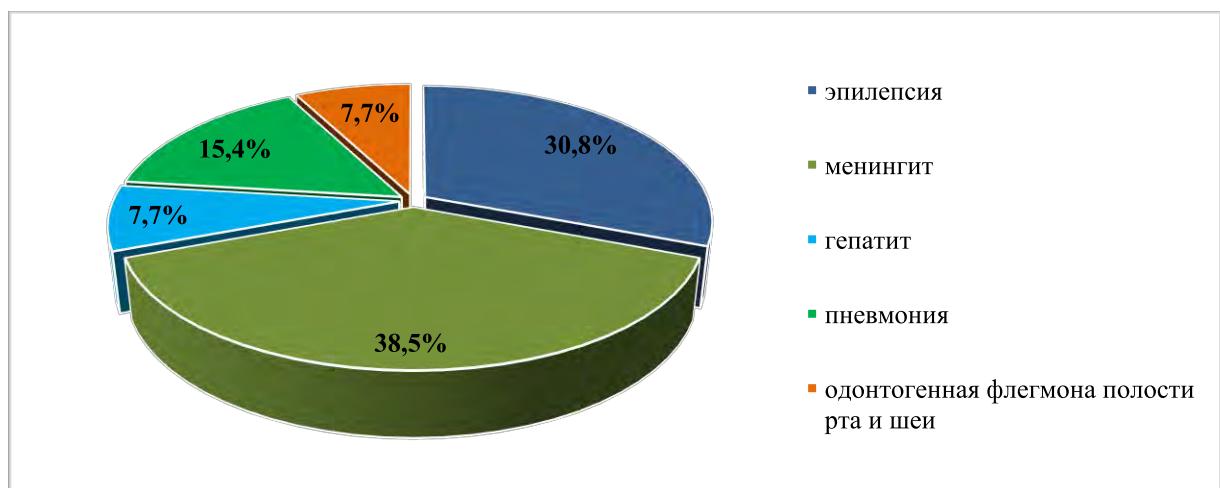


Рис. 10. Косвенные причины гибели женщин до родов

Обращает на себя внимание количество родов мертвым плодом (26/17,5%), при этом каждые 4-е роды в группе *Прямых причин* заканчивались мертворождением (22,6%). В группе погибших от *Косвенных причин* частота мертворождений составила 5,7%. В раннем неонатальном периоде умерло 14 детей – 15,2% от всех родившихся живыми. Но если в группе *Прямых причин* погибло 6 (8,4%) новорожденных, то в группе *Косвенных причин* – 8 (40%).

Дети погибших матерей

При поступлении на роды, дома у 148 умерших женщин оставалось 322 ребенка. Из ожидаемых 150 детей (у 2 женщин были двойни) не родились 30 (либо женщины умерли беременными, либо беременность завершилась в сроке до 22 недель), родились мертвыми – 26, умерли в раннем неонатальном периоде – 14, в том числе одна пара близнецов и один случай детоубийства. Таким образом, из ожидаемых 150 детей, живым остался только каждый второй ребенок (80). Общее количество детей, оставшихся сиротами, составило 402, в том числе 80 новорожденных.

Место смерти

В Кыргызской Республике помощь матерям и детям осуществляется по трехуровневой системе оказания перинатальной помощи (рис. 11).

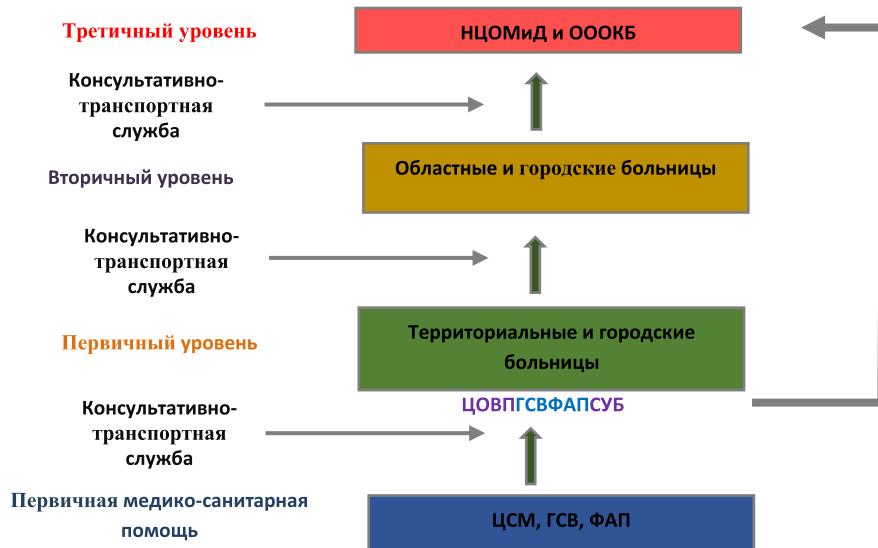


Рис. 11. Трехуровневая система оказания перинатальной помощи

По месту смерти больше всего женщин погибло в стационаре вторичного уровня – 56 смерти (37,8%), почти каждая четвертая женщина – 42 (28,4%) умерла в стационаре третичного уровня, почти каждая пятая – в стационаре первичного уровня – 32 (21,6%). Настораживает удельный вес умерших женщин на уровне ГСВ с койками – 2 (1,4%). Обращает на себя внимание количество материнских смертей вне лечебного учреждения – погибло 14 женщин (9,4%), в том числе дома – 8 (57,1%) и в транспорте – 6 (42,9%) (рис.12).

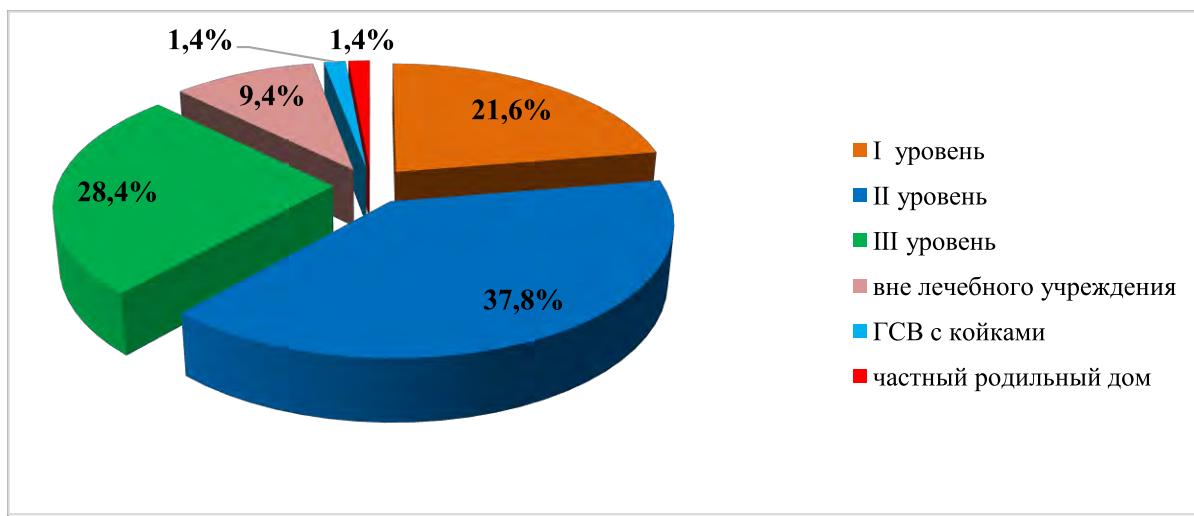


Рис. 12. Место гибели женщин

В таблице 9 и на рис.13 показаны причины, по которым умирают женщины в зависимости от места ее гибели. Так, из 14 женщин, умерших вне лечебного учреждения, большая часть погибла от кровотечения – 5 (35,7%), в 3 (21,4%) случаях причина смерти не была установлена. 2 (14,3%) женщины погибли от сепсиса, 2 (14,3%) – от эпилепсии, 2 (14,3%) – от тромбоэмболии легочной артерии.

На первичном уровне оказания медицинской помощи основной причиной смерти женщин было кровотечение – 21 (65,5%), что указывает на неудовлетворительный уровень ургентной акушерской помощи при данном осложнении. Этот аспект будет подробно рассмотрен в главе «Акушерские кровотечения». Обращает на себя внимание недопустимо высокий процент женщин, умерших от сепсиса – 6 (18,75%), что будет рассмотрено далее, в главе «Акушерский сепсис». Одна беременная женщина погибла от так называемой, «неакушерской» причины (черепно-мозговая травма вследствие дорожно-транспортного происшествия). Меньше всего погибло женщин от преэклампсии тяжелой степени (2–6,25%), что связано с перенаправлением данной категории пациенток либо до родов, либо после родов на вторичный или третичный уровень организаций здравоохранения.

На вторичном уровне, также, как и на первичном, основной причиной смерти остаются кровотечения, но их удельный вес значительно ниже, чем на первичном уровне организации здравоохранения (28,6% против 65,6%). 14 (25%) женщин умерло от *Косвенных причин* и 12 (21,4%) женщин – от преэклампсии тяжелой степени.

На третичном уровне организации здравоохранения основной причиной смерти женщин были *Косвенные причины* (17 – 40,5%). Следует обратить внимание, что в данную категорию вошли смерти не только в акушерском стационаре, но и в таких отделениях третичного уровня, как терапия, хирургия, искусственная почка, гематология, пульмонология, инфекционное, неврология и т.д., а также гибель в Национальных и Научных центрах страны, которые также относятся к категории организаций здравоохранения третичного уровня.

Структура причин гибели в зависимости от места смерти

Таблица 9

Причина смерти	Место смерти									
	Вне леч. учрежд.		ГСВ с койками/ Частный род.дом		I уровень		II уровень		III уровень	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровотечение	5: 2 ¹ ; 3 ²	35,7	1- 1 ³	25	21	65,6	15	26,8	7	16,7
Преэклампсия тяжелой степени					2	6,25	12	21,4	8	19,0
Сепсис	2 ²	14,3			6	18,75	8	14,3	5	11,9
Тромбоэмболия легочной артерии	2 ¹	14,3					5	8,9	1	2,4
Аnestезиологические осложнения			1 ⁴	25			2	3,5	3	7,1
Осложнения аборта										
Косвенные причины	2 ²	14,3			2	6,25	14	25	17	40,5
Отсутствие акушерской причины			1 ⁴	25	1	3,1			1	2,4

Главная причина не была установлена	3: 2 ¹ 1 ²	21,4	1 ³	25						
ВСЕГО	14	100	4	100	32	100	56	100	42	100

¹ дома

² по дороге в лечебное учреждение

³ ГСВ с койками

⁴ частный родильный дом

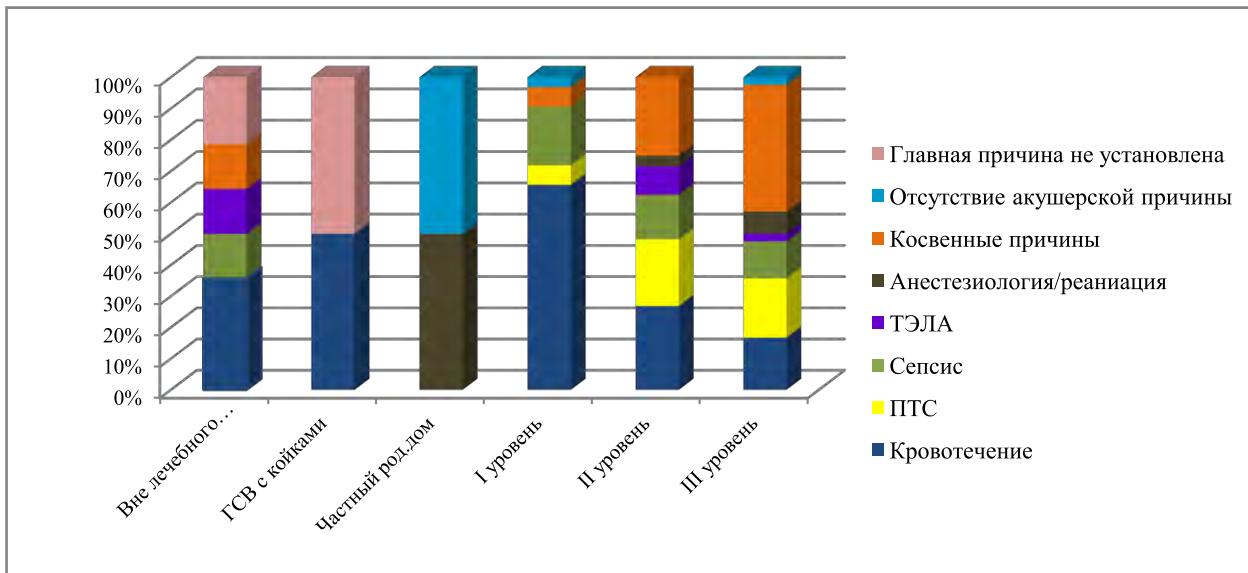


Рис. 13. Причины гибели женщин

Около трети всех смертей (28,4%) приходились на выходные (суббота и воскресенье) и праздничные дни.

Таким образом, вышеизложенная информация позволит организаторам здравоохранения, руководителям организаций здравоохранения, медицинским работникам планировать мероприятия по снижению материнской смертности, направив усилия на наиболее часто встречающиеся патологии в соответствующем учреждении.

Вид родов

Из 148 умерших женщин были родоразрешены 118 (79,7%). Количество родов через естественные родовые пути и количество операций кесарева сечения было почти одинаковым: 60 (50,8%) и 58 (49,2%) женщин соответственно (таблица 10). Однако, количество погибших на 100 000 оперативных родов составил 180,8 случаев (когда из 32 075 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения погибло 58) против 21,5 в случае родов через естественные родовые пути (когда из 278 592 родивших самостоятельно, погибло 60). Таким образом, относительный риск смерти после кесарева сечения в 8,4 раза превышает относительный риск смерти после родов через естественные родовые пути (180,0 против 21,5).

Вид родов в зависимости от причин гибели

Таблица 10

	Роды через естественные родовые пути		Кесарево сечение		Всего родоразрешенные	
	Абс.	Отн. (%)	Абс.	Отн. (%)	Абс.	Отн. (%)
Кровотечение	30	66,7	15	33,3	45	100
ПТС	7	31,8	15	68,2	22	100
Сепсис	8	47,1	9	52,9	17	100
ТЭЛА/Эмболия о/п водами	4	80,0	1	20,0	5	100
Аnestезиология/Реанимация	0	0	6	100	6	100
Прямые причины	49	51,6	46	48,4	95	100
Косвенные причины	10	45,5	12	54,5	22	100
<i>Отсутствие акушерской причины (несчастные случаи)</i>	0		0		0	
<i>Главная причина не была установлена</i>	1	100	0	0	1	100
Всего	60	50,8	58	49,2	118	100

Кесарево сечение, как метод родоразрешения, доминировал при преэклампсии тяжелой степени, сепсисе и *Косвенных причинах*. В группе анестезиологических причин у всех женщин было использовано кесарево сечение, как метод родоразрешения (рис.14).

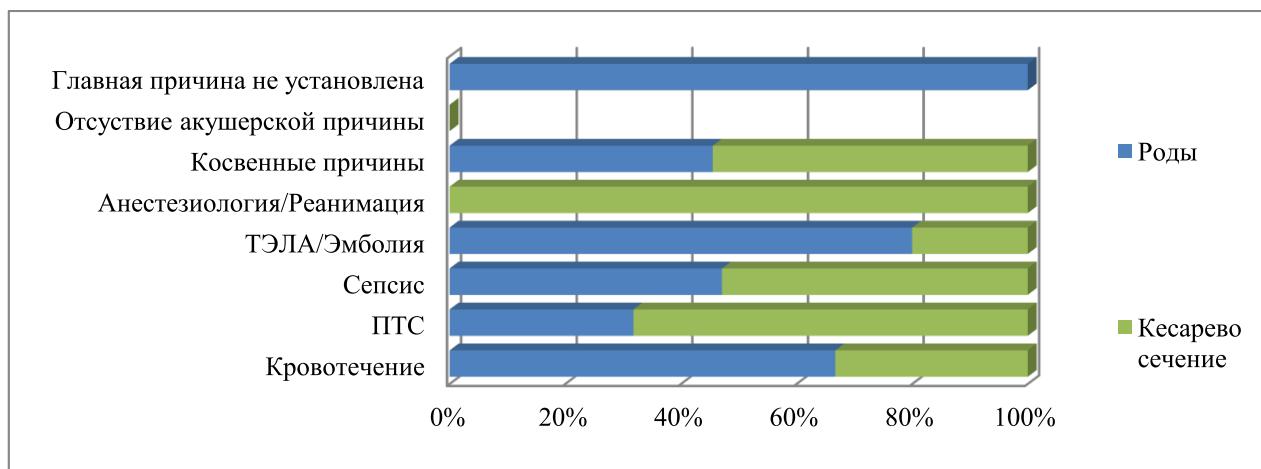


Рис. 14. Методы родоразрешения в зависимости от причин гибели

Рассматривая проблему оперативного родоразрешения, Национальный комитет по КРМС посчитал, что назрела необходимость решения такого вопроса, как проведение кесарева сечения в момент смерти женщины в доношенном или почти доношенном сроке, с целью повышения успеха реанимации и сохранения жизни ребенка.

Случай 8. Женщина с повторной беременностью, имеет варикозное расширение вен нижних конечностей, поступила с предвестниками родов в сроке 40 недель. На фоне полного здоровья отмечается резкое ухудшение общего состояния: боли за грудиной, одышка, потеря сознания. Начатые реанимационные мероприятия не оказали эффекта. Через 42 мин. констатирована биологическая смерть. Женщина умерла беременной в доношенном сроке гестации. В опросных листах муж умершей женщины в отчаянии написал: «Это был долгожданный

ребенок. Мне не спасли жену, но можно было спасти ребенка, она носила его девять месяцев. У врачей было время. Я остался без жены и без сына».

Сегодня считается общепринятым следующее: в случае отсутствия эффекта от реанимационных мероприятий у беременной женщины в сроке 24 и более недель к 5 минуте после остановки сердца, следует провести кесарево сечение, так как дальнейшая интенсивная терапия по восстановлению сердечной деятельности на фоне беременной матки бесполезна и неэффективна.

Отказ от сотрудничества, как фактор риска материнской смертности

Многие экстрагенитальные заболевания являются противопоказанием для беременности, но рекомендации медицинских работников не устраивают некоторых женщин с их естественным желанием иметь ребенка, поэтому пытаясь сохранить беременность, они предпочитают скрывать свое заболевание, не встают вовремя на учет, не наблюдаются у медицинского работника и отказываются от госпитализации.

Отказ от сотрудничества был указан в опросных листах 45 (38,1%) умерших женщин.

