

**Национальный комитет по Конфиденциальному исследованию случаев
материнской смерти**

ВО ИМЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ

Первый отчет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смерти
(за сентябрь-декабрь 2009г и 2010, 2011, 2012гг)

Содержание

Выражение признательности

Предисловие

Список сокращений

1. Введение
2. Методология конфиденциального исследования случаев материнской смертности
3. Десять основных рекомендаций
4. Рекомендации по нозологиям
5. Какие женщины умирают и почему?
6. Гипертензивные состояния
7. Кровотечение
8. Сепсис
9. ТЭЛА
10. Анестезия
11. Пневмония
12. Заключение
13. Приложение

Выражение признательности

Проведение данного исследования стало возможным благодаря постоянной поддержке Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, регионального представительства Всемирной Организации Здравоохранения и Фонда Народонаселения ООН в Узбекистане.

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан и члены Национального Комитета по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности глубоко признательны за техническую помощь международным экспертам ВОЗ доктору Джеймсу Драйву, Стелиану Ходороджа, Алберте Баччи. Успех работы Национального комитета во многом обусловлен их повсеместной профессиональной поддержкой и опытом проведения подобного аудита в своих странах, которым они так щедро делились со специалистами, работающими в Узбекистане.

НК КИСМС выражает свою искреннюю благодарность и признательность за безвозмездно проделанную безвозмездную всех региональных координаторов.

Выражая глубокие соболезнования родным и близким умерших женщин, члены НК КИСМС благодарят их за участие в проведении исследования и проявленное понимание.

Национальный комитет КИСМС

Предисловие

Каждая женщина хочет быть счастливой матерью. Материнство является счастьем, о котором мечтают почти все женщины. По долгу службы мы работаем во благо здоровья матерей и младенцев, и вокруг нас много тех, кто обрел это простое человеческое счастье - стать матерью. Вглядываясь в их лица, невольно улыбаешься, от того, что понимаешь, что мы совсем немного, но причастны к их радости, так как их радость от материнства касается и нас. Но иногда мы теряем женщин. Теряем молодую и полную сил женщину, которая была кому то любимой женщиной, кому то матерью, кому то дочерью, кому то сестрой или подругой. С ней в небытие уходят ее мечты и надежды. Это трагедия для самой женщины, для её семьи, для её осиротевших детей, для ее близких. Они пережили невосполнимую потерю и едва ли осознают, от чего судьба распорядилась именно так и мучаются вопросом «за что такое горе»...

Это трагедия касается и нас врачей, акушерок, медсестер. Материнская смерть - это тяжелая психологическая травма, мучения с вопросами «почему это произошло?», «что я сделал не так?», «что можно было бы ещё сделать?», «может надо было по другому?», а если бы... Ежегодные сухие цифры о материнской смертности мало говорят нам о том, *почему* умерла женщина. Что она чувствовала? Почему она поздно пришла к врачу? Почему мы вовремя не увидели и не распознали? Почему мы действовали не так? Стремление найти ответы на эти вопросы было одной из главных причин проведения данного исследования, основными принципами которого стали конфиденциальность и анонимность, а целью - не поиск виновного, а нахождение причин, приведших к трагедиям, и поиск путей и решений по предотвращению их в будущем. В отличие от традиционного разбора случая, при конфиденциальном исследовании случаев материнской смерти были рассмотрены не только медицинская документация, а самое главное, опросные листы, где врачи, акушерки, близкие родственники рассуждают и анализируют случай материнской смерти и ищут ответ на вопрос «Почему умерла эта женщина?», «Какие факторы способствовали этому?», «Что можно/нужно было бы сделать, чтобы избежать такой трагический исход?».

Мы помним каждую из вас, милые женщины, покинувшие этот мир преждевременно... Мы помним тебя, С., стязелейшей пневмонией за 2 дня до смерти сказала «Не бойтесь доктор, я буду жить, я сильная»... Мы помним тебя, Г., ты была юная, красивая, как нераскрывшийся бутон, и перед переводом в хирургическую клинику ты сказала «Я вам доверяю»... Мы помним тебя, Д., мы помним рассказ ваших близких о вашей неземной любви. Ты была в коме, но когда муж целовал тебе руку, по твоим щекам текли слезы...

Каждый из случаев для нас стал уроком для предотвращения будущих материнских смертей, поэтому мы дали такое название нашему первому отчету по конфиденциальному исследованию случаев материнской смерти – «ВО ИМЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ».

Председатель НК КИСМС Любич А.С.
Секретарь НК КИСМС Бабажанова Ш.Д.

Председатель Национального Комитета КИСМС Любчик А.С. – Директор Республиканского перинатального центра МЗ РУз., к.м.н.

Секретарь Национального Комитета КИСМС - Бабажанова Ш.Д., заместитель директора Республиканского перинатального центра МЗ РУз., к.м.н.

Члены Национального Комитета КИСМС

1.	Абдуллаходжаева М.С	д.м.н. академик, ТМА, главный паталогоанатом МЗ РУз
2.	Аляви А.Л.	д.м.н. профессор, директор НИИ Медицинской реабилитации и физической терапии им. Н.А. Семашко
3.	Асатова М. Ю.	д.м.н. профессор, ТашИУВ
4.	Аманов А.А.	к.м.н., РСНПЦ хирургии, главный кардиохирург МЗ
5.	Ашурова С.М.	к.м.н., ФУВ АндМИ
6.	Аюпова Ф.М.	д.м.н. профессор, ТМА
7.	Ашурова В.Э.	к.м.н., РСНПМЦАиГ
8.	Бабажанова Г.С.	д.м.н. профессор, ТМА
9.	Джаббарова Ю.К.	д.м.н. профессор, ТМА
10.	Ешимбетова Г.З.	д.м.н. профессор, ТашИУВ
11.	Каримова Ф.Дж	д.м.н. профессор кафедры акушерства и гинекологии ТашИУВ
12.	Ким Ён Дин	д.м.н. профессор, анестезиолог-реаниматолог РСНПМЦ АиГ
13.	Каландарова Д.	Акушерка, РПЦ
14.	Наджмитдинова Д.К.	Д.м.н., профессор, РСНПМЦАиГ
15.	Ниязметов Р.Э.	Д.м.н., профессор, ТашИУВ
16.	Пахомова Ж.Е.	д.м.н. профессор, ТМА
17.	Расуль Заде Ю.Г.	Д.м.н. профессор ТМА
18.	Султанов С.Н.	Д.м.н., профессор, РПЦ
19.	Тараян С.К.	к.м.н. анестезиолог-реаниматолог, РПЦ
20.	Юлдашева Ю.	Акушерка, РПЦ