Самой многочисленной группой женщин, не желавших сотрудничать с медицинским работником, была группа из категории погибших от *Косвенных причин* – 51,4% (18 из 35 женщин данной группы). Чаще всего беременная сознательно скрывала свое заболевание, что отмечалось в 12 случаях. Так, 2 женщины скрывали эпилепсию, чтобы не принимать противосудорожные препараты, считая, что это может отрицательно повлиять на ребенка, вследствие чего обе умерли дома после приступа эпилепсии; 5 женщин, из которых у 3 был обнаружен туберкулез, а у 2 – эпилепсия, считали, что «стыдно» иметь такие заболевания, в итоге поступили в лечебные учреждения в тяжелом декомпенсированном состоянии; 5 женщин, зная, что им будет предложен аборт по медицинским показаниям, так как предыдущие беременности были уже прерваны ввиду наличия тяжелого заболевания (патология сердечно – сосудистой системы, заболевания почек), скрывали беременность и поступили в родильные стационары с серьезными осложнениями.

Отказ от сотрудничества с медицинскими работниками наблюдался и в случаях, когда состояние женщины требовало госпитализации в организации здравоохранения более высокого уровня (вторичный и третичный уровни) и наблюдения высококвалифицированных врачей других специальностей. Но некоторые женщины недооценивали тяжесть своего состояния, не понимали, что большие проблемы могут возникнуть в родах и в послеродовом периоде. Взяв направление, они обещали, что обязательно поедут в предлагаемое лечебное учреждение, однако, в 6 случаях (1 – с заболеванием сердечно-сосудистой системы, 1 – с тиреотоксическим зобом, 1 – с вирусным гепатитом, 2 – с аномалиями развития сосудов головного мозга, 1 – с заболеванием почек) женщины поступили на роды на несоответствующий уровень организации здравоохранения с серьезными осложнениями. Безусловно, выезд беременной в другой район страны может сопровождаться определенными неудобствами, дополнительными материальными затратами, разлукой с семьей. Поэтому женщины предпочитают оставаться дома, не посещать медицинского работника и с началом родовой деятельности поступать в организации здравоохранения первичного уровня.

В группе женщин, умерших от *Прямых причин*, отказ от сотрудничества отмечен в 27 анкетах из 106, что составило 25,5%. Отказ от сотрудничества в данной категории чаще всего проявлялся в отказе от оперативного родоразрешения – в 17 случаях, когда в 8 случаях приходилось ждать родственников женщины, так как она не решалась самостоятельно дать согласие на кесарево сечение, а в 9 случаях женщина считала, что она сможет родить сама,

несмотря на признаки клинически узкого таза. Итогом вышеизложенных отказов было оперативное родоразрешение, проведенное по жизненным показаниям при значительном неблагополучии женщины.

Три женщины скрывая свою беременность, сознательно не встали на учет и вовремя не обратились за помощью. Три женщины с сепсисом предпочли народную медицину, поэтому все они поступили в лечебное учреждение в декомпенсированном состоянии. Четыре женщины отказались от госпитализации.

Случай 79. Женщина с повторной беременностью, тяжелой формой хронического гломерулонефрита, из-за которого в сроке 16 недель была прервана первая беременность. Забеременев во второй раз, сознательно не встала на учет, отказавшись от сотрудничества, как с акушер-гинекологом, так и с нефрологом. В сроке беременности 27 недель поступила в крайне тяжелом состоянии с внутриутробной гибелью плода и массивным кровотечением.

Проблемы административного характера

Проблемы административного характера были использованы в качестве общего обозначения и включали следующие составляющие:

- I. Транспортировка больной
- II. Несоблюдение принципов перенаправления
- III. Недоступность медицинского персонала, оборудования и медикаментов, в том числе компонентов крови
- IV. Несогласованность действий между профессиональными сотрудниками

I. Транспортировка больной

1. Транспортировка больной по маршруту «Дом – организация здравоохранения (ОЗ)», как проблема была указана в опросных листах 13 погибших женщин, в том числе в 6 случаях при дородовом кровотечении, в 2 - при самопроизвольном выкидыше, в 2 - при эклампсии дома, в 2 - при преэклампсии тяжелой степени, в 1 – при послеродовом сепсисе. Только в 2 случаях с эклампсией женщины были доставлены в организацию здравоохранения из дома на машине скорой помощи, в остальных 11 случаях женщины добирались на частном транспорте, без оказания медицинской помощи в течение всего пути, от 30 мин. до 3 часов.
2. Проблема транспортировки из одной организации здравоохранения в другую была указана в опросных листах 17 женщин. В 3 случаях женщины переводились в послеродовом периоде по поводу кровотечения, в 4 – с послеродовым сепсисом, в 10 – с *Косвенными причинами*. Сложности при транспортировке отметили в опросных листах 7 родственников со стороны умерших женщин и 10 медицинских работников. Транспортировка на машине скорой помощи была осуществлена в 10 случаях, в остальных - на личном транспорте больных. В 6 случаях, как проблема была указана «оплата за бензин машины скорой помощи», в 4 – отсутствие соответствующего оборудования в машине скорой помощи для перевода больной в другой стационар, поэтому родственники были вынуждены нанимать частную скорую помощь, оплата за услуги которой ложилась тяжелым бременем на семью пациентки, а в некоторых случаях и на медицинского работника.

На сегодняшний день существующая в нашей стране служба санитарной авиации не отвечает современным требованиям оказания медицинской помощи беременным, женщинам во время родов и в послеродовом периоде, все работает фрагментарно: машина, консультант, диспетчер. Для хорошей работы служба должна быть развернута на вторичном и третичном уровнях организаций здравоохранения, однако следует

определить источник финансирования, штаты и т.д. В республике отсутствует система регистрации перенаправленных беременных, сложно отследить путь женщины, никто не знает «кто», «куда» и «почему» она переведена, доехала ли пациентка до лечебного учреждения, по стране просто нет таких статистических данных.

3. Такая проблема, как плохие дороги была отмечена в опросных листах 6 женщин, когда отмечалась задержка не только при транспортировке больной – 2 случая, но и несвоевременное прибытии ургентных врачей – 2 случая и консультантов – 2 случая.

Случай 17. Вследствие гололеда, больная с тяжелым сердечным заболеванием при переводе из одной больницы в другую 6 часов находилась в дороге, перевод был осуществлен в сопровождении реаниматолога на реанимобиле. Была доставлена в тяжелом состоянии, несмотря на относительно удовлетворительное состояние перед переводом. Транспортировка усугубила состояние больной и, тем самым, повлияла на трагический исход. В опросных листах медицинские работники, которые рекомендовали перевод женщины и которые сопровождали ее при транспортировке, с сожалением отметили, что в данной ситуации, возможно, стоило воздержаться от перевода этой пациентки.

Таким образом, одним из главных путей в увеличении шансов на выживаемость при транспортировке больной, остается предоставление соответствующего транспорта и обеспечение соответствующего лечения в пути. Кроме того, следует предусмотреть возможность вызова бригады медицинских работников «на себя», когда соответствующие специалисты оказывают помочь на первичном уровне организации здравоохранения, обеспечивают стабилизацию состояния больной и после этого транспортируют ее на более высокий уровень организации здравоохранения. Кроме того, учитывая географические особенности нашей страны, сегодня, вероятно, уже назрела необходимость решения вопроса о перевозке больных, в случаях экстренной необходимости, авиационным транспортом или заблаговременная госпитализация на соответствующий уровень стационара.

II. Несоблюдение принципов перенаправления

В нашей стране функционирует трехуровневая система оказания перинатальной помощи, когда беременная с определенными факторами риска должна быть родоразрешена на соответствующем уровне организации здравоохранения, что позволяет улучшить материнские и неонатальные исходы. В анкетах 29 женщин медицинские работники указали, что «пациентка с такой патологией не должна была поступать в нашу больницу». Так, на первичный уровень поступили 10 женщин с тройным рубцом на матке после кесарева сечения, ввиду начала родовой деятельности, переводить которых уже было поздно. Кесарево сечение осложнилось спаечным процессом, тяжелым вхождением в брюшную полость, удлинением разреза на матке до сосудистых пучков и кровотечением. Ввиду задержки ургентной службы в данных организациях здравоохранения, остановка кровотечения, в этих случаях, была проведена с задержкой, что повлияло на трагический исход. 10 женщин с экстрагенитальным заболеванием поступили на родоразрешение на первичный уровень, при этом 6 из них были информированы о том, что им следует рожать на областном уровне, 4 – не состояли на учете и поступили в территориальные больницы по месту жительства с началом родовой деятельности. 9 женщин поступили в территориальные больницы с послеродовым сепсисом, 3 из которых удалось перевести на более высокий уровень, но 6 – погибли на первичном уровне, что будет рассмотрено в главе «Акушерский сепсис».

Наряду с вышеизложенным, в 12 анкетах медицинские работники и в 6 анкетах родственники умерших женщин указали, что были сложности при переводе пациенток на соответствующий уровень организации здравоохранения, когда перевод в эти лечебные учреждения сопровождался длительными переговорами, отказом в госпитализации, подключением к переговорам вышестоящие инстанции (МЗ КР), а также родственников женщины.

Таким образом, для предупреждения несоблюдения принципов перенаправления, следует разработать четкий алгоритм действий соответствующих специалистов при оказании неотложной акушерской помощи для каждого уровня.

III. Недоступность медицинского персонала

Ключевым элементом оказания качественной медицинской помощи в целях спасения жизни женщин и их новорожденных детей является сильная система здравоохранения, опирающаяся на учреждения с компетентными и подготовленными медицинскими работниками, надлежащим оборудованием и лекарственными средствами.

На качество оказания медицинской помощи повлиял ряд проблем в организации неотложной акушерской помощи:

1) в 9 случаях было отложено оперативное лечение послеродового кровотечения, в том числе в 3 случаях ввиду отсутствия в организации здравоохранения круглосуточного поста акушера-гинеколога и/или анестезиолога, в 6 – ввиду занятости специалиста другим случаем. При этом в организации здравоохранения не был разработан алгоритм действия в таких случаях, т.е. оставалось неясным, что следовало делать при отсутствии специалиста; как и когда следовало вызвать другого специалиста в случае занятости коллеги в другом неотложном случае. Учитывая вышеизложенное, очень важным является разработка местных протоколов с указанием роли и действий каждого участника группы, а также алгоритм действий на случай недостаточности медицинского персонала и возможности вызова дополнительных сотрудников из дома.

2) в 22 анкетах умерших женщин была указана такая проблема, как доступность консультанта, на которую указали, как медицинские работники (в 10 случаях), так и родственники умерших женщин (в 12 случаях). При этом медицинские работники чаще всего (70%) отмечали, что консультанты очень долго добирались из-за географической удаленности лечебного учреждения, кроме того, низкое качество консультирования было указано в 20% анкет. Также, как и в Первом отчете по КРМС, почти в каждом втором случае родственники умерших женщин указали на отсутствие по их месту жительства узких специалистов, поэтому приходилось обращаться в организации здравоохранения другого региона. В каждом четвертом случае родственникам приходилось самим обеспечивать приезд консультантов (найти и доставить в лечебное учреждение).

IV. Несогласованность действий между профессиональными сотрудниками

Отсутствие обмена соответствующей информацией между медицинскими работниками отмечена в 12 опросных листах, когда анестезиологи указали, что «акушер - гинекологи не предоставили правдивую информацию об объеме кровопотери перед началом операции», поэтому начальная терапия была неадекватной. В 8 случаях акушер - гинекологи родильного стационара отметили, что данные в обменной карте беременных были неполными, поэтому информация о наличии у беременного туберкулеза была получена с запозданием в 2 случаях, данные о злоупотреблении женщины алкоголем – в 3 случаях, данные о семейном насилии – в 5 случаях. В 12 случаях врачи первичной медико-санитарной помощи отметили, что не получили информацию из стационара о том, что «на мой участок выписана женщина с серьезными осложнениями в родах, которую следовало передавать, что называется, «из рук в руки».

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Каждой организации здравоохранения следует разработать местные протоколы при неотложных акушерских состояниях, проводить регулярные обучения персонала с обязательным моделированием неотложных ситуаций.
2. Разработать учебный модуль/курс по транспортировке в перинатологии.
3. Разработать «Положение о консультативно-транспортной службе в перинатологии».

КАЧЕСТВО ПОМОЩИ, ПОЛУЧЕННОЙ ЖЕНЩИНАМИ

При аудите каждого случая анализировались все факторы медицинской помощи, которые не соответствовали существующим в стране нормам и стандартам. При оценке качества оказываемой помощи в 86 (58,1%) случаях были выявлены первостепенные факторы ненадлежащего ухода, которые вероятно повлияли на трагический исход, что соответствует категории 3 по шкале оценки случая материнской смертности (рис.15). В 33 случаях (22,3%) были выявлены второстепенные факторы и лишь в 29 случаях (19,6%) были выявлены случайные факторы (категория смерти 1).

Надлежащая медицинская помощь не была оказана ни в одном случае материнской смертности.

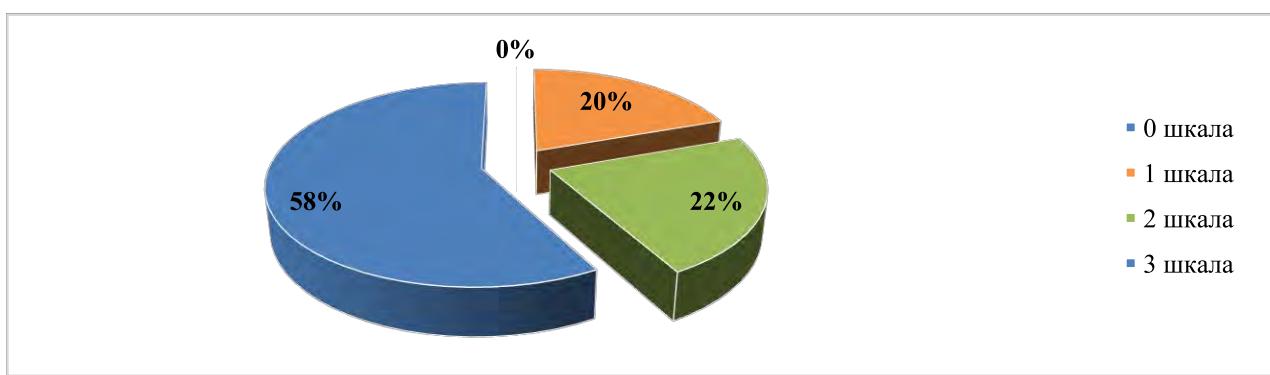


Рис. 15. Шкала оценки случая материнской смертности

Больше всего шансов спасти женщину было в случаях смерти от *Прямых причин* (категория смерти 1 отмечена в 83 (78,3%) случаях) и лишь в 3 (8,1%) случаях смерти– от *Косвенных причин* (рис. 16).

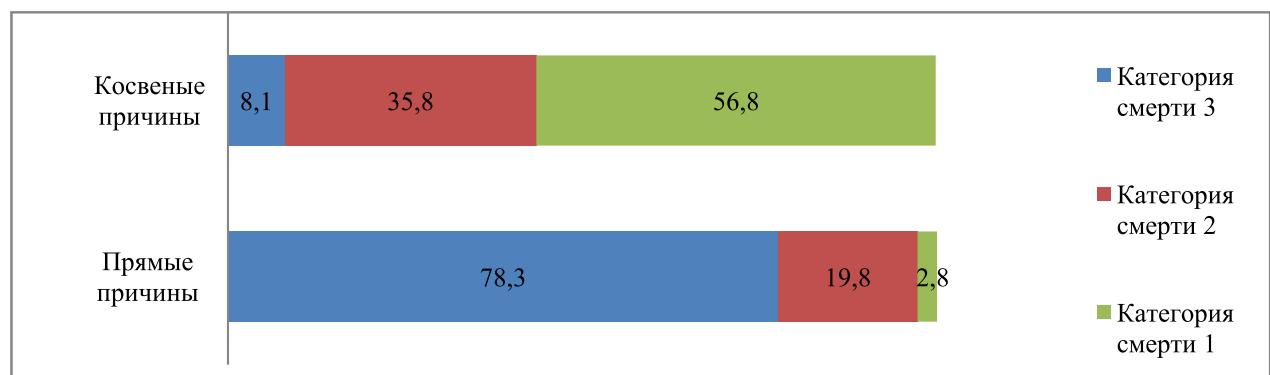


Рис. 16. Шкала материнской смертности, в зависимости от причин смерти

ПРЯМЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В структуре *Прямых причин* больше всего факторов ненадлежащего ухода было выявлено при гипертензивных нарушениях во время беременности и кровотечениях, менее всего – при ТЭЛА (рис.17).

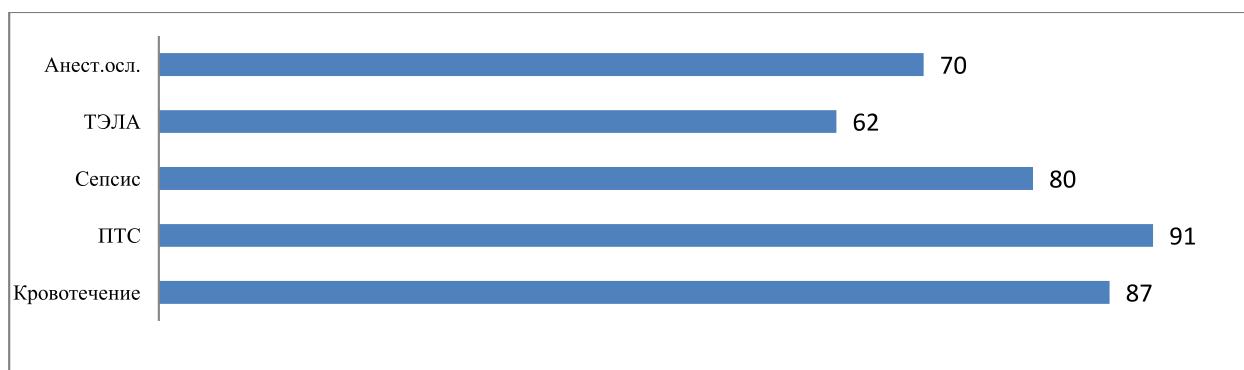


Рис.17. Частота первостепенного фактора ненадлежащего ухода при прямых причинах материнской смертности

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

За период 2014-2015 годы Национальным комитетом КРМС проведено расследование 49 случаев материнской смертности вследствие акушерских кровотечений, что составило 33% от общего количества (148) летальных исходов и 15,8 случаев на 100 000 живорожденных. Это в 35 раз выше, чем в Великобритании, где данный показатель составляет 0,46 на 100 000 живорожденных и в 3 раз выше, чем в Молдове (6,6 на 100 000 живорожденных).

При оценке качества оказываемой помощи по шкале материнской смертности в 87% случаев имелись первостепенные факторы ненадлежащего ухода.

В 24 (48,9%) случаях смерть женщин происходила от кровотечений во время родов и сразу после родов, в 12 (24,5%) – от разрыва матки, в 9 (18,3%) – от кровотечения в дородовом периоде, в 4 (8%) – от кровотечения в ранние сроки беременности, в том числе 2 – вследствие внематочной беременности, 2 – после самопроизвольного позднего выкидыша (рис.18).

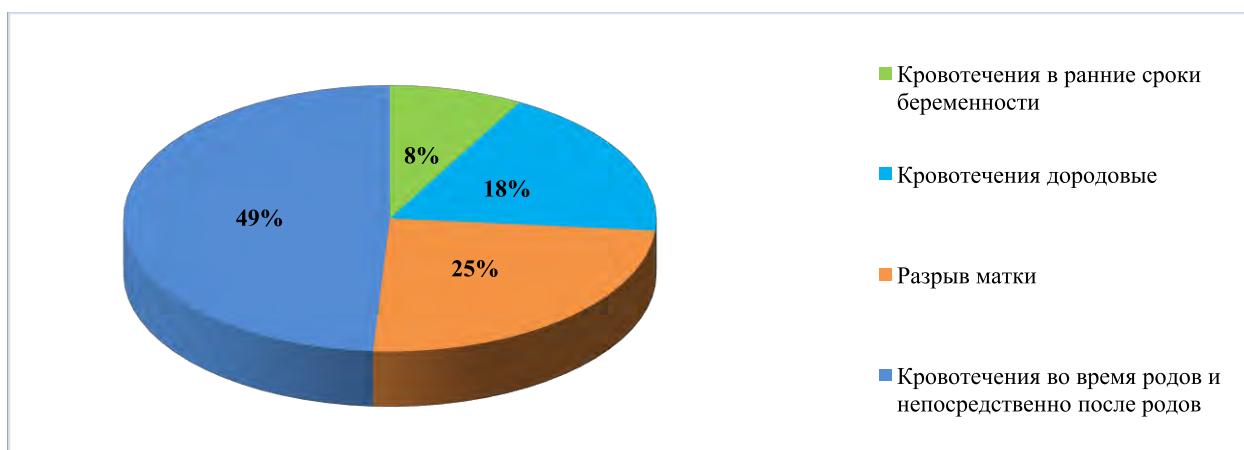


Рис. 18. Причины акушерских кровотечений (n-49)

I. Основные факторы ненадлежащего ухода при акушерских кровотечениях в дородовом периоде

Проблема 1. Запоздалая диагностика преждевременной отслойки плаценты

В 9 (18%) из 49 случаев акушерских кровотечений причиной смерти женщин были дородовые кровотечения, связанные с преждевременной отслойкой плаценты.

В 7 (77%), из указанных 9 случаев, женщины поступили в стационар с преэкламсией тяжелой степени, которая сопровождалась внутриутробной гибелью плода. Ни в одном из этих случаев медицинские работники не предположили возможную отслойку плаценты, поэтому в более чем половине случаев (5 из 7), лечебные мероприятия были проведены с опозданием, при развитии гиповолемического шока тяжелой степени и полиорганной недостаточности.

Из опросного листа участника летального случая: «С момента поступления беременной мы, все врачи, работали неорганизованно, поздно выявили, не думали, что произошла отслойка плаценты. Поняли только после заключения ультразвукового исследования, в котором указали на отслойку плаценты. Организация экстренной помощи не была хорошей, все долго собирались, анестезиолог не спешил. Недооценка объема кровопотери была до операции, была задержка гемотрансфузии, кровь привезли только через 1 час. Несмотря на то, что есть протокол, в нужное время я не смог его найти. Позднее оперативное лечение было из-за организационных проблем, ургентный врач долго ехал и не было крови, все время ждали. Нам молодым и всем надо научиться оказывать помощь при отслойке плаценты...»

Таким образом, при поступлении в стационар женщин с внутриутробной гибелью плода при проведении дифференциальной диагностики, в качестве возможного диагноза обязательно должна быть рассмотрена отслойка плаценты.

Проблема 2. У специалистов хирургических/неакушерских отделений недостаточно знаний и практических навыков по выявлению внематочной беременности и оказанию неотложной помощи при кровотечениях в ранние сроки беременности

В 2 случаях кровотечение произошло по поводу прерванной трубной беременности. Поздняя диагностика внутрибрюшного кровотечения в хирургическом стационаре повлияла на запоздалое лечение. Практикующие врачи в пунктах первичной помощи и отделениях неотложной помощи должны быть осведомлены о нетипичных клинических проявлениях внематочной беременности и, особенно, о том, каким образом они могут быть похожими на симптомы желудочно-кишечных заболеваний.

Случай 22. Пациентка поступила в хирургическое отделение с диагнозом «Обострение холецистита, панкреатит». Несмотря на проводимую терапию в течение суток, боли в области живота продолжались, отмечалась стойкая тахикардия и периодически наблюдалась гипотония до 60/40 мм рт.ст. Через сутки после поступления в стационар больная потеряла сознание. Приглашен акушер-гинеколог, который поставил диагноз «Внематочная беременность». На операции в брюшной полости обнаружено около 4-х литров крови и во время операции происходит остановка сердца.

В будущем, такие ситуации можно предупредить путем рутинного проведения теста на беременность всем женщинам репродуктивного возраста с признаками «острого живота».

II. Основные факторы ненадлежащего ухода при акушерских кровотечениях в родах и после родов

Проблема 1. Готовность оказания ургентной помощи

Ключевые элементы успеха лечения акушерских кровотечений хорошо известны: ранняя диагностика, тщательный мониторинг состояния пациентки, остановка кровотечения, в том числе путем своевременного проведения хирургического лечения и адекватного восстановления утраченного объема крови.

22 (44,9%) летальных случая по причине акушерского кровотечения произошли на первичном стационарном уровне, т.е. уровень родильных отделений территориальных больниц, а также в их филиалах (рис. 19). Эксперты признали качество ухода ниже оптимального в 18 (81,8%) случаях из 22 погибших в стационаре первичного уровня. Основной урок, извлеченный из случаев смерти на первичном уровне организации здравоохранения в результате кровотечений, является отсутствие хорошо организованной системы экстренной акушерской помощи на месте, когда в 18 (81,8%) случаях был затруднен доступ к привлечению анестезиологов-реаниматологов, ургентных акушер-гинекологов и других специалистов. В 3 (13,6%) случаях оперативное лечение послеродового кровотечения было отложено, ввиду отсутствия в организации здравоохранения круглосуточного поста акушера-гинеколога и/или анестезиолога, в 7 (31,8%) – ввиду задержки прибытия ургентного врача, в 6 (27,3%) случаях врачу стационара вторичного уровня не удалось справиться с кровотечением во время операции, поэтому требовалось прибытие специалиста из другого лечебного учреждения. Во всех вышеуказанных случаях оставалось не ясным, что следовало делать при сложившихся обстоятельствах, так как в организации здравоохранения не был разработан алгоритм действия в таких случаях. Кроме того, в 4 (18,2%) случаях в лечебном учреждении вообще не было операционной, поэтому женщину переводили в другую организацию здравоохранения. В 18 (81,8%) случаях не применялись временные методы остановки кровотечения. В 10 (45,5%) случаях акушерки неверно оценили объем кровопотери и клинические признаки шока, что привело к запоздалому началу лечения.

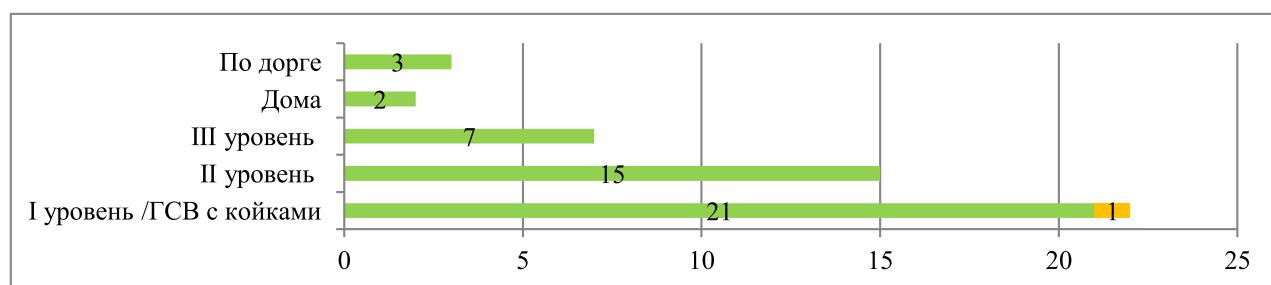


Рис.19. Место гибели женщин с акушерскими кровотечениями

Случай 62. После родов, через 10 минут после отделения плаценты, у пациентки началось кровотечение. Общее состояние женщины быстро ухудшилось, появилась слабость, произведено ручное обследование полости матки, проконсультирована заместителем директора и заведующим родильным отделением. Стало известно, что реаниматолог, акушер-гинеколог едут. Кровотечение продолжалось, АД снизилось до 20/0мм рт. ст. Состояние родильницы критическое. Из опросного листа участника: «задержка в прибытии акушер-гинеколога и анестезиолога связана с большим расстоянием между лечебными учреждениями, плохими дорогами. Все произошло после ухода дневных врачей. У нас нет оснащения, отсутствуют врачи, ургентные врачи долго ехали, не было вазокана и препаратов крови...»

В организациях здравоохранения вторичного уровня по причине акушерского кровотечения умерло 15 (30,6%) женщин. В опросных листах участники этих случаев указали на перегруженность врачей, связанную с перенаправлением на вторичный уровень всех осложненных родов. Существующие штаты недостаточны, особенно в вечернее и ночное время, а также в праздничные и выходные дни, поэтому в 12 (80%) случаях было снижено качество мониторинга за женщинами, как в родах (2 случая), так и в послеродовом периоде (10 случаев). В 3 случаях была неправильно оценена кровопотеря, что привело к недооценке общего состояния и запоздалому лечению.

В рамках национального клинического протокола качественный мониторинг в послеродовом периоде должен быть предоставлен всем родильницам независимо от времени суток. Таким образом, в отделениях, где проходят роды и ведется наблюдение в раннем послеродовом периоде, штаты должны быть укомплектованы с учетом количества родов и распределены равномерно в течение суток. Каждый руководитель родильного стационара обязан проанализировать ситуацию по укомплектованности медицинскими кадрами родильного отделения в вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни, и оптимизировать кадровые ресурсы.

Меньше всего акушерских кровотечений наблюдалось в организациях здравоохранения третичного уровня, где умерло 7 (14,3%) женщин, из которых в 3 случаях задержка в оказании помощи была связана с неправильной оценкой объема кровопотери, в 4 –вследствие низкого качества наблюдения за женщиной в послеродовом периоде.

Таким образом, наибольший риск летальных исходов от кровотечения отмечался на первичном уровне (44,9%), в том числе в их филиалах и койках ГСВ, что, прежде всего, связано с недоступностью врачей акушер-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов. Учитывая вышеизложенное, остается очень важным разработка местных протоколов с указанием роли и действий каждого участника при оказании неотложной акушерской помощи, а также алгоритм действий на случай недоступности ургентного врача, в том числе применение методов временной остановки кровотечения.

На вторичном уровне организации здравоохранения риск летальных исходов от кровотечения связан с низким качеством мониторинга за женщиной, как в родах, так и в послеродовом периоде, что вероятно связано с перегруженностью медицинских работников.

На третичном уровне организации здравоохранения риск летальных исходов от кровотечений связан с недооценкой объема кровопотери и запоздалым началом лечебных мероприятий.

Проблема 2. Технические ошибки при проведении операции кесарева сечения

Кровотечения, связанные с проведением кесарева сечения выделены в отдельную группу и это позволило взглянуть на проблему оперативного родоразрешения с точки зрения ее безопасного и эффективного проведения. Слабые практические навыки по технике операции кесарева сечения приводили к таким осложнениям, как ранение сосудистого пучка, а отсутствие навыков по устранению ошибок при данном виде осложнений привели к смерти 7 женщин. При экстренных операциях риск, как правило, увеличивается. Так, в ходе расследования данных случаев, выявлены проблемы в технике проведения кесарева сечения и отсутствии качественного последующего мониторинга в раннем послеоперационном периоде. Описанные здесь случаи смерти женщин свидетельствуют о неудовлетворительной подготовке молодых специалистов и эта проблема уже была озвучена в Первом отчете по КРМС.

Случай 46/2. Пациентке проведено экстренное кесарево сечение по поводу клинического узкого таза. Стаж работы оперирующего акушер-гинеколога 2 года. Во время проведения кесарева сечения рана на матке удлинилась вниз, сразу после извлечения плода началось кровотечение из раны на матке. Врач попытался наложить дополнительные швы на удлиненный разрыв, но кровотечение продолжалось, реанимационные меры не дали эффекта.

Проблема по обучению и подготовке врачей технике проведения кесарева сечения, которая до сих пор остается нерешенной, в результате приводит к ухудшению качества предоставления акушерской помощи и впоследствии к неблагоприятным исходам. Следует обсудить данную проблему подготовки медицинских кадров с ведущими специалистами дипломного (КГМА) и постдипломного (КГМИПиПК) обучения с акцентом на преподавание практических хирургических навыков в ВУЗах.

Проблема 3. Задержки в проведении хирургического гемостаза при раннем послеродовом кровотечении

Из 24 случаев послеродовых кровотечений в 19 (79,2%) – кровотечение отмечалось во время или после родов через естественные родовые пути и в 5 (20,8%) – во время и/или после кесарева сечения.

Лапаротомия с целью хирургического гемостаза была произведена в 13 из 19 случаев родов через естественные родовые пути, в том числе в 7 случаях была произведена перевязка маточных артерий и в 6 – перевязка внутренней подвздошной артерии. Обращает на себя внимание, что во всех 13 случаях оперативное лечение кровотечения было начато лишь после достижения кровопотери, намного превышающего 1500 мл., в том числе в 7 случаях – при критическом состоянии больной и признаках шока (АД 60/30 мм рт.ст., ЧСС – более 150/мин.). Как следствие вышеизложенного, 3 женщины умерли на операционном столе, во время проведения хирургического гемостаза.

Причинами запоздалого проведения хирургического гемостаза явились несоблюдение алгоритма последовательности оказываемой помощи при раннем послеродовом кровотечении. Консервативные этапы помощи при кровотечении, которые не приносили эффекта, вновь повторялись, не использовались временные методы остановки кровотечения, что затягивало время и усугубляло состояние женщин уже до начала хирургического гемостаза.

Во время проведения кесарево сечения, вследствие кровотечения, погибла одна женщина.

Случай 70. У пациентки после вагинальных родов началось гипотоническое кровотечение. Проводилась инфузия и назначены утеротонические препараты. Вызван ургентный врач, который приехал через 60 мин. после начала кровотечения, которое достигло 1800 мл. Произведена лапаротомия, перевязка маточных сосудов, кровотечение продолжается, в связи с чем производят гистерэктомию. Препараты крови доставлены с задержкой, не успели произвести гемотрансфузию. Во время гистерэктомии отмечается гипотония до 70/40, тахикардия, давление резко снижается, остановка сердечной деятельности во время операции и биологическая смерть.

В национальном протоколе указано, что хирургический гемостаз при гипотоническом кровотечении необходимо проводить своевременно, то есть при отсутствии эффекта от медикаментозного лечения, повторно не использовать методы, которые не дали результат, чтобы не терять драгоценного времени и впоследствии, не утяжелять состояние женщин. В каждой организации здравоохранения в местном алгоритме должны быть указаны четкие критерии (жизненные параметры пациентки, допустимое время, уделяемое на каждый шаг

помощи по остановке кровотечения), перехода к следующему этапу помощи при атонии матки, в том числе к хирургическому гемостазу.

Проблема 4. Недостаточное восполнение объема циркулирующей крови при гиповолемическом шоке

Из 24 случаев послеродовых кровотечений в 20 (83,3%) – восполнение объема циркулирующей крови не соответствовало стандарту, в том числе, недостаточное восполнение ОЦК и трансфузия свежезамороженной плазмы.

Случай 37/2. Пациентке произведено кесарево сечение по поводу отслойки плаценты. Продолжительность операции 30 мин., без особенностей, после операции экстубирована. Общая кровопотеря при первой операции – 1100 мл. В раннем послеоперационном периоде не было мочи, состояние оставалось тяжелым, наступила анурия, женщина впала в кому. Вызваны ургентные врачи из области. По поводу послеродового кровотечения повторно взята на релапаротомию, дополнительная кровопотеря составила 1000 мл. Объем инфузии не соответствовал объему кровопотери, гемотрансфузия в недостаточном объеме и с опозданием. На вторые сутки после операции переведена на гемодиализ.

Из опросного листа участника данного случая: «Мы недооценили кровопотерю, не было эритроцитарной массы, ждали когда привезут из центра. Я думаю, мы с анестезиологом недооценили состояние во время кесарева сечения, потому что мочи уже во время операции не было, наверное, кровопотеря была гораздо больше...»

Восполнение объема циркулирующей крови при гиповолемическом шоке при акушерских осложнениях должно проводиться согласно национального клинического протокола, который утвержден в 2015г. Каждый руководитель должен включать в ежегодный план мероприятий своей организации (раздел «Обучение») проведение обучения акушер-гинекологов и анестезиологов по лечению послеродовых кровотечений (1 раз в квартал).

III. Основные факторы ненадлежащего ухода при разрыве матки

Вызывает большую озабоченность, что из всех 49 случаев акушерских кровотечений в 12 (24%) случаях причиной смерти был разрыв матки. В 9 случаях (75%) разрывы матки произошли в родах через естественные родовые пути без предыдущего кесарева сечения и только в 1 случае (9%) – по рубцу на матке. В 2 (16%) случаях разрыв матки произошел во время проведения кесарева сечения. Вызывает тревогу то, что 9 (75%) женщин умерли на первичном уровне после индукции родов, в том числе на фоне рубца на матке (рис.20).