Список сокращений

АД	Артериальное давление
АБР	Азиатский банк развития
ГЭК	Гидроксэтилированный крахмал
ОЦК	Объем циркулирующей крови
СЗП	Свежезамороженная плазма
СМА	Спинномозговая анестезия
ЭТН	Эндотрахеальный наркоз
ОЖГБ	Острый жировой гепатоз беременных
ТЭЛА	Тромбоэмболия легочной артерии
ТМА	Ташкентская медицинская академия
РПЦ	Республиканский перинатальный центр
ТашИУВ	Ташкентский институт усовершенствования врачей
МЗ РУз	Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
РСНПМЦАиГ	Республиканский научно практический медицинский центр акушерства и гинекологии
ТЭО	Тромбоэмболические осложнения
НМГ	Низкомолекулярный гепарин
НК КИСМС	Национальный Комитет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности
ЦВД	Центральное венозное давление
ДН	Дыхательная недостаточность
ДВС	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ОЛСН	Острая легочно-сердечная недостаточность
ЧДД	Частота дыхательных движений
ПОН	Полиорганная недостаточность
СВП	Сельский врачебный пункт

СП	Семейная поликлиника
ЕРБ ВОЗ	Европейское региональное бюро ВОЗ
КИСМС	Конфиденциальное исследование случаев материнских смертностей
МЗ РУз	Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
МС	Материнская смертность
ЮНФПА	Фонд ООН по Народонаселению
ЮНИСЕФ	Детский Фонд ООН

Глава 1. Введение

Охрана материнства и детства – приоритетное направление политики Президента и Правительства республики Узбекистан. Благодаря внедрению ряда Постановлений Президента и Правительства Узбекистана, приказов МЗ РУз, а также при поддержке со стороны международных организаций ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ , АБР была проведена огромная работа по реорганизации всей акушерской и перинатальной службы, системы организации первичного амбулаторного звена, оборудованию и дооснащению родовспомогательных учреждений, внедрению клинических протоколов и стандартов, по обучению новых эффективных технологий и повышению качества оказания акушерской и неонатальной помощи населению. Материнская смертность за годы независимости снизилась более чем в 3 раза. Коэффициент материнской смерти (КМС) в 1991 году в Узбекистане составил 65,5 на 100 000 живорожденных, а в 2012 году по данным МЗ РУз КМС составил 20,2 на 100 000 живорожденных. Несмотря на достигнутые успехи, материнская смертность в Узбекистане все-таки выше чем в развитых странах мира и для дальнейшего снижения материнской смертности необходимы дополнительные инструменты.

Среди всех существующих в настоящее время подходов к анализу случаев материнской смертности, методика проведения Конфиденциальных исследований обладает наибольшим потенциалом по снижению этого показателя. КИСМС позволяет понять причину случая, определить факторы, которые можно избежать, извлечь урок и действовать на основе полученных результатов.

В связи с этим в 2004 году на региональном совещании «Что кроется за цифрами?» было принято решение о внедрении КИСМС в Узбекистане. В 2007 и 2009 гг были проведены технические совещания с участием международных экспертов, имеющих большой опыт при проведении таких исследований.

В 2009г был издан Министерством Здравоохранения РУз приказ №243 «О внедрении Конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства Здравоохранения» и была начата работа с сентября того года.

Данный первый отчет включает результаты конфиденциального исследования 268 случаев материнской смерти за 2009г (сентябрь-декабрь) и за 2010-2012гг. В отчет не были включены результаты анализа МС по косвенным причинам, так как НК КИСМС в виду актуальности для нашей страны прямых причин МС, решил посвятить данный отчет акушерским осложнениям. В данном отчете нет и детального полного анализа работы первичного звена по антенатальному уходу умерших женщин, так как информация предоставленная в НК КИСМС по данному разделу была недостаточной. В первом отчете НК КИСМС представлены 10 основных рекомендаций, которые по мнению НК являются первоочередными, а также рекомендации по нозологиям. НК КИСМС надеется, что извлеченные уроки помогут организаторам медицинской помощи, практическим врачам и среднему персоналу не повторять ошибок прошлого, и результаты исследования будут использованы для изменения существующей практики и будет способствовать сохранению жизни и здоровья матерей.

Глава 2. Методология конфиденциального исследования случаев материнской смертности в Узбекистане

В Республике Узбекистан Министерством Здравоохранения издан приказ №243 от 04.08.2009г. «О внедрении Конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства Здравоохранения». Конфиденциальному исследованию подлежат все случаи МС в Узбекистане. Национальный Комитет (НК) по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности (КИСМС) состоит из мультидисциплинарной команды экспертов. Секретариат НК находится в Республиканском Перинатальном центре, где собирается вся информация по КИСМС и проводятся заседания НК КИСМС.

Целью КИСМС является снижение материнской смертности в Республике Узбекистан.

Задачи КИСМС:

1. Определить *почему* умерли женщины. Выявить реальные причины медицинского и немедицинского свойства, в том числе социального и семейного характера, ведущих к случаям материнской смертности.
2. Анализ случаев материнской смертности на основании доказательной медицины, с установлением факторов недостаточного ухода на уровне учреждений первичного звена здравоохранения и родовспомогательных учреждений, а также на уровне семьи
3. Разработка конкретных рекомендаций для сектора здравоохранения и местных сообществ по преодолению препятствий на пути проблемы материнской смертности
4. Определение медицинских и организационных вопросов для разработки руководств, клинических протоколов и стандартов.
5. Проведения регулярного мониторинга внедрения данных рекомендаций.

Главным отличием КИСМС от традиционного метода анализа случаев материнской смертности является конфиденциальность и анонимность. Региональный координатор собирает данные на местном уровне, полученные данные обезличиваются перед их отправкой в НК КИСМС. Это означает невозможность установления фамилии скончавшейся женщины, фамилий медицинского персонала, оказавшего ей медицинскую помощь, а также региона и названия учреждения, в котором произошел случай летального

исхода. Данный подход позволяет лицам, оказавшим соответствующей женщине медицинскую помощь, безбоязненно сообщить достоверную информацию о реальных обстоятельствах смерти, не опасаясь быть впоследствии наказанными. Таким образом, можно получить более точное представление о событиях, а также установить предотвратимые или устранимые факторы, имевшие место в процессе оказания медицинской помощи скончавшейся женщине.

Порядок проведения конфиденциального исследования случаев материнской смертности:

- В течение 72 часов региональный координатор оповещал секретаря НК об имевшем место случае материнской смерти.
- Региональный координатор после официального разбора случая материнской смертности начинал процесс заполнения опросного листа персоналом, имеющим непосредственное отношение к случаю и родственниками умершей, в соответствии с предусмотренными опросным листом инструкциями. Срок заполнения опросного листа - 30 дней от случая МС.
- Региональный координатор снимал копии со всех относящихся к случаю медицинских документов (медицинскую карточку беременной, амбулаторную карту беременной, историю болезни, историю родов, результаты патоморфологического осмотра и др.) и обезличивал их. Региональный координатор отсылал всю информацию секретарю НК КИСМС.
- Секретарь НК после осмотра документов на анонимность, отправляла обезличенные материалы членам НК (один случай могут рассмотреть 2-3 члена в зависимости от патологии (например акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог). Члены НК проводили анализ случая НК. При анализе случая членами НК определялось, насколько выполнялись принятые в стране стандарты, протоколы. Также была использована нижеследующая шкала для оценки ненадлежащего ухода:
 1. Первостепенный – фактор оказал значительное влияние на летальный исход , и если бы действие было проведено по стандарту или по другому, ВПОЛНЕ ВЕРОЯТНО, что удалось бы предотвратить данную смерть.
Второстепенный - фактор оказал существенное влияние, и если бы действие было проведено по стандарту или по другому, ВОЗМОЖНО, что удалось бы предотвратить данную смерть.
Случайный – выявленный фактор не оказал влияние на конечный результат .