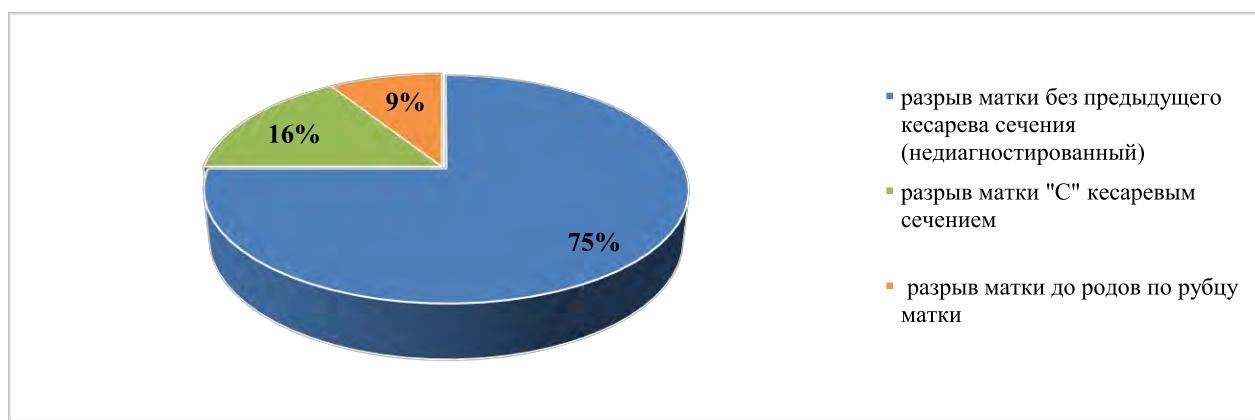


Рис. 20. Причины разрывов матки (n=12)

Основной причиной материнской смертности из-за разрывов матки является несоблюдение условий и стандартов проведения индукции родов и родостимуляции.

Все 9 случаев разрыва матки в родах через естественные родовые пути без предыдущего кесарева сечения, возникли на фоне применения утеротонических препаратов: в 6 (66,7%) случаях разрыв матки произошел на фоне индукции родов и в 3 (33,3%) – на фоне лечения слабости родовой деятельности.

Индукция родов проводилась в 3 (50%) случаях мизопростолом и в 3 (50%) случаях окситоксином с простагландинами. Во всех 6 случаях стандарт проведения индукции не соответствовал национальному клиническому протоколу, в том числе, в 2 случаях отмечалось превышение допустимой дозировки окситоцина, в 1 – инфузия окситоцина проводилась на незрелой шейке матки, в 3 случаях не соблюдался необходимый четырехчасовой интервал между приемом мизопростола и введением окситоцина. Обращает на себя внимание, что титрование окситоцина во всех случаях проводилось «вручную». К сожалению, продолжается использование запрещенных методов лечения приемом Кристеллера. Запоздалая диагностика и неотложная помощь, почти во всех случаях, была связана с недостаточным наблюдением как за состоянием женщины, так и за состоянием плода. Ни в одном из случаев индукции родов и родостимуляции не проводилась кардиотокография плода. В опросных листах 4 случаев смерти сами медицинские работники отметили, что «имеют недостаточно знаний, практических навыков, отсутствует настороженность в отношении разрыва матки».

Случай 8/2. Роды происходили на первичном уровне организации здравоохранения. Беременная поступила по поводу внутриутробной гибели плода. Решено начать индукцию родов, начат прием простагландинов, в родах на фоне хорошей родовой деятельности продолжили родостимуляцию окситоцином в максимальной дозировке. Во втором периоде состояние роженицы резко ухудшилось, она начала терять сознание. Женщина умерла беременной от кровотечения.

Учитывая, что при любой индукции родов возможны акушерские осложнения, вплоть до летального исхода, необходимо обеспечить условия ее проведения. Родильные стационары, которые проводят индукцию, должны быть обеспечены медицинским оборудованием (инфузомат, кардиотокограф, аппарат ИВЛ взрослый, неонатальный) и возможностью проведения срочной лапаротомии (оснащенная операционная, круглосуточный штат акушер-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога). Родильный стационар, который не может обеспечить вышеперечисленные условия, не должен проводить индукцию родов.

В каждой организации здравоохранения должен быть местный протокол по индукции (на основе национального клинического протокола «Индукция родов»), где должна быть указана дозировка окситоцина, время титрования и другие параметры.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО АКУШЕРСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ

1. Министерству здравоохранения пересмотреть и изменить систему последипломной подготовки, лицензирования акушер-гинекологов с акцентом на обучающий процесс по совершенствованию практических навыков оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях, в том числе проведения основных хирургических вмешательств.
2. Руководитель организации здравоохранения один раз в полгода должен организовывать симуляционные/практические тренинги на рабочем месте по ведению основных

акушерских осложнений с привлечением специалистов постдипломной подготовки (КГМИПиПК) или национальных тренеров и проводить аттестацию своего персонала.

3. Проводить обучение акушерок первичного уровня на местах практическим навыкам по оценке кровопотери и состоянию родильниц, принципам восполнения и методам временной остановки кровотечения с последующей аттестацией один раз в год. Обучение акушерок могут проводить акушер-гинекологи данной организации здравоохранения или привлеченные национальные преподаватели/тренеры.
4. При поступлении в родильный стационар беременной с внутриутробной гибелью плода обязательно производить непрерывный мониторинг жизненно важных параметров женщины с помощью кардиомонитора. Необходимо предполагать о таких возможных причинах внутриутробной гибели плода, как отслойка плаценты и преэклампсия.
5. Для исключения внематочной беременности следует рутинно проводить тест на беременность всем женщинам репродуктивного возраста с признаками «острого живота». Руководители должны обеспечить хирургические отделения и отделения экстренной медицинской помощи экспресс тестами для определения беременности.
6. Руководитель организации здравоохранения должен создать и утвердить приказом местную команду специалистов, которая должна разработать местный алгоритм по оказанию неотложной акушерской помощи при послеродовом кровотечении с указанием функциональных обязанностей каждого члена команды (не менее 4-х специалистов, в том числе руководителя, хирурга, и времени, в течение которого каждый обязан прибыть и оказать неотложную помощь в рамках своей компетенции). Руководитель организации обязан участвовать в разработке и внедрении местных алгоритмов, так как он решает вопрос об ответственности и компетенции каждого специалиста, участвующего в оказании неотложной помощи. Сценарий взаимодействия специалистов в алгоритме должен учитывать все возможные варианты развития экстренной помощи: компетентность врачей, наличие ургентного врача, транспорта, средств связи, оповещение, дневное и ночное время и другие. По данному алгоритму должны проводиться симуляционные/ практические тренинги на местах, на регулярной основе, с целью отработки навыков и проверки готовности к оказанию помощи при кровотечениях, с ежегодной аттестацией медицинских работников.
7. В организации здравоохранения штаты врачей и акушерок должны быть укомплектованы с учетом количества родов и распределены равномерно в течение суток. Каждый руководитель родильного стационара обязан укомплектовать и оптимизировать кадровые ресурсы родильного отделения в вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни.
8. Во время операции по поводу хирургического гемостаза должны применяться временные меры остановки кровотечения (назначение утеротоников, бимануальная компрессия, клеммы), качественная оценка кровопотери, операционная пауза для стабилизации состояния женщины. Вопрос об объеме оказываемой помощи при кровотечении и возникших осложнениях, должен решаться совместно анестезиологом-реаниматологом с акушер-гинекологом.
9. Индукцию родов проводить в тех организациях здравоохранения, которые соответствуют требованиям и условиям его проведения, согласно национальному клиническому протоколу. Руководителям организаций здравоохранения обеспечить условия проведения индукции родов. Руководитель родильного отделения должен обеспечить разработку и утвердить местный протокол по индукции родов (на основе

национального клинического протокола «Индукция родов), где должны быть указаны дозировка окситоцина, время титрования, ответственный за проведение процедуры и другие параметры.

2. ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В структуре причин материнской смертности, по отчету национального комитета по КРМС 2014-2015 гг., гипертензивные нарушения во время беременности, именуемые далее, как преэклампсия тяжелой степени (ПТС), занимают второе место после кровотечений. Всего умерло 22 женщины (14,85%), что составило 7,1 случай на 100 тыс. живорожденных, это в 18 раз больше, чем в Великобритании (0,38 на 100 000 живорожденных) и в 7 раз больше, чем в Молдове (1,01 на 100 000 живорожденных). Наличие ожирения было отмечено почти у каждой пятой умершей женщины данной группы (4 – 18,8%, индекс массы тела составил 30 и более). Несоответствие лечения стандартам в 81,8% смертей (18 случаев) было расценено в качестве основной причины.

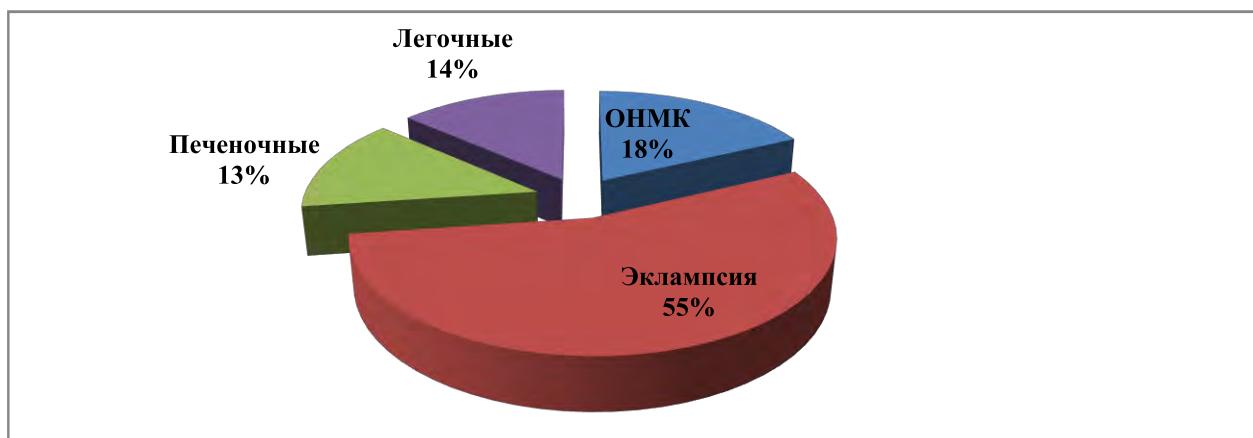


Рис. 21.Причины гибели при гипертензивных нарушениях во время беременности

Из 22 женщин, умерших от гипертензивных нарушений во время беременности, 16 умерло вследствие церебральных поражений, в том числе от острого нарушения мозгового кровообращения – 4, отека головного мозга вследствие эклампсии – 12. Из 3 умерших женщин вследствие легочных причин, одна поступила в стационар уже с клиникой респираторного дистресс синдрома, у 2 – отек легкого развился в стационаре. HELLP - синдром, как причина смерти, отмечался у 3 пациенток.

Конфиденциальный разбор медицинской документации, анкет участников случаев материнской смертности от преэклампсии выявил ряд проблем медицинского характера.

Проблема 1. Несоблюдение необходимой почасовой дозировки сернокислой магнезии

Наряду с тем, что в структуре умерших вследствие гипертензивных нарушений преобладает эклампсия (12 – 54,5%), каждый второй случай приступа тонико-клонических судорог произошел в лечебном учреждении, то есть 6 из 12 женщин данной группы поступили в организацию здравоохранения с диагнозом «Преэклампсия тяжелой степени», а эклампсия произошла уже в лечебном учреждении.

За указанный 2-х летний период (2014-2015гг.) общее количество случаев эклампсии в нашей стране отмечено у 215 пациенток (данным РМИЦ), при этом, приступ тонико-клонических судорог в каждом третьем случае произошел в стационаре (32,6%).

В 80% случаях смертность от преэклампсии связана, согласно опросным листам медицинских работников, с неадекватным почасовым количеством поддерживающей дозировки сернокислой магнезии. Более 90% женщин из данной категории умерли в стационарах вторичного и третичного уровней организации здравоохранения: в стране работает система перенаправления, требующая госпитализацию данной категории беременных в указанные организации здравоохранения. При этом нагрузка на медицинский персонал возросла значительно, когда физически, медицинский работник может верно провести только стандарты нагрузочной терапии и начать поддерживающую, но титровать сернокислую магнезию только человеческими ресурсами, что называется “вручную”, уже не представляется возможным. Вышеуказанную проблему можно было бы решить путем использования инфузоматов, но ни в одном из случаев данная технология не была использована ввиду отсутствия последнего в организации здравоохранения или отсутствия приверженности сотрудников.

Случай 26. Беременная в сроке 36 недель с диагнозом «Преэклампсия тяжелой степени» перенаправляется из стационара первичного уровня на вторичный уровень организации здравоохранения. Доставлена ночью каретой скорой помощи в сопровождении медицинского работника и поддерживающей магнезиальной терапией. Госпитализируется в отделение реанимации, продолжается магнезиальная терапия. Через 1 ч. 30 мин. после поступления в стационар, у беременной отмечается приступ тонико-клонических судорог. В опросных листах отмечается, что в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии находилось много больных, на момент приступа у пациентки медицинский персонал был занят другой больной. Врач анестезиолог-реаниматолог отметил, что только после судорог, медицинская сестра заметила, что инфузия магнезии была недостаточной, при этом титрование производилось “вручную”. Возможно, в данном случае, неверное титрование сернокислой магнезии связано и с отсутствием навыков у медицинского персонала.

Проблема 2. Оценка протеинурии

В нашей стране обычным проверочным тестом для измерения протеинурии является определение количества белка в разовой порции мочи, и патологическая протеинурия определяется как 0,3г/л и более в однократной пробе мочи. Однако прогностическое значение оценки протеинурии в разовой порции мочи невысока, поэтому могут отмечаться, как ложноотрицательные (протеинурия в разовой порции мочи может быть незначительной), так и ложноположительные значения. Следствием вышеизложенного явилась недооценка сложности случая, когда 8 (36,3%) беременным, первоначально было отказано в госпитализации. Сегодня, принимая во внимание высокую ошибочную степень результата, полученного при измерении протеинурии в разовой порции мочи, рекомендуется, по возможности, проводить лабораторные исследования суточной мочи, чтобы либо подтвердить, либо исключить значительную протеинурию, кроме тех случаев, когда есть клинические показания к госпитализации и, возможно, экстренному родоразрешению.

Случай №29. Женщина с первой беременностью в сроке беременности 36 недель, была направлена на госпитализацию по поводу преэклампсии легкой степени, при этом уровень протеинурии в разовой порции мочи составил 0,190г/л, АД – 130/90 мм рт.ст. Беременной, ввиду отсутствия показаний, было отказано в госпитализации. Она поступила в стационар через 1,5 суток с клиникой респираторного дистресс синдрома, при этом АД – 160/110 мм рт.ст., уровень протеинурии 1,5г/л. В опросных листах семейный врач, который наблюдал эту молодую женщину, с сокрушением отметил, что ей следовало самой сопроводить женщину в стационар и настоять на ее госпитализации перед своими коллегами. Медицинские работники стационара согласились, что следовало более тщательно обследовать беременную.

Родственница женщины в своем интервью отметила, что «если бы ее положили вовремя в больницу, она бы осталась живой, нужно иметь знакомых врачей, а у нас никого не было».

Проблема 3. Оценка систолической гипертензии

Лечение тяжелой преэклампсии основано на тщательной оценке, стабилизации состояния, непрерывном мониторинге и родоразрешении в оптимальное для матери и ее ребенка время. Это означает контролирование артериального давления, и, по необходимости, судорог. В процесс должен быть вовлечен весь старший акушерский персонал и штат анестезиологов. Одним из недостатков в терапии преэклампсии, по-прежнему, остается ненадлежащее лечение систолической гипертензии, наблюдаемое в каждом втором случае (54,5%), когда не соблюдаются стандарты назначения и контроля эффективности таблетированных форм гипотензивных препаратов, т.е. гипотензивные препараты назначаются из разных групп, в разных дозировках в зависимости от знаний и предпочтений лечащего врача и, как следствие, 4 (18,1%) случая осложнились геморрагическим инсультом. Кроме того, в 14 (63,6%) случаях медицинские работники отметили, что назрела необходимость обновления существующего в стране клинического протокола по преэклампсии. Важно помнить, что проблема высокого давления может оставаться и после родоразрешения, а это, в свою очередь, может привести к возникновению ряда осложнений.

Случай 14. Женщина с повторной беременностью в сроке беременности 38 недель, поступила с жалобами на головные боли. АД при поступлении 160/120 мм рт.ст., содержание белка в разовой порции мочи 8,7 г/л. Дан нифедипин, наблюдение в условиях реанимации. На фоне проводимого лечения АД колебалось в пределах 148/98-130/90 мм рт.ст. Родоразрешена путем кесарева сечения по поводу преэклампсии, наркоз – спинальная анестезия, без особенностей. Согласно назначению реаниматолога, проводится магнезиальная терапия и отменяется гипотензивная терапия. Далее указывается повышение АД до 160/110 мм рт.ст., которое сопровождается головной болью и рвотой, назначается нифедипин, через один час реаниматолог подозревает у родильницы острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт) и производит спинномозговую пункцию, получает геморрагический ликвор под давлением.

В опросных листах анестезиолог-реаниматолог отметил, что «я не знаю, почему у больной произошел инсульт, я делал все по клиническому протоколу. Я считаю, что нужен клинический протокол с более четкими критериями назначения и отмены гипотензивной терапии, особенно в послеродовом периоде».

Проблема 4. Инфузационная терапия при преэклампсии/эклампсии

Преэклампсия предрасполагает к отеку легких, поэтому при проведении инфузционной терапии следует строго придерживаться стандарта инфузии: не более 80 мл/час или 1мл/кг/час, если нет показаний для более высоких инфузионных доз (кровотечение, шок, интоксикация и т.д.). При ведении женщин с преэклампсией в 2 случаях имело место превышение количества инфузии 80 мл в час, что привело к отеку легких и коме. В одном случае за 2 часа, без показаний (отсутствие кровотечения) было перелито 2900 мл, в другом – объем инфузионной терапии за сутки превысил 4 литра.

Случай 53. Женщина с первой беременностью, в доношенном сроке, по поводу преэклампсии тяжелой степени родоразрешена в экстренном порядке путем операции кесарева сечения, общая кровопотеря составила 500,0. Наркоз комбинированный, эндотрахеальный. В течение операции перелито физиологического раствора – 2500 мл. Послеоперационный период осложнился отеком легких.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Для качественной профилактики судорог при преэклампсии нужно четко придерживаться требуемого стандарта – 1г сухого вещества в час. С целью достижения вышеизложенного, титрование магнезиальной терапии необходимо проводить только при помощи инфузомата. Для этого, все учреждения вторичного и третичного уровней организации здравоохранения следует обеспечить достаточным количеством инфузоматов. В случаях, когда инфузоматов нет в наличие, перед началом введения магнезии на флаконе следует отметить необходимое количество раствора, которое нужно будет перелить в течение каждого последующих 15 мин., что позволит своевременно отметить отклонения от требуемого стандарта и вовремя произвести коррекцию капельной инфузии сернокислой магнезии.
2. Каждая женщина, имеющая симптомы, которые, возможно, являются признаками преэклампсии, должна пройти полное клиническое и лабораторное обследование. Во избежание недооценки тяжести гипертензивного нарушения во время беременности следует строго придерживаться стандарта обследования: суточная потеря белка, артериальное давление в динамике.
3. Женщины с систолическим АД 160 мм рт. ст. и более нуждаются в гипотензивной терапии.
4. Необходим пересмотр существующего клинического протокола по гипертензивным нарушениям во время беременности, родов и в послеродовом периоде.
5. При преэклампсии, с целью снижения перегрузки жидкостью, рекомендуется строго ограничить объем в/в инфузий до 80 мл в час, если не происходит других потерь (например, кровотечение).

3. АКУШЕРСКИЙ СЕПСИС

Национальным комитетом КРМС за период с 2014 по 2015 годы был проанализирован 21 случай летального исхода от сепсиса, что составило 14,2% в структуре причин материнской смертности и 6,8 на 100 000 живорожденных. Для сравнения: в Великобритании акушерский сепсис составляет 0,5 случаев на 100 000 живорожденных (в 13,6 раз меньше, чем в Кыргызской Республике), а в Молдове – 2,02. В 3 случаях смерть от сепсиса произошла до 22 недель беременности, в том числе в 1 случае после самопроизвольного выкидыша в сроке 15 недель, в 1 – после искусственного прерывания беременности в сроке 6 недель и 1 женщина умерла беременной сроке 16 недель. Еще 1 женщина погибла беременной в сроке 24 недели.

Искусственное прерывание беременности. В данном отчете учтен один случай гибели женщины после медицинского абортса.

Умерли беременными. Как было сказано выше, 2 женщины умерли будучи беременными в сроке 16 и 24 недель. Обе женщины поступили с болями внизу живота и внутриутробной гибелью плода. В обоих случаях наблюдалась задержка при диагностике сепсиса, так как общее состояние при поступлении расценивалось, как удовлетворительное. Подъем температуры тела отмечался через 5 - 8 часов после поступления в стационар. Далее, несмотря на прогрессирование признаков инфекции (высокая температура тела, увеличение

ЧСС, снижение АД, появление выделений с запахом), не ставится вопрос об экстренном родоразрешении/опорожнении матки, и, как следствие, в обоих случаях беременные умирают от острой сердечно-легочной недостаточности вследствие септического шока.

Таким образом, при поступлении женщины с внутриутробной гибелью плода, при проведении дифференциальной диагностики, сепсис половых путей должен рассматриваться в качестве возможного диагноза.

Метод родоразрешения. В 17 случаях смерть от сепсиса наступила в послеродовом периоде, в том числе в 9 (52,9%) случаях после оперативных родов, в 8 (47,1%) – после родов через естественные родовые пути. Все случаи оперативных родов были проведены в экстренном порядке. Сравнительный анализ данных Первого и Второго отчетов по КРМС показывает увеличение количества септических осложнений после кесарева сечения за исследуемый период (рис.22).

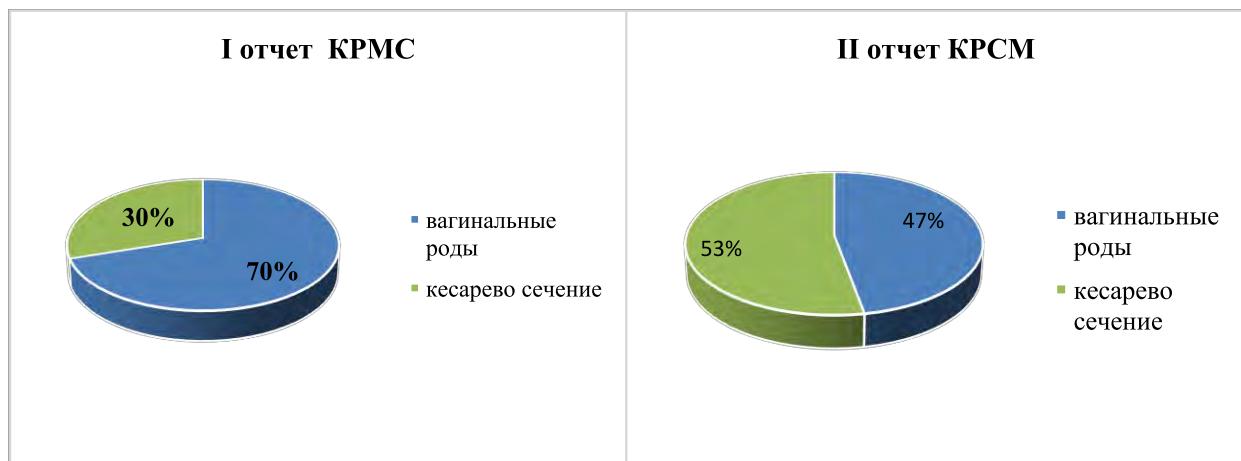


Рис. 22. Метод родоразрешения при акушерском сепсисе

Из 17 случаев акушерского сепсиса после родов, 15 (88,2%) женщин умерло в позднем послеродовом периоде и 2 (11,8%) – в первые сутки после родов (таблица 11).

В 12 случаях родильницы были выписаны из родильных стационаров в удовлетворительном состоянии, из них 7 – повторно поступили в стационар с признаками инфекции.

В 10 (58,8%) случаях роды произошли в доношенном сроке и в 7 (41,2%) – преждевременно. Все случаи преждевременного родоразрешения происходили у женщин с сочетанными акушерскими осложнениями (преждевременная отслойка плаценты + кровотечение + антенатальная гибель плода).

Летальные исходы от сепсиса, в зависимости от периода беременности, родов и послеродового периода

Таблица 11

Периоды беременности и родов	Абс.	Отн.
После медицинского абORTа в сроке 6 недель	1	4,8
После самопроизвольного выкидыша в сроке 15 недель	1	4,8
Умерли беременными:	2	9,5
• до 20 недель	1	
• более 20 недель	1	
После родов:	17	80,9
• первые 24 часа	2	
	1	

• 1-7 день	9	
• 7-15 день	5	
• 15-42		
ВСЕГО	21	100

Во всех случаях летального исхода от сепсиса наблюдалась анемия, в том числе в 6 – анемия тяжелой степени (Нв ниже 60г/л). В 6 случаях наблюдался преждевременный разрыв плодных оболочек и хориоамнионит (таблица 12).

Акушерские осложнения/сопутствующие заболевания

Таблица 12

Акушерские осложнения/сопутствующие заболевания	Абс.	Отн.
Анемия	21	100
Из них тяжелой степени	6	28,6
Отслойка плаценты и кровотечение	8	38,1
Преждевременный разрыв плодных оболочек	6	28,6
Хориоамнионит	6	28,6
Тяжелая преэклампсия	6	28,6
Эклампсия	2	9,5
Хр. пиелонефрит	4	19,0

Из 17 случаев послеродового сепсиса гистерэктомия была произведена в 12 (70,6%) случаях, когда была диагностирована клиника полиорганной недостаточности, в том числе внутрибольничная пневмония. Все 12 родильниц были взяты на оперативное лечение в тяжелом, нестабильном состоянии, в том числе в 4 случаях без сознания (кома). Кроме того, в 3 случаях женщины были взяты на повторную операцию по поводу кровотечения.

Чаще всего неблагоприятные исходы по причине сепсиса происходили на вторичном (8 случаев – 38,1%) и первичном (6 случаев – 28,6%) уровнях оказания акушерской помощи (рис.23).

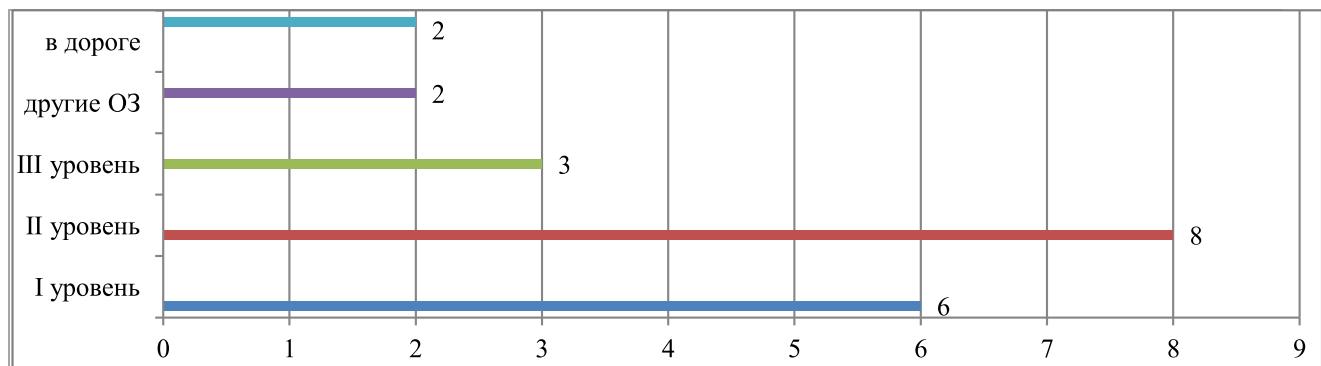


Рис. 23. Место гибели женщин

При расследовании летальных случаев и тщательном изучении опросных листов выявлены идентичные проблемы в организации неотложной акушерской помощи при инфекционных осложнениях во всех родовспомогательных организациях.

Проблема 1. Нерациональное использование антибиотиков при лечении хориоамнионита, эндометрита и послеродового сепсиса

При наличии признаков инфекции в родах лечебные мероприятия не соответствовали национальному стандарту, в том числе в 12 (60%) случаях отмечались несоответствия в рациональном использовании антибиотиков после родов: длительная монотерапия, использование для стартовой терапии антибиотиков из группы резерва. В опросных листах родственники указывали, что покупали антибиотики за счет своих средств, так как их не было в наличии в больнице. Ни в одном из случаев антибиотики в родах и после родов не назначались после бактериологического подтверждения инфекции. Согласно национального клинического протокола, в таких случаях используется принцип эмпирической или стартовой антимикробной терапии, когда назначаются антибиотики широкого спектра действия (2-3 антибиотика, которые покрывали бы весь предположительный спектр возбудителей). В данных случаях рекомендуемая схема эмпирической терапии, согласно национального клинического протокола, является: парентеральный прием – клиндамицин 900 мг каждые 8 часов + гентамицин 5 мг/кг 1 раз в сутки. Очень часто смена одного антибиотика на другой происходила при ухудшении состояния с интервалом в 1 - 2 дня, без микробиологического определения возбудителя и чувствительности антибиотиков к нему.

Проблема 2. Периоперационная антибиотикопрофилактика (ПАП) при кесаревом сечении

В 90% случаях периоперационная антибиотикопрофилактика производилась не по стандарту или вообще не проводилась в связи с тем, что все случаи оперативных родов были проведены в экстренном порядке. Периоперационная антибиотикопрофилактика проводилась во время операции после извлечения ребенка или после операции. Согласно международным и национальным рекомендациям, эффективность ПАП высока тогда, когда она производится за 30-60 мин. до кожного разреза/операции, при экстренных случаях с началом операции, но до разреза на матке.

Проблема 3. Доступ к медицинской помощи в послеродовом периоде у родильниц с признаками инфекции

Из 12 выписанных родильниц из родильного отделения, 7 женщин повторно поступили в стационар. Во всех случаях повторного обращения в стационар отмечались задержки в госпитализации и оказании медицинской помощи: в 3 случаях при обращении на амбулаторный уровень женщинам были оказана консультация только по телефону, в 4 – долго решался вопрос о том, в какое лечебное учреждение необходимо госпитализировать женщину с акушерским сепсисом. Поэтому эти женщины поступали в стационар уже в крайне тяжелом состоянии, одна из которых погибла в дороге. Национальным комитетом КРМС отмечена задержка и недооценка тяжести состояния во время поступления в стационар из дома.

В 19 (90,5%) случаях летального исхода от акушерского сепсиса отсутствовал послеродовый патронаж, в частности тех родильниц, которые имели акушерские осложнения, в том числе кесарево сечение.

Проблема 5. Информированность родильниц об опасных признаках инфекции в послеродовом периоде

В опросных листах родственники и близкие 13 (61,9%) умерших женщин отметили следующее: «если ли бы мы знали, что это так серьезно, мы бы пораньше обратились в

больницу», «у нее два дня было непонятное состояние, знобило, мы не знали, что делать», «из-за ребенка она (умершая) не хотела никуда ходить» и др.

Случай 22/2: После самостоятельных родов выписана в удовлетворительном состоянии на 3 сутки. На 28 сутки после родов поступила в стационар с признаками инфекции. Из опросных листов родственников: у женщины через неделю после родов появилась одышка, выделения из влагалища желто-зеленого цвета, гнойные, головокружение и потеря сознания. Они не знали, что происходит с женщиной, куда обращаться. Когда состояние женщины ухудшилось, вызвали «скорую помощь».

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СЕПСИСУ

1. Руководителям вторичных стационарных уровней совместно со специалистами инфекционного контроля улучшить систему профилактических мероприятий и отработать механизм микробиологического определения возбудителя и его чувствительность к антибиотикам при акушерских инфекциях.
2. В лечении акушерской инфекции использовать антибиотики, согласно национального клинического протокола. При наличии признаков инфекции у женщины в родах и после родов необходимо назначать антибиотики широкого спектра действия, т.е. эмпирически (парентеральный прием: клиндамицин 900 мг каждые 8 часов + гентамицин 5 мг/кг 1 раз в сутки) до уточнения этиологии заболевания и определения чувствительности к антибиотикам. При септическом шоке антибиотики широкого спектра/эмпирически должны назначаться в первые 30 мин.
3. Периоперационная антибиотикопрофилактика (ПАП) должна быть произведена в течение 30–60 мин. до начала операции/разреза (цефалоспорины 1 - 2 поколения: цефазолин 1гр. внутривенно; если масса тела пациента более 80 кг – цефазолин 2гр.). В случае экстренности операции необходимо успеть сделать ПАП в ближайшее время до начала операции или во время операции до разреза на матке.
4. Специалистам первичной медико-санитарной помощи (ЦСМ/ГСВ/ФАП) производить обязательный послеродовый патронаж следующих родильниц: после операции кесарева сечения, с тяжелой преэклампсией; если имели место отслойка плаценты с антенатальной гибелью плода, массивное кровотечение, гемотрансфузия, хориоамнионит, послеродовая инфекция. Медицинским работникам родильных стационаров необходимо передавать на амбулаторный уровень родильниц с вышеупомянутыми акушерскими осложнениями для обязательного их патронажа.
5. На уровне первичной медико-санитарной помощи (ЦСМ/ГСВ/ФАП) использовать практику распространения информационного материала о признаках инфекции во время беременности и после родов с указанием организации, в которую они могут обратиться в случае возникновения проблем.

4. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ/ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

В структуре Прямых материнских смертей тромбоэмболия легочной артерии/эмболия околоплодными водами занимают четвертое место после кровотечений, ПТС и сепсиса. За отчетный период умерло всего 8 (5,4%) женщин, что составило 2,5 на 100 000 живорожденных. Для сравнения: данный показатель в Соединённом Королевстве составляет 1,56 на 100 000 живорождений.

Из 8 смертей, описанных в данном раздела, 7 были отнесены к ТЭЛА, 1 – к эмболии околоплодными водами.

Из 8 случаев 3 женщины умерли беременными, в том числе 2 – в доношенном сроке гестации, 1 – в сроке беременности 35-36 недель; 5 – после родов на 7 – 20 сутки.

Проблема 1. Оценка факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ) и профилактика тромбэмболии легочной артерии(ТЭЛА)

Медицинские работники должны знать, что женщины подвергаются риску тромбоэмболии с самого начала беременности. Все женщины должны проходить оценку факторов риска на ВТЭ при ранних сроках беременности или до беременности. Эта оценка должна быть проведена повторно, если женщина поступила в стационар или у неё появились другие сопутствующие проблемы. Требуемая оценка, к сожалению, не была проведена ни в одном из случаев гибели женщин данной группы, и, соответственно, не проводилась профилактика ТЭО. При этом возраст более 35 лет среди погибших был в 4 (50%) случаях, ИМТ более 30 – в 4 (50%) случаях. Из 3 женщин, умерших после родов, 2 были родоразрешены путем операции кесарево сечение.

Случай 71. Женщина с повторной беременностью (беременность 9, предстоящие роды 6), с ожирением IV степени (ИМТ – 43,75), имеющая варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов, поступила в родильный дом по поводу дородового излития околоплодных вод в сроке беременности 38 недель. В экстренном порядке проведена операция по поводу слабости родовой деятельности. Наркоз – синдромно-мозговая анестезия. Течение операции без особенностей. Через 18 часов после операции, во время кормления ребенка женщина внезапно почувствовала себя плохо, посинела, произошла остановка дыхания. Начаты реанимационные мероприятия. Несмотря на проводимые мероприятия, произошла биологическая смерть.

Эта женщина находилась в группе высокого риска тромбоэмбологических осложнений (ожирение 4 степени, оперативное лечение, многорожавшая), но ни на одном из этапов наблюдения ей не назначается профилактика ТЭЛА. Не соблюдаются самые простые и малозатратные рекомендации, как эластическая компрессия нижних конечностей во время родов и во время кесарева сечения, тем более пациенткам из группы риска.

Проблема 2. Кесарево сечение в момент смерти женщины (perimortem cesarean section)

Рассматривая проблему оперативного родоразрешения, Национальный комитет по КРМС посчитал, что назрела необходимость решения такого вопроса, как проведение кесарева сечения в момент смерти женщины в доношенном или почти доношенном сроке, с целью сохранения жизни ребенка. Кроме того, сердечно-легочная реанимация на фоне беременной матки малоэффективна, поэтому после 24-й недели беременности кесарево сечение умирающей женщине (с остановкой сердца и дыхания) проводится не только с целью спасения ребенка, но и для повышения шансов успешной реанимации женщины. В отчетном периоде 3 женщины из 8 погибших данной группы, умерли беременными, в том числе 2 – в доношенном сроке гестации, 1 – в сроке беременности 35-36 недель, когда следовало рассмотреть вопрос о необходимости кесарева сечения в момент смерти, что, возможно, позволило бы сохранить жизнь детей и повысить эффективность проводимой кардиопульмональной реанимации.

Случай 8. Женщина с повторной беременностью, имеет варикозное расширение вен нижних конечностей, поступила с предвестниками родов в сроке 40 недель. На фоне полного здоровья отмечается резкое ухудшение общего состояния: боли за грудиной, одышка, потеря сознания. Начатые реанимационные мероприятия не оказали эффекта. Через 42 мин. констатирована

биологическая смерть. Женщина умерла беременной в доношенном сроке гестации. В опросных листах муж умершей женщины в отчаянии написал: «Это был долгожданный ребенок. Мне не спасли жену, но можно было спасти ребенка, она носила его девять месяцев. У врачей было время. Я остался и без жены, и без сына».