- Раз в 1-2 месяца собиралось заседание НК КИСМС. Перед заседанием каждый член Комитета предварительно заполнял протокол оценки по каждому случаю. В рамках заседания обсуждался каждый отдельно взятый случай, предварительные выводы, и принималось приемлемое для всех решение по каждому отдельному случаю и на основании консенсуса заполнялся итоговый протокол.

После чего консенсусом делалось заключение о предотвратимости случая МС и материнская смерть причислялась к различным категориям согласно шкалы оценки случая материнской смертности:

- 0- Не были выявлены факторы ненадлежащего ухода
- 1- были выявлены случайные факторы ненадлежащего ухода, но маловероятно, что они повлияли на трагический исход;
- 2- были выявлены второстепенные факторы ненадлежащего ухода, которые, возможно, повлияли на трагический исход
- 3- были выявлены первостепенные факторы ненадлежащего ухода, которые, несомненно, повлияли на трагический исход

Список литературы:

1. Приказ МЗ РУз 243 от 2009г. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смерти в родовспомогательных учреждениях Узбекистана»
2. World Health Organization. Beyond the Numbers; reviewing maternal deaths and severe morbidity to make pregnancy safer. WHO. Geneva: 2004. www.who.int
3. 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.

Глава 3

10 основных рекомендаций

1. Внедрение в Узбекистане регионализации перинатальной помощи. Создать 3-х уровневую систему оказания перинатальной помощи с четкой системой направления и перенаправления беременных, рожениц, родильниц и

новорожденных. Создать круглосуточную реанимационно-консультативно-транспортную службу.

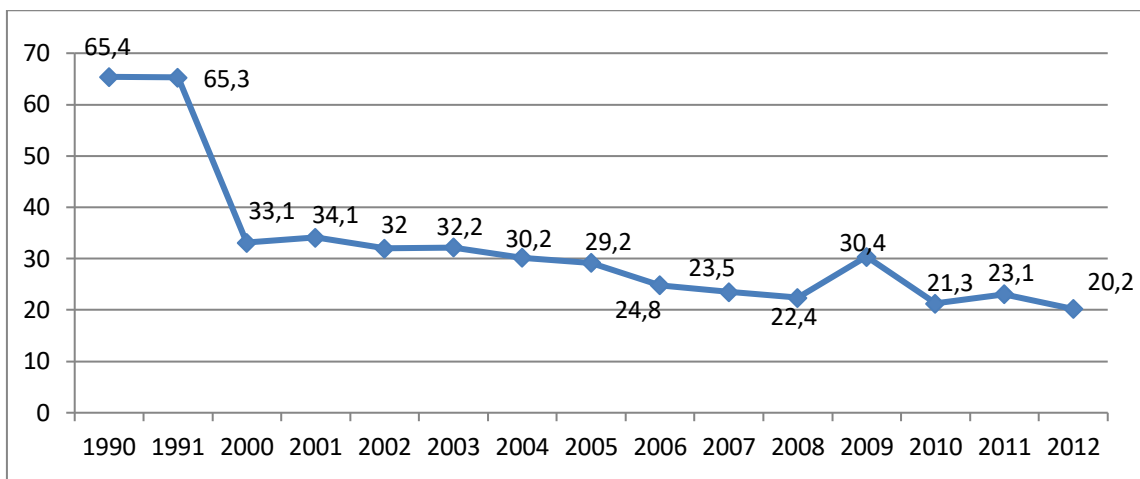
2. Разработать инструмент для оценки готовности родовспомогательных учреждений к оказанию неотложной помощи. Проводить регулярный мониторинг готовности родовспомогательных учреждений к оказанию экстренной помощи по этим инструментам.
3. Пересмотр существующих национальных руководств по послеродовому кровотечению, по гипертензивным состояниям во время беременности, родов, послеродовом периоде, сепсисе/септическом шоке в свете появившихся новых доказательств и разработка новых клинических руководств/протоколов по:
 - по снижению тромбоэмболических осложнений во время беременности/родов/послеродовом периоде
 - по вакуум экстракции плода и акушерским щипцам
 - по ведению внебольничных пневмонийВо всех родильных учреждениях разработать и внедрить местные короткие стандарты/алгоритмы по оказанию помощи при неотложных состояниях в акушерстве с учетом местных возможностей и условий.
4. Повысить роль акушерок и их значимость в командной работе в родовспомогательных учреждениях. Проводить обучающие\практические тренинги для акушерок для улучшения их знаний и навыков по ведению родов, мониторингу за состоянием женщин и оказанию экстренной помощи. Создать профессиональную ассоциацию акушерок.
5. В постдипломное образование и программу обучения магистров включить материалы курсов по «Эффективному перинатальному уходу», «Неотложной акушерской помощи». Создать симуляционный центр по обучению навыкам оказания неотложной акушерской помощи для акушер-гинекологов, акушерок и анестезиологов реаниматологов.
6. Обучение анестезиологов-реаниматологов, работающих в родильных учреждениях или в районных медицинских объединениях оказанию помощи при ургентных состояниях в акушерстве. Обучение анестезиологов-реаниматологов навыкам по проведению региональной анестезии, работе с

- оборудованием по проведению респираторной поддержки беременным и родильниц.
7. В родовспомогательных учреждениях создать запас компонентов крови (СЗП, эр-масса) в соответствии с существующими требованиями
 8. Внедрение конфиденциального аудита критических ситуаций в акушерстве во всех родильных учреждениях. Руководству родильных учреждений оказывать всестороннюю поддержку команде конфиденциального аудита по критическим ситуациям.
 9. Повысить количество и качество патологоанатомических исследований по случаям материнской смерти. Разработать стандарт патологоанатомических вскрытий по случаям материнской смерти.
 10. Любой работник здравоохранения, который знает о смерти женщины, которая или беременна или в течение 42 дней после завершения беременности, обязан сообщать об этом их руководителю здравоохранения или в секретариат по КИСМС. Персонал соответствующих родовспомогательных учреждений и другие работники здравоохранения обязаны участвовать в работе Конфиденциального исследования случаев материнской смерти. Участники случая материнской смерти обязаны заполнить опросные листы согласно приказа МЗ РУз №243. Конфиденциальность и анонимность гарантируется НК и секретариатом по КИСМС.

Глава 4. Какие женщины умирают и почему?