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТЭЛА/ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

1. Медицинские работники должны знать, что женщины подвергаются риску тромбоэмболии с самого начала беременности.

Все женщины должны пройти документальную оценку факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ):

- на ранних сроках беременности или до беременности
- при госпитализации по любой причине
- повторно, в том числе непосредственно перед и после операции
- повторно, в том числе до или во время родов (Приложение №2)

2. Существует неотложная необходимость в создании руководства по проведению кесарева сечения в момент смерти женщины.

Кесарево сечение в момент смерти является частью процедуры реанимации любой женщины, у которой случается остановка во второй половине беременности, поэтому оно должно быть предпринято для облегчения проведения материнской реанимации.

5. АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

Экспертами в области анестезиологии и реанимации национального комитета по КРМС было проанализировано 92 случая, в которых проводились анестезиологические и реанимационные мероприятия. Выявлено 6 случаев материнской смертности вследствие проблем, напрямую связанных с анестезией и реанимацией и 35 случаев смертности, в которых возможно или интраоперационное анестезиологическое ведение, или послеоперационное реанимационное ведение повлияло на летальный исход. Эти смерти учтены в соответствующих разделах данного Отчёта, но уроки для анестезиологов, которые можно из них извлечь, включены здесь.

Смерти из-за анестезии/реанимации

В данном Отчете учтены 6 смертей, напрямую связанных с анестезией и реанимацией, что составило 5,7% в структуре причин материнской смертности и 1,9 на 100 000 живорожденных), в том числе 4 смерти от осложнений, связанных с проведением спинномозговой анестезии (СМА) при операции кесарева сечения и 2 – с проведением катетеризации подключичной артерии (таблица 13).

Прямые смерти по причине анестезии и реанимации

Таблица 13

Прямые смерти по причине анестезии и реанимации	Общее число Прямых смертей	Показатель на общее число Прямых причин (%)	Показатель на 100.000 живорожденных
6	106	5,7%	1,9

Проблема 1.Высокий спинальный блок:запоздалая диагностика

В нашей стране с 2014 г. активно внедряется спинномозговая анестезия при кесаревом сечении. При этом, наряду с ростом частоты проводникового обезболивания, отмечается и возникновение определенных его осложнений. В 3 случаях оперативного родоразрешения,

проведенного под СМА, отмечалась запоздалая диагностика высокого спинального блока, причиной возникновения которого является достижение анестетика шейных сегментов спинного мозга (С2-С3). Для высокого спинального блока характерно:

- Критическая гипотензия – массивная вазодилатация на фоне тотального симпатического блока
- Паралич межреберных мышц
- Невнятность речи, изменение сознания вследствие глубокой гипоксии
- Затруднение дыхания, вплоть до остановки дыхания – на фоне ишемии дыхательного центра
- Bradикардия – отсутствие симпатической стимуляции сердца
- При неадекватном лечении – остановка сердца
- На развитие высокой спинномозговой блокады влияет несколько факторов, в том числе общая доза анестетика, положение роженицы, относительная плотность раствора

В 1 случае медицинские работники не распознали высокий спинальный блок, посчитав, что состояние пациентки связано с тромболэмболяцией легочной артерии.

Все 4 операции были проведены в экстренном порядке, показаниями для которых, были рубец на матке – в 2 случаях, клинически узкий таз – в 1 случае, отсутствие эффекта от родостимуляции – в 1 случае. Во всех случаях были доношенные беременности. Ни в одном из вышеуказанных случаев не было дано левоматочное положение для профилактики аортокавальной компрессии.

Ни в одном из 4 случаев не был соблюден требуемый стандарт наблюдения при СМА, важной частью которого является тщательный мониторинг АД. В приложении №3 представлен список необходимого оборудования и инструментария, а также протокол мониторинга состояния женщины при проведении СМА.

Проблема 2. Высокий спинальный блок: неверная коррекция гипотонии

В 2 случаях, наряду с несвоевременной диагностикой гипотонии, была проведена ее неверная коррекция.

Случай 75. Женщина с повторной беременностью, предстоит кесарево сечение в экстренном порядке по поводу рубца на матке. Наркоз – спинномозговая анестезия. Через 5 мин. после начала операции больная отмечает затруднение вдоха, чувство нехватки воздуха, отмечается снижение АД до 60/30 мм рт.ст., ЧСС до 60 уд/мин. Проведена интубация трахеи и перевод на искусственную вентиляцию легких, внутривенно введены дексаметазон, преднизолон, супрастин, мезатон. Несмотря на проводимую терапию, состояние больной продолжало прогрессивно ухудшаться, наступила остановка сердечной деятельности. В послеоперационном периоде состояние пациентки оставалось тяжелым за счет мозговой комы.

В данном случае, наряду с запоздалой диагностикой гипотонии, не был соблюден алгоритм действий при высоком спинальном блоке: при глубокой гипотонии и брадикардии подобран неподходящий вазопрессор (мезатон). В данном случае, необходимый вазопрессор (адреналин) и холиноблокатор (атропин), были использованы только после остановки сердечной деятельности. Своевременное введение адреналина и атропина не привело бы к остановке сердца (Приложение №3).

Проблема 3. Несоблюдение стандарта проведения подключичной катетеризации

Катетеризация подключичной вены может сопровождаться такими осложнениями, как гемо/пневмоторакс, которые при несвоевременной коррекции могут привести к смерти

пациента. Стандарт проведения данной процедуры предусматривает обязательный контроль катетеризации УЗИ или рентгенографией, что не было сделано ни в одном из этих случаев.

СЛУЧАИ СМЕРТИ, КОТОРЫМ СПОСОБСТВОВАЛА АНЕСТЕЗИЯ/РЕАНИМАЦИЯ

Как было сказано выше, за данный 2-х летний отчетный период имели место 34 случая материнских смертей, связанных с проведением анестезии/реанимации и из которых следует извлечь уроки. Эти смерти рассмотрены здесь в следующих категориях:

- Запоздалая диагностика продолжающегося внутрибрюшного кровотечения
- Лечение акушерского кровотечения

Запоздалая диагностика продолжающегося внутрибрюшного кровотечения

В 6 случаях вследствие некачественного наблюдения в послеоперационном периоде и в отделении реанимации имело место запоздалая диагностика продолжающегося кровотечения.

Случай 69. Женщина с повторной беременностью, преэкламсией (АД при поступлении 170/120 мм.рт ст), по поводу отслойки плаценты взята на оперативное лечение в экстренном порядке. Интраоперационно – матка Кувеллера, произведено кесарево сечение с последующим удалением матки. Общая кровопотеря составила 2000 мл. В послеоперационном периоде сознание заторможенно, инструкции выполняет вяло. АД 140/70 мм рт. ст. ЧСС-120; отмечается нарастание ЧД до 130 в минуту. Через 8 часов больная берется на повторную операцию по поводу внутрибрюшного кровотечения. В послеоперационном периоде состояние крайне тяжелое, находилась на пролонгированной искусственной вентиляции легких, почечная недостаточность. Смерть на вторые сутки после релапаротомии.

В данном случае следовало помнить, что уровень АД не может быть критерием удовлетворительного состояния больной, так как у пациентки была преэкламсия тяжелой степени и АД при поступлении 170/120 мм рт. ст. Длительное сохранение артериального давления в так называемых «пределах нормы» определило неверную тактику ведения больной и привело к запоздалой диагностике и лечению скрытого кровотечения. Классические признаки продолжающегося кровотечения, как тахикардия, тахипноэ, снижение наполнения периферических сосудов, все еще игнорируются.

Лечение акушерского кровотечения

В нашей стране, ввиду отсутствия в организациях здравоохранения терmostатов, подогрев инфузионных растворов продолжает проводиться либо при помощи емкостей с горячей водой, в которые опускаются флаконы с растворами, либо на батареях, либо под лампами лучистого тепла. Так, в 12 случаях медицинские работники с сожалением указали, что «подогрев растворов проводится в емкостях с горячей водой, при этом мы не можем контролировать температуру растворов, при таком подогреве мы себя только успокаиваем и обманываем», «приходилось много капать, санитарки не успевали подогревать растворы, нам приходилось капать растворы неподогретыми».

Женщины, которым оказываются реанимационные мероприятия, должны содержаться в тепле и активно обогреваться. Согревание следует рассматривать, как один из компонентов лечения, так как температура тела ниже 33°C вызывает коагулопатию, несмотря на наличие

нормальных уровней факторов коагуляции. Так, гипотермия была отмечена в 4 случаях, осложненных кровотечением.

В случае, если сохраняется тахикардия после интраоперационного кровотечения, женщина должна оставаться в операционной до тех пор, пока хирург и анестезиолог не будут уверены в стабильности ее состояния.

Случай 37. Женщина с повторной беременностью родоразрешена в экстренном порядке путем кесарева сечения по поводу отслойки плаценты. Общая кровопотеря составила 1000 мл. В послеоперационном периоде состояние больной остается крайне тяжелым, дыхание аппаратное, кожные покровы резко бледные, выраженные отеки по всему телу. На фоне гипотермии до 35°C швы кровоточат, повязка промокла геморрагическим отделяемым, по дренажу – 150 мл серозно-геморрагического отделяемого. Время по Ли Уайту – 15 мин. Больная берется на повторную операцию по поводу продолжающегося кровотечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО АНЕСТЕЗИИ И РЕАНИМАЦИИ

1. Следует помнить, что мониторинг является очень важной частью спинномозговой анестезии. Постоянный мониторинг жизненно важных функций позволяет своевременно выявить симптомы блока и провести их коррекцию. Важно строго соблюдать все предписанные меры, обеспечивающие безопасность процедуры проведения СМА.
2. После катетеризации подключичной вены следует провести контроль качества установки подключичного катетера, либо ультразвуковым исследованием, либо рентген-исследованием, которые позволяют исключить возможные осложнения при данной медицинской процедуре. В случае отсутствия возможности проведения УЗИ или рентген – контроля от катетеризации следует воздержаться.
3. Большие объемы внутривенной жидкости должны быть обязательно подогреты перед вливанием.
4. При внутрибрюшном кровотечении гипотензия является поздним признаком продолжающегося кровотечения. При наличии нарушения сознания, тахикардии, тахипноэ, снижения наполнения периферических сосудов следует заподозрить и исключить продолжающееся внутрибрюшное кровотечение.

КОСВЕННЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами – это смерть в результате существовавшей ранее болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

В структуре причин материнской смертности, по данным Национального комитета КРМС за 2014-2015гг, *Косвенные* причины занимали второе место после кровотечений. Всего погибло 35 (23,6%) женщины.

По причинам гибели группа была разделена на 2 подгруппы, где первую составили женщины, погибшие вследствие инфекций, не связанных с беременностью – 21 (60,0%), вторую – женщины, умершие вследствие существовавшей ранее материнской патологии, течение которой усугубила беременность – 14 (40,0%).

Восемь женщин умерли от пневмонии, в том числе 5 – от бактериальной инфекции, 3 – от туберкулеза легких. Во всех 8 случаях заболевание развилось во время беременности, женщины считали себя больными от 3 дней до 5 нед. Обращает на себя внимание сезонность заболевания, преимущественно в холодное время года, многократные визиты беременных к семейному врачу с проявлениями гриппа, простуды, ОРЗ, которые предшествовали заболеванию.

Причиной смерти 5 женщин был менингит, все женщины погибли беременными, в том числе одна была беременна двойней.

3 женщины умерли от неакушерского сепсиса, в том числе в 2 случаях вследствие заболевания почек, в 1 случае – отодонтогенной гнилостно-некротической флегмоны полости рта и шеи. От последствий хирургического перitonита умерло 3 женщины, в том числе 1 – вследствие аппендицита, 2 – вследствие острой спаечной кишечной непроходимости. Во всех случаях отмечалась запоздалая диагностика, которая особенно затруднительна на фоне беременной матки. 1 женщина умерла от бактериального эндокардита и 1 – от вирусного гепатита (рис.24). За исследуемый период от эпилепсии умерли четыре женщины. Смерть троих женщин была связана с аномалиями развития сосудов головного мозга, троих – с кардиологическими проблемами.

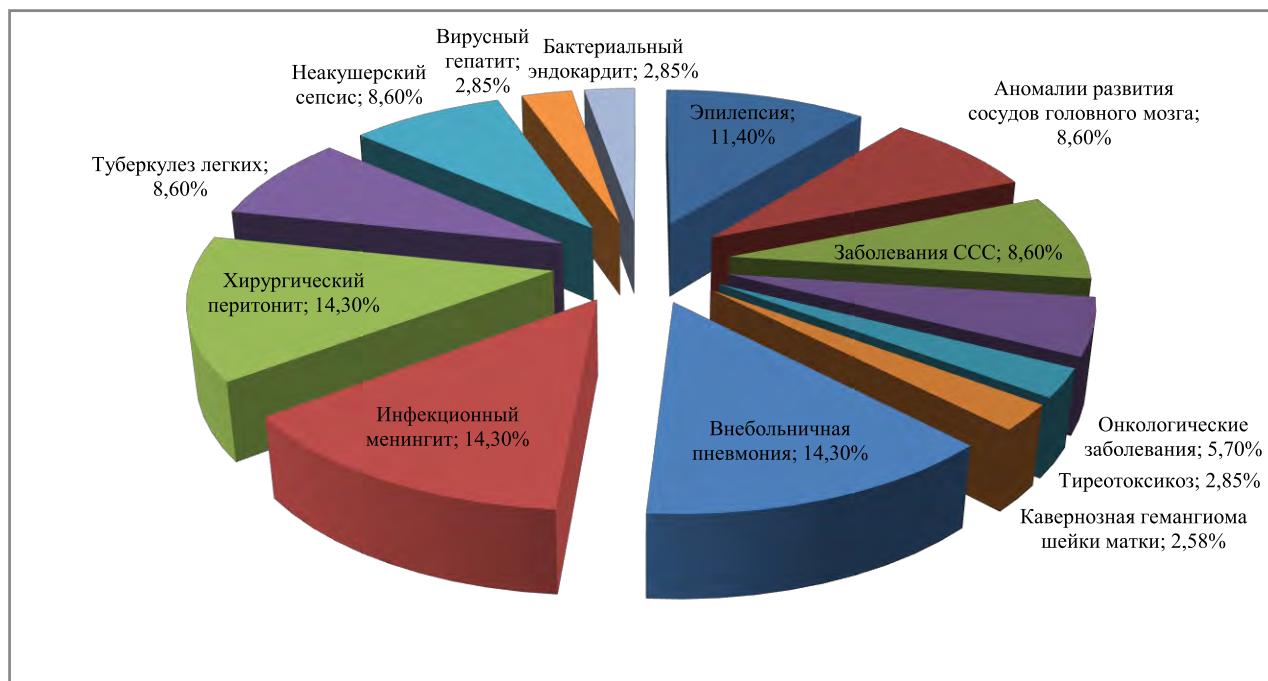


Рис. 24. Структура косвенных причин

Проблема 1. Ограниченный доступ к необходимым услугам

Во время беременности диагностика ряда заболеваний отличается своей сложностью, поэтому консультирование этих женщин должно проводиться специалистом самого высокого уровня уже при первом их обращении, а госпитализация – в профильное учреждение. При несоблюдении этих простых правил, происходит потеря времени, прогрессивное ухудшение общего состояния беременной и запоздалое лечение. В данной проблеме обращает на себя внимание задержка в консультировании в 12 случаях и первоначальная госпитализация в непрофильное лечебное учреждение в 6 случаях.

Случай 38. Женщина с повторной беременностью, обратилась в организацию здравоохранения по поводу болей в суставах в сроке 14 - 15 недель, направлена на консультацию к ревматологу. Со слов родственников, на прием к специалисту попали лишь на третий раз, большие очереди. Первая консультация была ограничена назначением обследования, которое длилось целую неделю. Получив анализы, вновь обратилась к врачу. Молодой доктор назначил консультацию более опытного коллеги, но для того, чтобы к нему попасть была потрачена еще одна неделя. Консультант назначил дополнительное обследование. Но беременной дома стало плохо, поэтому с клиникой сердечной недостаточности в крайне тяжелом состоянии она была доставлена в стационар.

В данном случае, следовало сразу направить беременную к соответствующему консультанту, вне очереди. У этой женщины были упущены возможности для установления диагноза «Бактериальный эндокардит» на более ранней стадии болезни.

Проблема 2. Отказ от сотрудничества: скрытие своей болезни

В Первом отчете по КРМС (2014г.) данная проблема уже отмечалась, но во втором цикле исследования несколько изменилась сама структура отказа от сотрудничества: беременные регулярно посещали медицинского работника, но при этом тщательно скрывали свое экстрагенитальное заболевание, самостоятельно отменяли прием необходимых препаратов и погибали порой вне лечебного учреждения (2 женщины). Особую группу составили беременные, погибшие от эпилепсии, когда все 4 смерти были классифицированы как неожиданные, а в одном случае во время гибели не было свидетелей. При этом особое беспокойство вызывает не только то, что женщины отказывались принимать противосудорожные препараты, так как считали, что навредят своим детям (2 из 4), но то, что они очень боялись огласки своего заболевания (3 из 4), т.е. эпилепсия в нашей стране продолжает оставаться стигмой “неполноценности” молодой женщины.

Случай 1. Женщина с повторной беременностью, состояла на учете. Несмотря на то, что регулярно посещала медицинского работника, скрывала от него свое заболевание. Со слов матери, приступы эпилепсии беспокоили женщину каждые 2-3 месяца, прием противосудорожных препаратов, также, как во время первой беременности, она отменила самостоятельно, как только забеременела. После очередного приступа эпилепсии в сроке беременности 30 недель, женщина была найдена мертвой во дворе своего дома.

Эпилепсия – заболевание опасное для жизни, поэтому беременная с эпилепсией должна была наблюдать и получать специальный уход консультанта-гинеколога и невролога со специализацией в эпилепсии и беременности как можно раньше. Такая категория пациенток должна родоразрешаться в лечебном учреждении высокого уровня, что требует более убедительного консультирования и ответственности медицинских работников дородового ухода. В данном случае медицинские работники ограничились лишь предложением прервать беременность, от которого женщина категорически отказалась.

Еще одна группа беременных, которая скрывала свое заболевание, считая, что «иметь это заболевание сегодня очень стыдно» – это больные туберкулезом (3 женщины). Все три беременные поступили с явлениями пневмонии, при этом ни у одной из них на руках не было выписки, ни одна из них не предупредила, что больна туберкулезом и только при прогрессировании ухудшения общего состояния было выяснено, что пневмония была обусловлена специфическим заболеванием.