Материнская смертность в Узбекистане неуклонно снижается - с 1990г материнская смертность снизилась в более чем 3 раза, коэффициент материнской смерти (КМС) в 1991 году в Узбекистане составил 65,5 на 100 000 живорожденных, а в 2012 году по данным МЗ РУз КМС составил 20,2 на 100 000 живорожденных. За 2010-2012 гг было 1 882 751 живорождений.

Таблица 1



Цифры впечатляют: по сравнению с 1990 годом материнская смертность снизилась более чем в 3 раза, на сегодняшний день материнская смертность в Узбекистане ниже, чем в ряде стран мира и стран СНГ. Однако, по сравнению с развитыми странами, она остается все еще высокой. В Узбекистане по данным ВОЗ одна из 1400 может умереть от случая материнской смерти, тогда как в развитых странах это цифра составляет более 1:4000 и даже более 1:10000 (Швеция, Германия, Австрия, Италия). Конфиденциальное исследование случаев материнской смерти (КИСМС) в Узбекистане проводится наряду с официальным разбором случаев материнской смерти. В НК КИСМС были поданы данные о 268 случаях материнской смерти, тогда как по официальной статистике за сентябрь-декабрь 2009 - декабрь 2012 гг произошло 438 случаев МС.

Определение и причины МС

Материнская смертность - это смерть женщины во время беременности или в пределах 42 дней после завершения беременности, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

По причинам МС все случаи были разделены на прямые и косвенные причины МС. Прямые причины материнской смерти – это смерть в результате акушерских осложнений, связанных с беременностью (во время беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений,

неправильного лечения или в цепи событий, последовавших за любой из вышеперечисленных причин.

Непрямые (косвенные) причины материнской смерти - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

Таблица 2

Причины материнской смерти по КИСМС

Причины МС	КИСМС 2009г сентябрь- декабрь , 2010г, 2011г, 2012г 268 случаев	
	Абс число	%
Преэклампсия	28	10,4%
Кровотечение	74	27,6 %
Разрыв матки	7	
Сепсис	22	8,2%
ТЭЛА	46	17,2%
Анестезия	4	1,5%
Пневмония	63	23,5%
Другие косвенные причины МС (соматическая патология)	24	8,95%

Прямые причины материнской смерти в Узбекистане преобладают над косвенными и по данным всех случаев по КИСМС прямые причины материнской смерти составили 67%, косвенные 33%. В 2009г с сентября по декабрь было много случаев МС по причине пневмоний, и если рассчитать по причинам МС без включения 2009г (сентябрь-декабрь), то прямые причины МС по КИСМС составят 78%, а косвенные 22%. Основными причинами МС в Узбекистане остаются кровотечение, преэклампсия и сепсис. Прямые причины МС относятся к управляемым причинам, и это свидетельствует о том, что в нашей стране есть хорошие резервы для

дальнейшего снижения материнской смертности, так как имеются доказательства, что при внедрении в практику действий, которые доказали свою эффективность и доступность, многие случаи материнской смерти по прямым причинам можно предупредить.

Возраст

Таблица 3

Возрастная структура умерших женщин за 2010-2012гг

возраст	15-19 лет		20-29 лет		30-34 лет		35-49 лет		Общее число умерших
год	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
	число		число		число		число		
2010г	3	2%	83	64%	30	23%	14	11%	130
2011г	2	1%	94	67%	32	22%	15	10%	143
2012г	3	3%	78	62%	28	23%	15	12%	126

По данной таблице видно, что основная часть умерших были в возрастной категории 20-29 лет. Это наиболее активный возраст для родов в Узбекистане. Но если посмотреть интенсивный показатель смертности по возрастам из числа всех родивших в данной возрастной категории, то увидим следующее:

Таблица 4

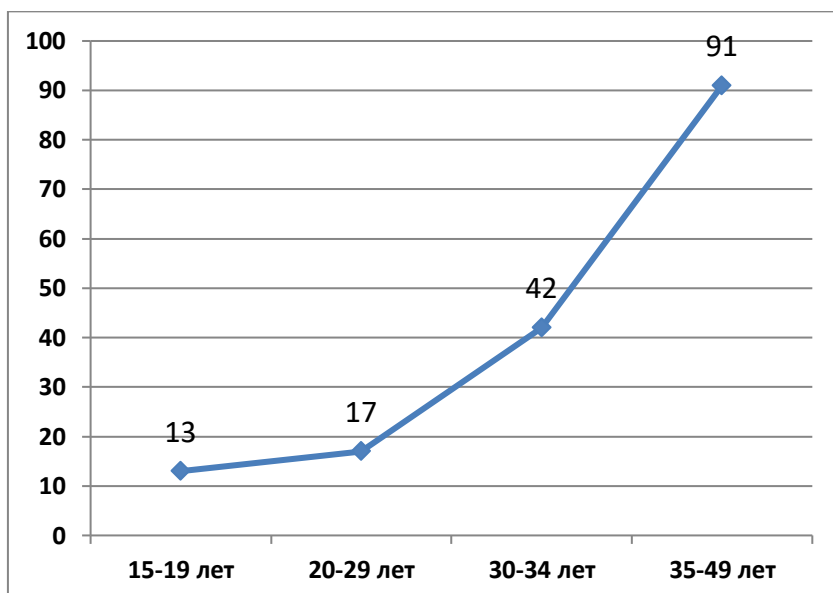
Интенсивный показатель по возрастным категориям среди умерших женщин на 100000 женщин.

возр аст	15-19 лет		20-29 лет		30-34 лет		35-49 лет	
	Общ кол-во родив ших	Инт показуме рших	Общ кол-во родив ших	Инт показуме рших	Общ кол-во родив ших	Инт показуме рших	Общ кол-во родив ших	Инт показуме рших
2010 г	21005	14,3	506616	16,3	72687	41,3	16296	85,9
2011 г	20785	9,6	499078	18,3	69776	45,9	15747	95,3
2012	19574	15,3	500150	15,6	70257	39,9	16508	90,9

г								
итог	61364	13	150584	16,7	212720	42,4	48551	90,7
о			4					

Таблица 5

Диаграмма 1. Интенсивный показатель смерти женщин по возрастным категориям (на 100 000 женщин)



Эти данные показывают, что риск материнской смерти в почти в 2.5 раза выше в возрастной категории 30-34 лет и в более чем 5 раз выше в возрастной категории 35-49 лет по сравнению с наиболее активной для родов возрастной группы 20-29 лет. Особенно возраст 35 и выше является группой высокого риска по материнской смерти.

Таблица 6

Распределение по возрастным группам по причине МС (КИСМС)

	15-19		20-29		30-34		35-44		Общее число
	Абс число	%	Абс число	%	Абс число	%	Абс число	%	
Кровотечение	2	2%	39	53%	19	26%	14	19%	74
Разрыв матки	-		3		3		1		7
Преэклампсия	1	4%	19	68%	5	18%	3	10%	28
Сепсис	1		10		8		3		22

ТЭЛА	1	1%	10	22%	10	22%	28	55%	46
Анестезия			1		2		1		4
Пневмония	3	5%	53	84%	3	5%	4	6%	63
Косвенные причины (ЭГЗ)	2	8%	15	62%	3	13%	4	17%	24

По данным этой таблицы, в возрастной категории 20-29 лет больше было умерших от кровотечения, преэклампсии, пневмонии, а в возрастной группе 35-44 лет больше умерших по причине ТЭЛА и кровотечения.