Проблема 3. Внебольничная пневмония во время беременности

В данном отчете, так же, как и в предыдущем, остается высокий процент случаев внебольничной пневмонии. Обращает на себя внимание сезонность заболевания, преимущественно в холодное время года, многократные визиты беременных к семейному врачу с проявлениями гриппа, простуды, ОРЗ, которые предшествовали заболеванию. Всего от пневмонии умерло 8 женщин, в том числе 5 – от бактериальной инфекции, 3 – от туберкулеза легких. Во всех 8 случаях заболевание развилось во время беременности, женщины считали себя больными от 3 дней до 5 недель. Возможно, одним из путей предупреждения развития пневмонии является вакцинация беременных против гриппа, которое в нашей стране не проводится вообще. Однако, еще в 2012 г. под эгидой ВОЗ был опубликован документ в отношении вакцинации против гриппа, в котором беременные женщины определены в качестве наиболее приоритетной группы для стран, планирующих внедрение или расширение программ вакцинации против сезонного гриппа. Вакцинация беременных женщин призвана предохранить от гриппа не только мать, но и младенца, поскольку лицензированной вакцины для детей в возрасте до 6 месяцев не имеется. Вакцинация беременных против гриппа безопасна и доказала свою эффективность на практике, обеспечив профилактику лабораторно подтвержденных случаев гриппа у 35 (70%) матерей и 28 (61%) младенцев в возрасте до 6 месяцев. Медицинские работники также являются важной целевой группой для вакцинации, поскольку они сами подвержены повышенному риску инфицирования, а также могут передавать грипп своим пациентам.

Случай 81. Женщина с повторной беременностью поступила в родильный дом с жалобами на кашель, одышку в течение недели, повышение температуры тела до 40⁰С в течение последних 3-х дней, общую слабость. По месту жительства поставлен диагноз «ОРВИ. Острый бронхит», по поводу чего получала лечение в течение недели. В опросных листах отмечено, что переболели все члены семьи, дети, муж, родители. Состояние при поступлении крайне тяжелое. Осмотрена консилиумом врачей, поставлен диагноз «Беременность 31-32 нед. Рубец на матке после кесарева сечения. Внебольничная пневмония. Острая дыхательная недостаточность. Респираторный дистресс синдром III-IV ст.» В условиях реанимации проводится дыхание на аппарате искусственной вентиляции легких, после многочисленных консультаций консилиумом врачей принимается решение о родоразрешении в экстренном порядке оперативным путем. В последующие дни состояние остается тяжелым, больная на искусственной вентиляции легких, сознание отсутствует и на 3-и сутки послеоперационного периода женщина умирает от прогрессирующей сердечно – легочной недостаточности.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОСВЕННЫМ ПРИЧИНАМ

1. Все беременные с экстрагенитальными заболеваниями, нуждающиеся в консультации терапевта, кардиолога, инфекциониста, нефролога, невролога и др., уже при первичном обращении должны быть проконсультированы на уровне заведующего отделением. Для решения вышеизложенного в стране следует разработать систему выдачи срочных направлений:
 - В каждой организации первичной медико-санитарной помощи, осуществляющей антенатальный уход, необходима стандартная система, посредством которой любой медицинский работник (семейный врач, акушер-гинеколог, акушерка и др.) может быстро связаться с коллегами и посоветоваться в случае, если состояние женщины вызывает тревогу. Это может быть телефон, факс или электронная почта. Традиционные направления к врачу являются недостаточными для этой цели и занимают слишком много времени. Система управления направлениями не должна затруднять доступ к срочным приемам.

- Медицинские работники, осуществляющие дородовый уход, должны иметь возможность давать, так называемые «ускоренные» направления напрямую к соответствующим специалистам, если на начальном этапе беременности у женщины имеются серьезные медицинские заболевания, такие как врожденная болезнь сердца или эпилепсия, потому что возможные задержки в консультировании могут поставить здоровье женщины под угрозу.
2. Все беременные, нуждающиеся в лечении экстрагенитального заболевания, должны быть госпитализированы в профильное учреждение, как минимум вторичного уровня организации здравоохранения. Уход за беременными женщинами с заболеваниями, требующими лечения и особенно госпитализацию, должен быть обсужден и запланирован в сотрудничестве с местной акушерской командой, при этом ни медицинский работник, ни беременная женщина, не должны испытывать препятствия при госпитализации.
 3. Для того, чтобы женщины с такими заболеваниями, как эпилепсия, туберкулез не чувствовали себя виноватыми, потому что больны, необходима активная просветительская работа среди гражданского населения (СМИ, НПО, волонтеры), направленная на повышение информированности о данном заболевании.
 4. Разработать протокол (механизм) по вакцинации беременных против гриппа последующей широкой просветительской работой.

ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА НЕ БЫЛА УСТАНОВЛЕНА

Ввиду того, что информация по причинам гибели 4 женщин либо полностью отсутствовала, либо была недостаточной, НК по КРМС был вынужден отнести вышеуказанные смерти к категории «Главная причина не были установлена».

Обращает на себя внимание место гибели женщин данной группы:

- 3 (75%) беременные погибли вне лечебного учреждения, в том числе:
 - ✓ 2 – дома (1 – в доношенном сроке, 1 – в недоношенном сроке)
 - ✓ 1 – по дороге в больницу (доношенный срок беременности)
- 1 (25%) женщина умерла в родильном доме в раннем послеродовом периоде, роды в доношенном сроке.

Таким образом, вне лечебного учреждения, будучи беременными, погибли 3 женщины, 2 из которых были уже в доношенном сроке беременности.

Проблема 1. Несоблюдение стандарта расследования случаев внезапной смерти вне лечебного учреждения

Несмотря на наличие прямых показаний для проведения вскрытия с целью выяснения причин смерти 3 женщин (смерть вне лечебного учреждения, внезапно, когда женщина, кроме беременности, была совершенно здоровая), ни в одном случае не произведено вскрытие. Кроме того, обстоятельства гибели двух из этих случаев (согласноопросных листов и записи родственников умерших женщин) вызывали подозрение на домашнее насилие и насильственную смерть.

В последние годы для системы здравоохранения все более значимой становится проблема насилия в отношении женщин, которая ставит под угрозу ее здоровье, особенно во время беременности. Так, в опросных листах родственников 21 (14,2%) умерших женщин было отмечено, что беременные испытывали, в той или иной мере, насилие со стороны мужа. Медицинскому работнику важно помнить, что во время беременности женщина чаще, чем

когда-либо в своей жизни (если серьезно не больна) встречается и общается с медицинским работником, которому следует быть настороженным по вопросам домашнего насилия. Однако, в опросных листах 12 (57,1%) умерших женщин медицинские работники с сожалением отметили, что «я никогда не интересовалась, был ли ее муж», «у меня были подозрения, но она всегда приходила или с мужем, или со свекровью», «надо быть внимательнее в таких случаях».

ОТСУТСТВИЕ АКУШЕРСКОЙ ПРИЧИНЫ

В данном двухлетнем периоде были зарегистрированы 3 случая материнской смертности, которые явно не относились к беременности. Причиной гибели этих женщин были в 2 случаях – самоубийство, в 1 – дорожно-транспортное происшествие. Обе женщины совершили самоубийство во время беременности (в 5 недель в первом случае и в 12 – во втором), ни в одном из случаев выяснить причины самоубийства не удалось.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ

Проблема 1. Неисполнение Приказа МЗ КР №495 (14.11.2005г.)

Сегодня уже стало очевидным, что предотвратить смерть женщин только усилиями медиков становится невозможным. Есть много вопросов, в решении которых медицинскому работнику нужна помощь. Одним из таких вопросов, остается проблема патологоанатомического вскрытия в случае материнской смертности, которую необходимо решать на государственном уровне. Известно, что вскрытие может ответить на многие спорные вопросы, поставить последнюю точку в поисках истинных причин смерти женщины. Это последняя инстанция, которая позволяет разрешить все сомнения, это учеба, которая необходима всем медицинским работникам. Однако процент вскрытия в нашей стране остается низким.

Из 14 женщин, погибших вне лечебного учреждения, лишь в 6 (42,9%) случаях произведено вскрытие, несмотря на то, что в данной категории смертей эта процедура необходима для исключения, прежде всего, криминальных причин. Ввиду отсутствия вскрытия, причины гибели четверых женщин остались неизвестными и были отнесены национальным комитетом по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности к категории «Неуточненная смерть».

В двух случаях родственники умерших женщин не исключали возможного насилия над беременными, высказывая свои предположения в опросных листах. Но, так как вскрытие не было произведено по настоятельной просьбе мужей этих женщин, факт жестокого обращения с беременной остался лишь предположением.

Патологоанатомические вскрытия в Кыргызской Республике регламентированы статьями 43 и 44 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года, Приказами МЗ КР №492 от 14 ноября 2005 года, № 179 от 12 мая 2005 года и № 45 от 3 февраля 2004 года. Согласно статье 43 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», в случаях ясного прижизненного диагноза и при наличии письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего, руководителями организаций здравоохранения и патологоанатомических бюро тело может быть выдано без вскрытия. При этом во второй части данной статьи МЗ КР предписывается определить перечень заболеваний, в случае смерти от которых патологоанатомическое вскрытие должно проводиться в обязательном порядке. Приказом МЗ КР № 492 от 14 ноября 2005 года определен перечень заболеваний, когда умершие вскрываются в обязательном

порядке, к которому отнесены и случаи материнской смерти. Однако, на практике, как и после Первого отчета по КРМС, продолжает оставаться следующее: в большинстве случаев материнской смерти родственники и члены семьи умершей отказываются от вскрытия, ссылаясь на статью закона. Поэтому за исследуемый период вскрытие произведено лишь в 50 (33,8%) случаях смерти женщин, что мало отличается от данных Первого отчета КРМС – 34 (34,6%).

Самый высокий процент вскрытий отмечается в группе, где женщины погибли не от акушерских причин – 100%, в 2 случаях причиной смерти беременных был суицид, в 1 – дорожно-транспортное происшествие (рис. 25). Наряду с тем, что частота вскрытий при *Прямых причинах* составила 34,9%, а при *Косвенных* – лишь 31,4%, в случаях, когда причина не была установлена, не была вскрыта ни одна женщина. В 14 случаях гибели вне лечебного учреждения, вскрытие произведено только в 6 (42,9%).

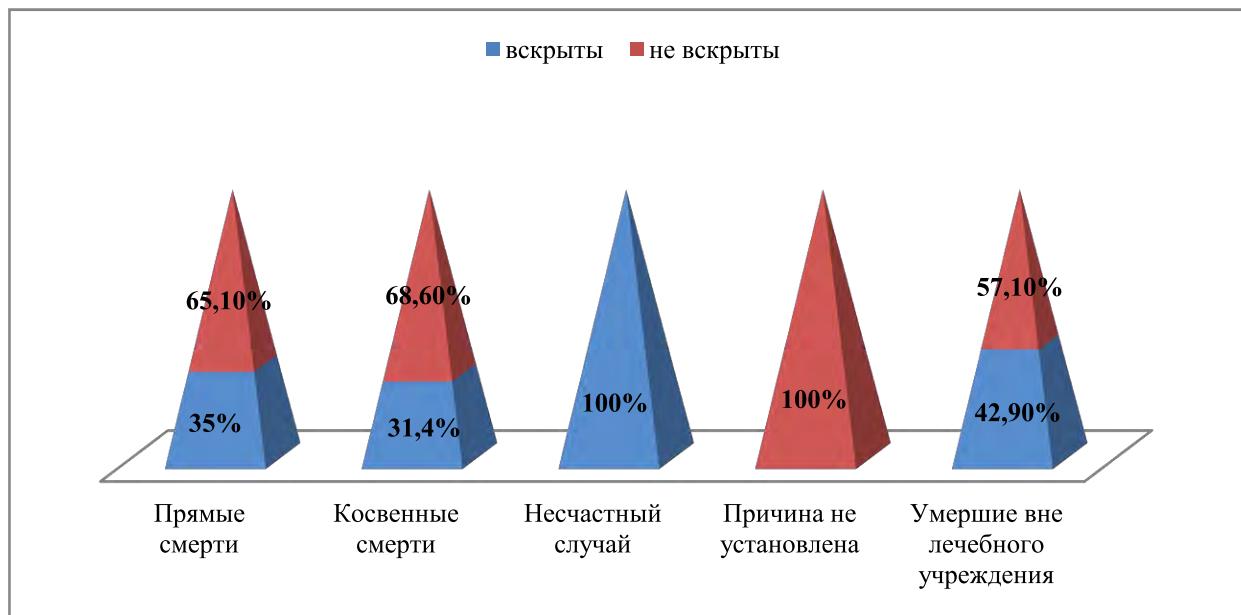


Рис. 25. Частота вскрытий в зависимости от причин гибели

Одной из основных причин низкого процента вскрытия в нашей стране является отказ родственников. Безусловно, вопрос очень чувствительный и болезненный, и не может решиться в течение одного дня. Однако дальнейшее умалчивание о проблеме не является выходом, а необходимость в решении данного вопроса уже не вызывает никаких сомнений.

Сегодня, для достижения 100% вскрытия в случаях материнской смертности, назрела необходимость внесения поправок в статью 43 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», не позволяющей родственникам отказываться от вскрытия в случае гибели женщины во время беременности, родов и в течение 42 дней послеродового периода.

Проблема 2. Низкое качество патологоанатомического вскрытия

Наряду с тем, что за исследуемый период процент вскрытия составил лишь 33,8% (50), в ряде случаях, выводы патоморфологического исследования казались не имеющими отношения к клиническому анамнезу и содержали явный избыток числа «непредотвратимых» осложнений. Так как при КРМС рассматриваются все аспекты медицинской помощи, данные опросных листов и извлеченные уроки, а не только диагноз, в 5 случаях (10%) члены Национального комитета по КРМС выразили недоверие патологоанатомическому диагнозу и

коллегиально переквалифицировали 2 случая тромбоэмболии легочной артерии в послеродовое кровотечение; 2 случая эмболии околоплодными водами – в послеродовое кровотечение и разрыв матки; 1 случай сепсиса – в преэклампсию тяжелой степени. Данные случаи, ввиду того, что при вскрытии был поставлен недостоверный диагноз (члены Комитета не доверяют ему), были обсуждены независимо от заключения патологоанатома. Как было указано в Первом отчете по КРМС, вскрытие в случаях материнской смертности должно производиться только высококвалифицированным специалистом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Комплекс акушерских пособий, хирургических вмешательств, массивных терапевтических и реанимационных мероприятий ставит перед патологоанатомом, исследующим случаи смерти при патологии беременности, родов и послеродового периода, очень сложную, нередко трудноразрешимую проблему дифференцировки морфологических проявлений акушерской патологии и изменений, связанных с оказанием медицинской помощи. Мы можем обратиться к хорошему опыту соседних с нами государств. Так, в Республике Казахстан проводится обязательное 100% вскрытие всех случаев гибели женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде. При этом, принимая во внимание наличие особенностей при патологоанатомическом исследовании материнской смертности, вскрытие производят только специалист республиканского уровня, выезжая непосредственно на место гибели женщины. Тем самым, достигается самое высокое качество исследования, не допускаются разнотечения в интерпретации полученных данных и вычленяются истинные причины материнской смертности, которые позволяют делать верные выводы и давать последующие рекомендации по снижению уровня материнской смертности в стране. Итогом таких внедрений явилось значительное снижение уровня материнской смертности в Казахстане.

Мы обращаемся к СМИ, к нашим соотечественникам с просьбой верного понимания в решении данного, очень непростого вопроса, который выходит далеко за рамки сектора здравоохранения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМУ ВСКРЫТИЮ

1. Внести поправки в статью 43 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», не позволяющей родственникам отказываться от вскрытия в случае гибели женщины во время беременности, родов и в течение 42 дней послеродового периода.
2. Патологоанатомическое вскрытие случаев материнской смертности следует проводить на базе Республиканского патологоанатомического центра, в областях – в областных патологоанатомических бюро (ОПАБ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Как обеспечить вакцинацию беременных женщин против гриппа. Вводное пособие для руководителей здравоохранения и менеджеров национальных программ иммунизации, Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.
2. Клинические протоколы «Индукция родов», «Затяжные и обструктивные роды», «Послеродовый сепсис», «Анестезиологическая реанимационная помощь при критических состояниях в акушерстве», «Физиологическая беременность», «Многоплодная беременность», «Острый пиелонефрит при беременности», «Самопроизвольный выкидыш», «Преждевременная родовая деятельность», «Инфекции во время беременности», утвержденные Приказами МЗ КР от 2011-2013 гг.
3. Клинические рекомендации (протоколы) «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода, Москва, 2014.
4. «Что кроется за цифрами» Исследование случаев материнской смертности и осложнений, Всемирная организация здравоохранения, 2004. Размещен на: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591838/en/index.html.
5. Available to Manage the Labors and Deliveries and to Treat the Complications of Women Who Reproductive Health Library, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd.
6. Bacci A, Lewis G, Baltag V, Betran A. “Beyond the Numbers”: introduction of maternal mortality and severe morbidity audit in the European Region. Reproductive health matters. October 2007.
7. Beyond the Numbers; reviewing maternal deaths and severe morbidity to make pregnancy safer. WHO. Geneva: 2004. www.who.int World Health Organization.
8. Epidemiology, International Journal of Gynecology and Obstetrics. – (2006) 92, 10-18.\
9. James Drife, MD, FRCOG. Confidential enquiries into maternal death: How they are improving care within the WHO European region. The European magazine for sexual and reproductive health —Entre Nous|| №70 – 2010; 12. Green-top Guideline No. 52 May 2009
10. The Introduction of Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Near-Miss Case Reviews in the WHO European Region; 2007
11. Lewis G (ed). The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers’Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer -2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.
12. National workshop on Beyond Numbers, reviewing maternal deaths and complications, Uzbekistan. Report, 2005. At:www.euro.who.int/pregnancy/mortality/20051103_1
13. Web-сайт Министерства здравоохранения: <http://www.med.kg>
14. World Health Organization. Beyond the Numbers; reviewing maternal deaths and severe morbidity to make pregnancy safer. WHO. Geneva: 2004. www.who.int