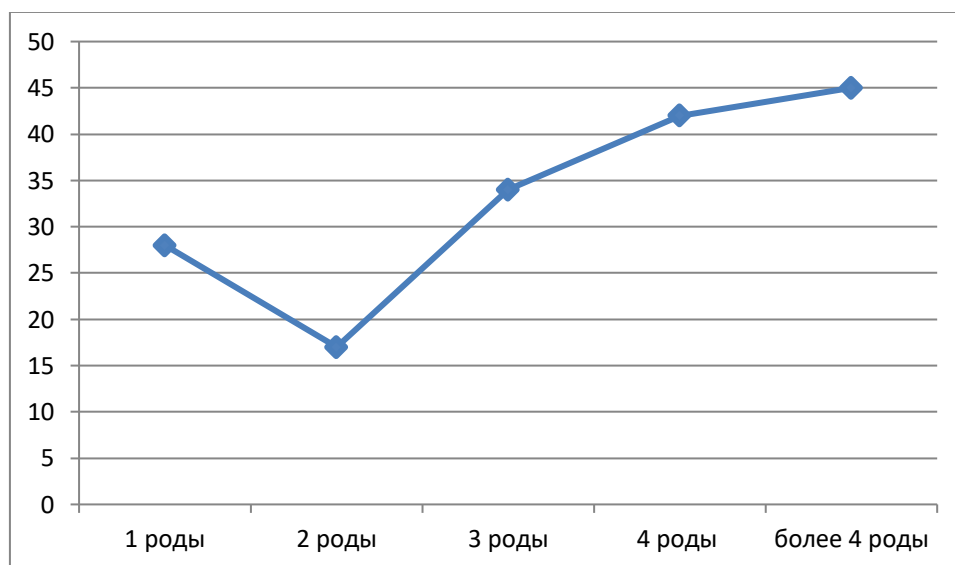
Паритет

По паритету родов умерших женщин:

Таблица 6

	1 роды	2 роды	3 роды	4 роды	Более 4 родов
2010 г	38%	18%	25%	10%	9%
2011г	41%	15%	25%	12%	7%
2012г	46%	16%	19%	11%	8%

Диаграмма 2. Интенсивный показатель по паритету родов на 100000 женщин



По данной таблице, большинство умерших были повторнородящими. Особенно тревожны показатели материнской смертности среди многорожавших, так как интенсивный показатель умерших в данной категории выше.

Кесарево сечение (КС)

Одним из рисков факторов является операция кесарево сечение. Из 268 случаев МС, представленных в данном отчете, в 157 (59%) случаях было проведено КС, остальные – вагинальные роды 41%.

Таблица 7

Операции кесарево сечение умерших женщин по причинам смерти

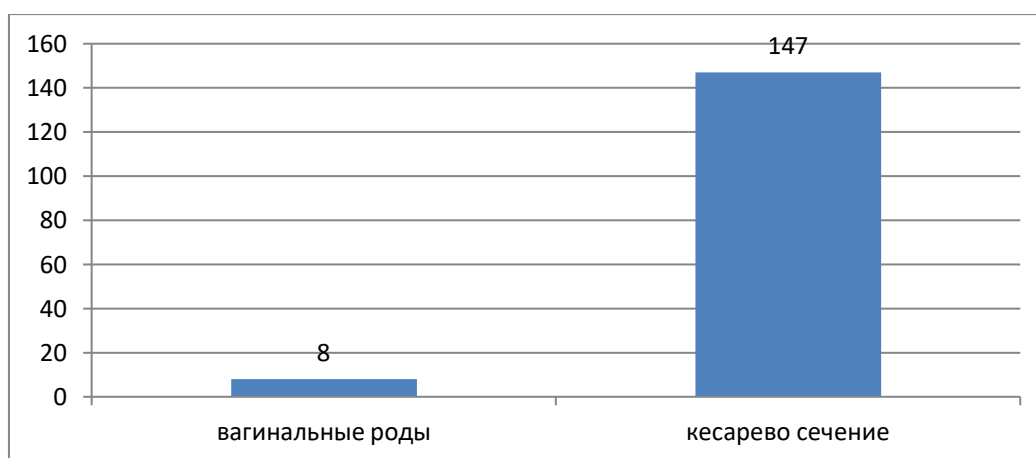
	Плановое КС (абс кол-во)	Экстренное КС (абс кол- во)	Общее количество КС	Исходный рубец на матке
Акушерское кровотечение	11 -18%	35	46(63%)	5
Преэклампсия	8-13%	14	22(79%)	3
ТЭЛА	3	23	26(57%)	4
Сепсис	3	6	9(43%)	2
Пневмония	27	12	39(62%)	4
Анестезия		4	4	1
Другаясоматич.патология	9	2	11 (49%)	4
Итого от общего количества операций КС умерших	61-39%	96-61%	157	21-13,4%

Таблица 8.

годы	Общ кол-во вагинальных родов	Умершие после вагин. родов	Интенсив показатель смерти после ваг	Общее кол-во КС	Умершие после КС	Интенсив показатель смерти после КС
------	------------------------------------	-------------------------------------	---	-----------------------	---------------------	--

			родов на 100000			на 100000
2010	562664	49	8,7	53940	81	150
2011	549097	54	6,2	56302	85	150,9
2012	540579	34	9,8	65910	92	139,5

Диаграмма 3. Интенсивный показатель КС умерших женщин, по сравнению с интенсивным показателем вагинальных родов на 100000 родивших женщин (2010-2012гг)



Эти данные показывают, что смертельные исходы у женщин после кесарево сечения были чаще, чем при вагинальных родах. Риск смерти при КС во много раз выше, чем при вагинальных родах, так, интенсивный показатель смертности после КС по вышеуказанным данным выше смертности после вагинальных родов в более чем в 18 раз!! Это также соответствует литературным данным, которые показывают о росте материнской смерти и заболеваемости при кесаревом сечении. Также следует обратить внимание на то, что смертность при экстренном кесаревом сечении выше, чем при плановом: среди прямых причин материнской смерти при экстренном КС смертельные исходы на 50% чаще(!), чем при плановых КС. Да, мы понимаем, что к смертельному исходу способствовали многие факторы – массивное кровотечение при ПОНРП, предлежании плаценты, отек мозга или кровоизлияние в мозг при эклампсии. Также сложно однозначно утверждать, была

бы смертность предупреждена, если бы кесарево сечение было проведено в плановом порядке, ведь во многих этих случаях были показания к экстренному, неотложному КС. Но почти в каждом третьем случае (31 случая!!) экстренное кесарево сечение было проведено без стабилизации состояния, когда была возможность не спешить с операцией КС и времени было достаточно для стабилизации состояния больной перед операцией. Нестабильная гемодинамика и состояние больной до операции и во время операции способствовали возникновению более тяжелых осложнений и летальному исходу. Проведение операций КС по обоснованным показаниям, более широкое использование альтернативных методов (инструментальное вагинальное родоразрешение), подготовка больной к операции КС, регионарная анестезия будут способствовать к снижению осложнений в родах и послеродовом периоде.

Многоплодная беременность

Среди умерших 48 (18%) женщин – почти каждая пятая женщина была беременна многоплодной беременностью – двойней. Из них 35 женщин умерли от прямых причин и 13 – от непрямых причин. Риск смерти среди многоплодной беременности выше, чем при одноплодной беременности, что требует более тщательного наблюдения во время беременности, родов и послеродовом периоде

Проблемы патологоанатомического исследования

Всего у 22% умерших из 268 случаев конфиденциального анализа МС имело место патологоанатомическое исследование. У 78% не было патологоанатомического исследования. Во всех этих случаях имеется отказ родственников от вскрытия по религиозным мотивам. Для более детального выяснения причины смерти в некоторых случаях экспертам хотелось бы иметь заключение патологоанатомического исследования. Вызывали затруднения в определении причины смерти 6 женщин, умерших на операционном столе с диагнозом «ТЭЛА». Отдельно хочется отметить, что наряду с этим имеются проблемы качества патологоанатомических вскрытий и документального его оформления.. В связи с этим была дана рекомендация по разработке стандарта патологоанатомического вскрытия при материнской смерти.

Место смерти умерших

Из всех 268 умерших, 55% произошли на уровне районных родильных отделений (1 уровень оказания помощи), 14% - на 2 уровне и 31% - на 3 уровне. Из умерших на 1 уровне 76% имели факторы риска, которые могли служить показанием для направления или перевода на более высокий уровень, где есть условия, персонал, оборудование и больше возможностей для оказания мультидисциплинарной специализированной помощи. В ряде случаев своевременный перевод больной в учреждение более высокого уровня, возможно предотвратил бы смертельный исход. На этом была основана рекомендация по регионализации перинатальной помощи.

Список литературы:

1. Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., et al (2000). A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. New York: Oxford Press.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists and Society of Maternal-Fetal Medicine, 2014. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetric Care Consensus Number 1. Obstet Gynecol ;123:693–711.
3. World Health Organization. Beyond the Numbers; reviewing maternal deaths and severe morbidity to make pregnancy safer. WHO. Geneva: 2004. www.who.int
- 4.

Глава 5. Гипертензивные состояния.

При анализе медицинской документации выявлено, что у более 57% умерших имели место преэклампсии, в т.ч. тяжелые, но они погибли от других причин: кровотечение, сепсис, ТЭЛА. В данном разделе приведены данные о 28 случаях материнской смерти от осложнений преэклампсии, которые подвергнуты конфиденциальному расследованию.

При анализе было установлено, что основной причиной смерти женщин в данной группе послужили гипертензивные синдромы во время беременности и их осложнения: печеночная недостаточность – 5 случаев (18%), HELLP-синдром – 1

случай (4%), отек легких – 7 случаев (25%) , церебральные осложнения- 15 случаев (53%).

Таблица 1

Причина смерти	Количество абс число	%
Печеночная недостаточность	4 случая	14%
HELLP-синдром	1 случай	3,5%
Отек легких	8 случаев	29%
Церебральные осложнения	15 случаев	53,5%
Всего	28 случаев	100%

Из 28 женщин с гипертензивными синдромами на первом уровне оказания медицинской помощи погибли 14 женщин (50%), на втором уровне – 6 (21%), на третьем уровне 8 (28%). В половине случаев не соблюден принцип регионализации женщин с тяжелой преэклампсией , которые должны рожать на 2 или 3 уровне. 18 женщин (64%) были первобеременными и 10 повторнобеременными (36%).

При распределении беременных по возрастам обнаружено, что:

- в возрасте 15-19 лет – 1 женщина (4%)
- в возрасте 20-24 года – 10 женщин (36%)
- в возрасте 25-29 лет – 9 женщин (32%)
- в возрасте 30-34 лет – 5 женщин (18%)
- в возрасте 35 лет и старше – 3 женщины (10%)

22 женщин (79%) родоразрешены путём операции кесарева сечения, 5 (17%) - через естественные родовые пути и одна женщина (4%) умерла беременной.

При конфиденциальном исследовании были выявлены следующие неиспользованные возможности:

1. **Отсутствие должного информирования беременных и членов их семей об опасных симптомах во время беременности** – было отмечено у 15 женщин (54%), о чем свидетельствует факт поступления их в стационар в тяжелом состоянии, с развившимися признаками угрожающей эклампсии или после

приступа эклампсии, после достаточно длительного пребывания дома от момента появления угрожающих признаков до обращения в стационар или СВП (от 4-х до 7- суток). Из этих 15 женщин 2 перенесли дома приступ эклампсии и поступили в крайне тяжелом состоянии. Можно заключить, что эти беременные, а также члены их семей не были в должной степени проинформированы о симптомах угрожающей эклампсии. Своевременное обращение при появлении угрожающих признаков эклампсии и своевременная помощь могли предотвратить летальный исход.

- 2. Несоответствие критериев диагностики степени тяжести преэклампсии** - в анализируемых случаях материнской смертности составило 25% (7 женщин). В 4 случаях (57%) это сопровождалось гипердиагностикой, а в 3-х (43%) – недооценкой тяжести состояния беременных. Необоснованный диагноз тяжелой преэклампсии принуждает врачей к определенным лечебным действиям (интенсивная медикаментозная терапия, инфузионная терапия, родовозбуждение, оперативное родоразрешение), которые, в свою очередь, чреваты такими фатальными осложнениями как массивные кровотечения, сепсис, острая полиорганная недостаточность в послеродовом периоде.

Пример: первобеременная поступает в доношенном сроке беременности, при поступлении в стационар показатели АД=140/100, 130/90 мм.рт.ст, отсутствует протеинурия и угрожающие признаки эклампсии. Ей выставляется диагноз тяжелая преэклампсия. Начаты антигипертензивные препараты, магнезиальная терапия, препараты ГЭК, через 1 час беременная родоразрешена операцией кесарева сечения в экстренном порядке под ЭТН.

Проведена инфузионная терапия 5 литров. Женщина погибла от отека легких.

Гипердиагностика привела к неоправданному экстренному оперативному родоразрешению на фоне артериальной гипертензии, что и привело к ятрогени-отеку легких, и как следствие, к смерти.

Недооценка тяжести состояния также чревата запоздалым врачебным вмешательством и развитием осложнений несовместимых с жизнью. В данной категории случаев материнской смертности выявлено, что у 3-х женщин (11%) при явных признаках тяжелой преэклампсии (АД более 160/100 мм.рт.ст., симптомы угрожающей эклампсии), выставлен диагноз легкой преэклампсии.