ГЛОССАРИЙ

Аборт	Прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона/плода) в период до 22 недель беременности или до достижения плодом веса 500 граммов
Антенаатальный период	Период беременности
Безопасное материнство	Безопасное материнство предусматривает достижение наилучшего здоровья матерей и новорожденных. Это сокращение материнской смертности и заболеваемости, укрепление здоровья новорожденных путем обеспечения равноправного доступа к первичному здравоохранению, включая планирование семьи, наблюдение и уход во время беременности, родов и послеродовом периоде за матерью и младенцем, доступ к необходимому акушерскому и неонатальному уходу
Выкидыши	Случайная потеря плода до 22-х недель беременности
Гиповолемический/ геморрагический шок	Клинический синдром, развивающийся вследствие резкого уменьшения объема циркулирующей крови из-за быстрой и массивной кровопотери
Гистерэктомия	Удаление матки
Индукция родов	Процесс искусственной стимуляции сокращений матки по медицинским показаниям с целью родоразрешения через естественные родовые пути
Кесарево сечение	Рождение ребенка при помощи операции – вскрытия брюшной полости и разреза матки
Конфиденциальный	Доверительный, основанный на доверии
Лапаротомия	Операция по вскрытию брюшной полости с целью проведения хирургического вмешательства
Материнская смертность	Смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенною либо ею, либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины
Материнская смертность от прямых причин	Смерть в результате акушерских осложнений, связанных с беременностью (во время беременности, родов и послеродовом периоде), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или в цепи событий, последовавших за любой из вышеперечисленных причин
Материнская смертность от косвенных причин	Смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности
Материнская смертность поздняя	Смерть, наступившая после абORTа, выкидыша или родов, начиная с 43 дня и до истечения одного года после завершения беременности. Причины могут быть как прямыми, так и косвенными

Мертворождение	Смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности
Миграция	Переселение населения внутри страны или из одной страны в другую
Насилие в отношении женщин	Любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб, или страдания женщинам, а также угрозы совершения таких актов, как принуждение или лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни
Неонатальный период/период новорожденности)	Период, который начинается от момента рождения новорожденного и заканчивается через 28 полных дней после рождения
Перинатальный период	Период, который начинается с 22-й полной недели внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500,0 г) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения.
Показатель материнской смертности	Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней от прямых и косвенных причин к числу живорожденных (на 100 000)
Постгемморагическая анемия	Снижение уровня гемоглобина и числа эритроцитов (красных кровяных телец) в единице объема крови, по сравнению с нормальными возрастными значениями, вследствие кровопотери
Преэклампсия	Осложнение беременности, для которого характерно повышение артериального давления после 20 недель беременности и выраженная протеинурия (наличие белка в моче)
Причины смерти	Болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые смертельные травмы и должны быть внесены в медицинское свидетельство о причине смерти
Релапаротомия	Повторное вскрытие брюшной полости, производимое в послеоперационном периоде по поводу возникших осложнений
Репродуктивное здоровье	Состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, кучающихся репродуктивной системы и ее функций на всех стадиях жизни. Репродуктивное здоровье подразумевает, что люди могут иметь надежный, удовлетворительный и безопасный секс и что у них есть способность воспроизводить и свобода решать, когда и как часто это делать
Родоразрешение	Процесс, при котором происходит рождение плода; родоразрешение возможно через естественные родовые пути или путем операции кесарево сечения.
Роды преждевременные (недоношенные)	Роды при сроке беременности менее 37 полных недель
Роды срочные (доношенные)	Роды при сроке беременности от 37 полных недель до менее чем 42 полные недели
Роды запоздалые (переношенные)	Роды при сроке беременности в 42 полные недели и более

Случаи смерти, связанные с беременностью	Смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после окончания беременности, независимо от причин
Смерть от стечения обстоятельств или от случайно возникшей причины	Смерть в период беременности или в послеродовом периоде от причины, не имевшей отношения к беременности
Тромбоэмболия легочной артерии	Внезапная остановка кровотока в ветви легочной артерии вследствие закупорки ее тромбом, влекущая за собой прекращение поступления крови в участок легочной ткани, кровоснабжаемый этой ветвью
Шкала Апагар	Оценка физического статуса новорожденного с помощью оценочных баллов (от 0 до 2 по каждому из пяти критериев – сердечный ритм, дыхательные движения, мышечный тонус, ответ на стимуляцию, цвет кожи)
Эклампсия	Появление у женщины во время беременности, родов или в течение 7 дней после родов одной или более судорог, не имеющих отношения к другим проявлениям мозговых нарушений
Экстубация	Извлечение интубационной трубки из дыхательных путей

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ)^{11,3}

Возраст более 35 лет, ИМТ – более 30 или масса тела больше 90 кг являются важными независимыми факторами риска развития венозной тромбоэмболии (ВТЭ), даже после родов через естественные родовые пути.

После оценки факторов риска венозной тромбоэмболии, следует проводить профилактику тромбоэмболии, в зависимости от бальной оценки. Во всех случаях (при отсутствии противопоказаний) должны использоваться эластическая или пневмокомпрессия нижних конечностей. Низкомолекулярные гепарины (НМГ) являются препаратами выбора для послеоперационной тромбопрофилактики. НМГ являются безопасными при грудном вскармливании.

Противопоказания к назначению НМГ:

НМГ следует избегать у женщин с высоким риском кровотечения.

К факторам риска кровотечений при использовании НМГ являются:

- женщины с дородовым или с массивным послеродовым кровотечением
- женщины с повышенным риском кровотечения (например, предлежание плаценты)
- женщины с геморрагическими заболеваниями (болезнь фон Виллебранда, гемофилии или приобретенные коагулопатии)
- женщины с тромбоцитопенией (количество тромбоцитов менее 75x10⁹/л)
- острый инсульт в течение последних 4 недель (ишемический или геморрагический),
- тяжелые заболевания почек (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин)
- тяжелые заболевания печени
- неконтролируемая артериальная гипертензия (артериальное давление: систолическое выше 200 мм рт.ст. или диастолическое выше 120 мм рт.ст.)

Оценочный лист тромбоэмбологических осложнений (ТЭО)

I. Анамнестические данные	Баллы
Предшествующие рецидивирующие венозные тромбоэмбологические осложнения (ВТЭО)	3
Предшествующие ВТЭО, ничем не спровоцированные или связанные с приемом эстрогенов	3
Предшествующие спровоцированные ВТЭО	2
Семейный тромботический анамнез	1
II. Соматические факторы	
Возраст более 35 лет	1
Курение	1
Ожирение ИМТ > 30	1
Варикозное расширение вен ног	1
Соматические заболевания (артериальная гипертензия, нефротический синдром, злокачественные заболевания, сахарный диабет I типа, инфекционно-воспалительные заболевания в активной фазе, СКВ, заболевания легких и сердца, серповидно-клеточная анемия)	2

III. Акушерско-гинекологические факторы	
Роды в анамнезе > 3	1
Многоплодная беременность	1
Дегидратация	1
Затяжные роды (>24 часов)	1
Полостные или ротационные щипцы	1
Экстренное кесарево сечение	1
Длительная иммобилизация (более 4 суток)	1
Хирургические вмешательства во время беременности или в послеродовом периоде	2
Послеродовое кровотечение >1 литра, требующее гемотрансфузии	1
Преэклампсия	1
Тяжёлая форма преэклампсии, внутриутробная гибель плода во время данной беременности	2
IV. Тромбофилии (гомозиготная мутация фактора V Leiden, протромбина G20210A, антифосфолипидный синдром, дефицит АТШ, протеина S и C)	3
ИТОГО	

Критерии назначения профилактики тромбоэмболических осложнений

Уровень риска ВТЭО	Баллы	Мероприятия
Низкий фактор риска развития ВТЭО	0-1	Эластическая компрессия нижних конечностей
Средний фактор риска развития ВТЭО	2	Перемежающаяся пневмокомпрессия, НМГ в течение 6-7 дней
Высокий фактор риска развития ВТЭО	3 и более	Перемежающаяся пневмокомпрессия, НМГ в течение 6 недель после родов

МЕРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ²

Спинномозговую анестезию можно выполнять только в операционной, полностью оснащенной оборудованием для мониторинга, общей анестезии и реанимационных мероприятий. Препараты для экстренной помощи должны быть под рукой (в немедленной доступности). Это обязательное условие, так как существует реальный риск развития таких осложнений, как:

1. Выраженная артериальная гипотония
2. Тяжелая брадикардия
3. Дыхательная недостаточность.

Время, необходимое для развертывания аппаратуры или введения препаратов, в случае возникновения осложнений, является фактором, определяющим исход лечения — успех или неудачу!!!

Важно помнить, что мониторинг является очень важной частью СМА, поэтому:

- В первые 15 мин после введения препаратов АДизмеряется каждую минуту
- Далее – не реже, чем каждые 5 мин
- ЭКГ, ЧСС и SaO₂ – постоянно

Учитывая вышеизложенное, для проведения СМА необходимо определенное оснащение операционной и условия:

- Адекватный венозный доступ: 1-2 интравенозных катетера большего диаметра (не больше G16-18)
- Прикроватный монитор: ЭКГ, непрерывный мониторинг неинвазивного АД; пульсоксиметрия от начала до конца операции
- Кислород-подача через лицевую кислородную маску или носовую канюлю со скоростью 6-8 л/мин
- Возможность придания левоматочного положения операционного стола или валики для этой же цели
- Возможность согревания в/в инфузионных растворов
- Наркозно-дыхательный аппарат: собранный с дыхательным контуром, протестируенный и полностью готовый к работе
- Набор для возможной трудной интубации

Инструментарий:

- Периферический внутривенный катетер – 16-18G
- Одноразовая спинальная игла с проводником 25-26-27G
- Одноразовые шприцы 2,0-5,0
- Стерильные марлевые салфетки
- Стерильные пеленки – 3-5 шт.
- Асептическая наклейка
- Стерильный зажим или одноразовый пинцет
- Стерильные хирургические перчатки

ВЫСОКИЙ СПИНАЛЬНЫЙ БЛОК

При достижении анестетика шейных сегментов спинного мозга (C2-C3) возникает высокий спинальный блок, для которого характерно:

- Критическая гипотензия – массивная вазодилатация на фоне тотального симпатического блока
- Паралич межреберных мышц
- Невнятная речь, изменение сознания вследствие глубокой гипоксии
- Затрудненное дыхание, вплоть до остановки дыхания – на фоне ишемии дыхательного центра
- Bradикардия – отсутствием симпатической стимуляции сердца
- При неадекватном лечении – остановка сердца

На развитие высокой спинномозговой блокады влияет несколько факторов, в том числе:

- общая доза анестетика
- положение пациентки
- относительная плотность раствора

ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОГО СПИНАЛЬНОГО БЛОКА:

1. Адекватная респираторная поддержка и стабилизация АД
2. При появлении артериальной гипотензии показано введение вазопрессоров методом титрования до стабилизации гемодинамики
3. При невозможности стабилизации АД методом титрования, перевести на постоянную инфузию вазопрессоров. Препаратором выбора является норадреналин или адреналин, также возможно применение комбинации атропина с мезатоном

ОБРАТИ ВНИМАНИЕ!!!

КОРРЕКЦИЯ ГИПТОНИИ ЗАВИСИТ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧСС!!!

1. Гипотония в сочетании с брадикардией – следует использовать или адреналин, или мезатон в сочетании с атропином!
2. Гипотония в сочетании с тахикардией – следует использовать мезатон!

**СОСТАВ НАЦИОНАЛЬНОГО КОМИТЕТА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО
РАССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (2014-2016гг.)**

№	ФИО	Место работы
1.	Ешходжаева А.С.	Председатель НК КРМС
2.	Стакеева Ч.А.	Член секретариата НК КРМС, КГМИПиПК
3.	Тогузбаева Б.Д	Член секретариата НК КРМС, НЦОМиД
4.	Максутова Э. М.	Член секретариата НК КРМС, НЦОМиД
5.	Бообекова А.А.	Член НК КРМС, МЗ КР
6.	Мусуралиев М.С.	Член НК КРМС, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 Кыргызская Государственная Медицинская Академия
7.	Турганбаев Ж.Т.	Член НК КРМС, начальник Республиканского Патологоанатомического Бюро
8.	Джузумалиева Г.С.	Член НК КРМС, заведующий отделением реанимации Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики
9.	Самигуллина А.Э.	Член НК КРМС, заместитель директора НЦОМиД
10.	Мамбеталиева Д.С.	Член НК КРМС, реаниматолог-анестезиолог, Городской перинатальный центр г.Бишкек
11.	Мамытова Б.К.	Член НК КРМС, координатор по вопросам планирования семьи Чуйской области
12.	Исраилова А.С.	Член НК КРМС, НЦОМиД, старший научный сотрудник
13.	Сексенбаева Д.Б.	Член НК КРМС, акушер-гинеколог, эксперт
14.	Кийизбаева Л.Э.	Член НК КРМС, заведующий отделением анестезиологии и реанимации родильного стационара Чуйской областной объединенной больницы
15.	Чынгышбаева Ж.А.	Член НК КРМС, анестезиолог-реаниматолог, Национальный Хирургический Центр им. М.Мамакеева
16.	Рустанбекова С.Р.	Член НК КРМС, заведующий отделением септической гинекологии, Национальный Хирургический Центр им. М.Мамакеева
17.	Назаралиева С.Б.	Член НК КРМС, заместитель главного врача НЦОМиД
18.	Омуралиева Э.Т.	Член НК КРМС, анестезиолог-реаниматолог, Национальный Хирургический Центр им. М.Мамакеева
19.	Далбаева Б.Ж.	Доцент кафедры акушерства и гинекологии, КРСУ
20.	Боскунбаева Г.Ж.	Член НК КРМС, акушер-гинеколог КГМИПиПК

СОСТАВ МЕСТНЫХ КООРДИНАТОРОВ КРМС

№	ФИО	Место работы и должность
1.	Анара Бадинова	Родильный дом Ошской областной объединенной клинической больницы
2.	Каракожонова Алиса	Городской перинатальный центр г. Ош
3.	Хакимжанова Муборек	Родильный дом Кара-Суйской территориальной больницы
4.	Нарматова Атыркан	Родильный дом Ноокатской территориальной больницы
5.	Абдрешева Шааркан	Родильный дом Узгенской территориальной больницы
6.	Жолонова Гульмеиз	Родильный дом Алайской ТБ
7.	Пакирова Бактыгуль	Родильный дом Чон-Алайского центра общей врачебной практики
8.	Жээнтаева Айнагул	Родильный дом Кара-Кулжинской территориальной больницы
9.	Толонбаев Сеитбек	Родильный дом Араванской территориальной больницы
10.	Жабаров Улан	Родильный дом Джала - абадской областной объединенной больницы
11.	Алиева Адина	Родильный дом Сузакской территориальной больницы
12.	Турсуналиева Элеонора	Родильный дом Тогуз-Тороузского центра общей врачебной практики
13.	Акбарова Ирода	Родильный дом Базар-Коргонской территориальной больницы
14.	Барпиев Эмиль	Родильный дом Чаткальского центра общей врачебной практики
15.	Жумабаева Адина	Родильный дом Ак-Сыйской территориальной больницы
16.	Осмонова Айнагуль	Родильный дом Ала-Букинской территориальной больницы
17.	Уметалиева Калия	Родильный дом Токтогульской территориальной больницы
18.	Сабирова Гульзат	Родильный дом Ноокенской территориальной больницы
19.	Сатканкулова Нургуль	Родильный дом Таш-Комурской территориальной больницы
20.	Жаркулова Раиля	Родильный дом Кочкор-Атинской территориальной больницы
21.	Тажибаева Б	Родильное отделение Майлы-Сайской городской больницы
22.	Суйуналиева Асель	Родильный дом Кара - Кульского центра общей врачебной практики
23.	Мырзабаева Бурулча	Родильный дом Шамалды-Сайской территориальной больницы
24.	Хусенова Махбуба	Родильный дом Баткенской областной объединенной больницы
25.	Кучкаров Алишер	Родильное отделение Кызыл-Кийской городской больницы
26.	Саматова Гульнара	Родильное отделение Сулюктинской городской больницы
27.	Абдалиева Рызван	Родильный дом Ляйляксской территориальной больницы
28.	Кариева Эра	Родильный дом Кадамжайской территориальной больницы
29.	Мусаева Гульнара	Родильное отделение Айдаркенского центра общей врачебной практики
30.	Осмоналиева Сайра	Родильный дом Таласской областной объединенной больницы

31.	Кошалиева Тамара	Родильный дом Кара-Бууринской территориальной больницы
32.	Куттубаева Гулбара	Родильный дом Таласской территориальной больницы
33.	Боркеева Айнурा	Родильный дом Манасской территориальной больницы
34.	Кутманова Мария	Родильный дом Бакай-Атинской территориальной больницы
35.	Султанбаева Каухар	Родильный дом Иссык-Кульской Областной Объединенной больницы
36.	Айдаралиева Тилек	Родильный дом Балыкчинской городской больницы
37.	Орозакунова Бермет	Родильный дом Тонской территориальной больницы
38.	Чыныбаева Назира	Родильный дом Джети-Огузской территориальной больницы
39.	Рыспаева Назгуль	Родильный дом Тюпской территориальной больницы
40.	Акматова Айнурा	Родильный дом Аксуйской территориальной больницы
41.	Мансурова Чолпон	Родильный дом Иссык-Кульской территориальной больницы
42.	Москаленко Ирина	Родильный дом центра общей врачебной практики, село Ананьево, Иссык-Кульского района
43.	Куйкеева Айжан	Родильный дом Нарынской областной объединенной больницы
44.	Исмаилова Каныш	Родильный дом Ат-Башинской территориальной больницы
45.	Чолпонбаева Гулзуура	Родильный дом Ак-Талинской территориальной больницы
46.	Акылбекова Нуржамал	Родильный дом Жумгальской территориальной больницы
47.	Кадыркулова Рыскул	Родильный дом Кочкорской территориальной больницы
48.	Секимбаева Айнагуль	Родильный дом Чуйской областной объединенной больницы
49.	Иманалиева Анара	Родильный дом Чуйской территориальной больницы
50.	Абдыкеримова Нуржан	Родильный дом Панфиловской территориальной больницы
51.	Дозалиев Азиз	Родильный дом Кара-Балтинской городской больницы
52.	Кулжанова Эльмира	Родильный дом Московской территориальной больницы
53.	Исаева Гульзат	Родильный дом Иссыкатинской территориальной больницы
54.	Саткеева Айтбубу	Родильный дом Сокулукской территориальной больницы
55.	Мамбекова Жыпара	Родильный дом Кеминской территориальной больницы
56.	Турсунбекова Бурулкан	Директор Суусамырского центр общей врачебной практики
57.	Саматова Наргиза	Родильный дом Токмокской городской больницы
58.	Израилова Анара	Национальный Центр Охраны Материнства и Детства
59.	Акматбекова Нуржан	Клинический родильный дом №2 г. Бишкек
60.	Джакишева Айнурा	Родильный дом №1 г. Бишкек
61.	Чубаров Александр	Городская гинекологическая больница г. Бишкек
62.	Рустанбекова Седеп	НХЦ им. Мамакеева
63.	Жунусова Асылкан	Городской перинатальный центр г.Бишкек