В итоге, эти женщины не получили своевременно противосудорожную терапию, родоразрешены лишь на 5, 7 и 11 сутки соответственно (все – при сроке беременности до 34 недель) и погибли от отека головного мозга и отека легких. Таким образом, гипердиагностика или гиподиагностика (недооценка тяжести преэклампсии) чреваты необоснованными или несвоевременными вмешательствами, которые могут способствовать летальному исходу.

3. Общая анестезия при кесаревом сечении.

Из 22 женщин, которым проведена операция кесарево сечение - 15 (68%) были проведены под общей анестезией. Манипуляции на дыхательных путях и эндотрахеальная интубация особенно опасны у женщин с преэклампсией, в частности в случае повышения внутричерепного давления либо высокого артериального давления. Такая прессорная реакция может привести к внутричерепным кровоизлияниям и/или отёку лёгких. Интубация и экстубация трахеи сопровождаются резким повышением среднего артериального давления и давления в легочных сосудах. Эти гемодинамические изменения повышают риск возникновения внутричерепных кровоизлияний и легочных осложнений.

Пример: Первобеременная 35 лет поступает с диагнозом: тяжёлая преэклампсия. Через 1 час 30 мин в экстренном порядке родоразрешена путем операции кесарева сечения при АД 180/120 мм.рт.ст. под ЭТН. Во время операции АД также остается высоким – 180\120, происходит кровоизлияние в мозг. В послеоперационном периоде больная в коме, умерла на 5-е сутки от кровоизлияния в мозг.

Эпидуральная, спинальная и комбинированная анестезии имеют много преимуществ и могут быть безопасно использованы при родах у женщин с преэклампсией. Если их использовать для анестезии при кесаревом сечении, возникает возможность понижения артериального давления.

4. Родоразрешение без стабилизации состояния беременных. 10 беременных (67%) с тяжелой преэклампсией были родоразрешены оперативным путем в течение 2-4 часов от момента поступления в стационар без стабилизации артериального давления и состояния больной. Экстренное родоразрешение при выраженной артериальной гипертензии и нестабильной гемодинамике, без

должной подготовки к операции кесарево сечения (опытный хирург, подготовленные препараты крови, готовность к оказанию помощи при неотложных состояниях – трудной интубации, кровотечении) приводит к трагическим последствиям – отеку мозга и легких, инсульту, полиорганной недостаточности, массивному кровотечению и др. осложнениям. Немедленное кесарево сечение не имеет преимуществ у беременных с тяжелой преэклампсией.

Пример: первобеременная поступает с АД 170/110 мм рт ст. и протеинурией в сроке 33 недель. Выставлен диагноз тяжелая преэклампсия. Начата антигипертензивная терапия (Т. Нифедипин 5 мг) и сделана нагрузочная доза магния сульфат. Через 2 часа 20 минут при выраженной артериальной гипертензии (АД 160/120 мм рт ст) проводится операция кесарево сечение под СМА. Во время операции массивное кровотечение. Сделана надвлагалищная ампутация матки. В связи с кровотечением проводится массивная инфузионная терапия и геотрансфузия. Происходит отек легких, который был купирован. В послеоперационном периоде – острая почечная недостаточность и отек мозга. Больная умерла на 10 сутки.

5. Недостаточная доза или отсутствие противосудорожной магниевой терапии
- Недостаточная доза сульфата магния для профилактики судорог – отмечена в 16-и случаях (58%). Введение раствора сульфата магния согласно принятому национальному руководству должно быть в виде нагрузочной дозы 4-5 гр в/в одномоментно и поддерживающая доза 1-2 гр/час. Введение магния сульфат как противосудорожной терапии должно проводиться по методике Зуспана или Придчарда. Магнелиевая терапия должна быть проведена до родов. Во время родов и в течение 24-48 часов после родов. У 4 беременных женщин не было введения нагрузочной дозы магния сульфат, а в 16 случаях поддерживающая доза магния сульфат была недостаточной – 0,5-0,7 г/час. В послеродовом периоде не была продолжена магниевая терапия 6 родильницам. В 3 случаях для противосудорожной терапии использован только диазепам и дроперидол.

Пример: Повторнобеременная, 31 год, поступила с тяжелой преэклампсией и антенатальной гибелью плода в сроке 38 недель. Магниевая терапия

назначается в дозе 60 мл (15 гр.) без введения нагрузочной дозы. Через 12 часов после поступления у беременной развивается приступ эклампсии, происходит кровоизлияние в мозг и отек мозга, от чего больная погибает на 5-е сутки беременная с внутриутробным мертвым плодом. В данном случае не была сделана нагрузочная доза магния сульфат, кроме этого поддерживающая доза магния сульфат недостаточная, что привело к развитию приступа эклампсии и кровоизлиянию и отеку мозга.

6. Полипрагмазия. В 7 случаях (28%) имеет место полипрагмазия с использованием до 10-и препаратов. В частности у 5 женщин (18%), у 4-х женщин (14%) – инфезол, у 3-х (11%) – актовегин, у 5-х беременных женщин (28%) - СЗП, хотя дородового кровотечения или подтвержденного нарушения системы гемостаза у них не отмечалось. Наиболее часто – у 6 женщин (21%) применялись инфузии аскорбиновой кислоты на 5%-й глюкозе. Несмотря на то, что использование в терапии указанных препаратов, вероятно, и не сыграло основной роли в развитии смертельных осложнений, тем не менее, имело место неоправданная медикаментозная агрессия, которая могла, возможно, усугубить течение основного заболевания.

7. Перегрузка жидкостью. Исходя из патогенеза преэклампсии, что при преэклампсии имеется гиповолемия, врачи начинают необоснованно вливать жидкости для восполнения ОЦК и лечения гиповолемии, что приводит к перегрузке жидкостью. Ятрогенная перегрузка жидкостью является одной из главных причин смерти женщин при преэклампсии. В 8 случаях (29%) имело место нагрузка жидкостью – гипергидратация (более 80 мл/час), что привело к развитию отека легких.

Пример: первобеременная в сроке 36 нед. выставляется диагноз: тяжелая преэклампсия. Беременной начата противосудорожная и гипотензивная терапия. Также начата инфузионная терапия (глюкоза, аскорбиновая кислота, инфезол, актовегин, натрия хлорид, рефортан). Пациентке введено за сутки с момента поступления (парентерально и перорально) - 6,5 л. жидкостей. У беременной развивается отек легких и она погибает на 4—е сутки.

У женщин с тяжелой преэклампсией норма инфузионной терапии - 80 мл в час (включая выпитую жидкость), в случае если не происходит потери жидкости другого характера (например, кровотечения).

8. Недостаточный мониторинг за состоянием родильницы в послеродовом периоде.

В 2 случаях произошел приступ эклампсии в послеродовом периоде после выписки из стационара (на 8-е сутки и 16-е сутки), в 1 случае приступ эклампсии произошел в стационаре на 2-сутки послеродового периода, что привело к кровоизлиянию в мозг и смерти женщин. В этих случаях отсутствовал регулярный мониторинг за гемодинамикой и общим состоянием родильниц. Продолжение антигипертензивной терапии на основе гемодинамических показателей родильницы, мониторинг за угрожающими признаками эклампсии, своевременная противосудорожная терапия. Врачи должны знать, что до 44% случаев эклампсии возникают после родов, особенно при доношенной беременности, поэтому женщины с симптомами преэклампсии должны быть внимательно обследованы. Женщины, у которых после родов развивается гипертензия или возникают подобные симптомы (головные боли, нарушение зрения, тошнота и рвота или эпигастральные боли), должны быть тщательно осмотрены и обследованы специалистом.

Рекомендации:

1. Тщательно знакомить беременных и членов их семей об угрожающих симптомах эклампсии во время беременности, родов и послеродовом периоде.
2. Во время антенатального ухода своевременно выявлять показания к госпитализации на соответствующий уровень оказания перинатальной помощи (соблюдение принципа регионализации). Роды у беременных с тяжелыми осложнениями беременности, в т.ч. с преэклампсией должны проходить только в учреждениях 2-3 уровня, при сроке менее 34 недель – на 3 уровне.
3. При тяжелой преэклампсии проводить противосудорожную терапию. Препаратом выбора должен быть магния сульфат. В стационаре магниевая терапия проводится внутривенным введением (по Зуспану) до родов, во время родов и в течение 24-48 часов после родов или после последнего приступа

эклампсии. Нагрузочная доза 4-5 г в/в в течение более чем в 5 минут.

Поддерживающая доза: 1-2 г/час.

4. Антигипертензивную терапию следует начинать у женщин с показателями систолического артериального давления ≥ 160 мм.рт.ст. или диастолического артериального давления ≥ 110 мм.рт.ст. Также антигипертензивную терапию следует начинать у женщин с угрожающими признаками тяжёлого состояния при умеренном уровне систолического и диастолического артериального давления. В качестве антигипертензивных средств использовать нифедипин, метилдопа, лабеталол, и др.

4. у женщин с тяжелой преэклампсией ограничить количество вводимой жидкости (перорально и парентерально) – не более 80 мл/час.

5. Решение о способе родоразрешения должно приниматься индивидуально, принимая во внимание, среди прочих факторов, срок беременности, состояние плода и шейки матки и наличие экстренных показаний. Немедленное кесарево сечение не дает никаких преимуществ при тяжелой преэклампсии.

Родоразрешение беременных с тяжелой преэклампсией и эклампсией должно проводиться после стабилизации общего состояния и гемодинамики.

Предпочтительнее роды через естественные родовые пути.

При проведении операции кесарево сечение у женщин с гипертензивными нарушениями предпочтительный метод обезболивания - регионарная анестезия.

Избегать интубации при АД выше 160/105-110 мм.рт.ст.

6. Родильницы имеющие преэклампсию или артериальную гипертензию должны быть обеспечены надлежащим мониторингом в послеродовом периоде в стационаре и после выписки домой. Антигипертензивная терапия должна отменяться постепенно. Выписка домой под наблюдение врача при стабильном состоянии и АД 140/90 и ниже с приемом или без приема антигипертензивных препаратов. Рекомендуйте дальнейшее наблюдение у специалиста в течение 6-8 недель после родов.

Список литературы:

1. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ. Anticonvulsants for women with pre-eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; Issue 2.

2. Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, Daddles P; Hypertension Guideline Committee; Strategic training initiative in Research in the Reproductive Health Sciences (STIRRH) Scholars. Diagnosis, Evaluation and management of the hypertensive disorders of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2008 Mar; 30(3 Suppl):S1-48
3. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31
4. NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>
5. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.
6. Coppage KH, Polzin WJ. Severe pre-eclampsia and delivery outcomes: is immediate caesarean delivery beneficial? Am J Obstet Gynecol, 2002 May,186(5), 921
7. Hypertensive Disorders in Pregnancy' in Why Mothers Die. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1994-1996. London: RCOG Press, 1999, Chapter 3, pp 36-46.

Глава 6. Акушерские кровотечения

Национальным комитетом были проанализированы 74 случая смерти женщин от акушерских кровотечений. Из них городских было 21, сельских жителей – 53.

Женщины были распределены по возрасту:

Возраст женщин	До 20 лет	21-29	30-34	35-39	40 и более
Кол-во абс. число	2	39	19	12	2

по паритету

Паритет	1 роды	2 роды	3 роды	4 роды
Кол-во абс. число	23	16	31	4

По гестационному сроку родоразрешены до 27 недель – 12 женщин, 28-36 недель – 17 женщин, 37 недель и выше – 45 женщин.

Состояли на учете по антенатальному уходу – 69 женщин (93%), не состояли – 5 женщин (7%)

От акушерских кровотечений погибли 41 (55%) женщин, которым была проведена операция кесарево сечение, и 33 (45%) женщины, которые родили через естественные родовые пути.

Медицинские состояния/осложнения/исход	Кол-во абс. число
Вагинальные роды	33
Кесарево сечение	41
Показания к КС	
ПОНРП	26
Предлежание плаценты	4
Другие показания	11
Дородовое кровотечение	28
Послеродовое кровотечение (включены и 13 женщин с дородовым кровотечением, у которых было и послеродовое кровотечение)	59
Послеродовое кровотечение после вагинальных родов	33
Послеродовые кровотечения после КС	26

Плановое КС проведено 11 женщинам, экстренное – 30, гистерэктомии – 69, релапаротомии – 26 женщинам, 5 женщинам хирургический гемостаз не проведен.

Новорожденные живые – 45 детей (61%), мертвые – 29 (39%).

Место родоразрешения:

Районное родильное отделение (1 уровень оказания перинатальной помощи) – 38 (52%)

Городские родильные комплексы (2 уровень оказания перинатальной помощи) – 18 (24%)

Областные перинатальные центры, родовспомогательные учреждения республиканского уровня (3 уровень оказания помощи) – 18 (24%)

Какие были неиспользованные возможности при ведении этих случаев?

1. Неучтены факторы риска при беременности, которые были показаниями к переводу на более высокий уровень оказания помощи.

Более половины (52%) случаев смерти женщин от акушерских кровотечений произошли на районном уровне, который является учреждением 1 уровня. У 37% женщин умерших от акушерских кровотечений на районном уровне были факторы риска, которые могли быть показанием для направления и перевода на более высокий уровень помощи. Это такие факторы риска как преэклампсия тяжелой степени, заболевания печени (цирроз), 2 или более рубца на матке, центральное предлежание плаценты, риск на приращение плаценты (дважды рубец на матке и плацента по рубцу), антенатальная гибель плода с ДВС синдромом, многоплодие, многорожавшая, анемия тяжелой степени, ожирение 3-4 степени. При своевременном переводе этих женщин на более высокий уровень помощи, где имеется круглосуточное дежурство анестезиологов-реаниматологов, акушер-гинекологов, имеется диагностическое и лечебное оборудование, есть возможность своевременного вызова сосудистого хирурга или более квалифицированного специалиста было бы возможным избежать задержки оказания помощи и предотвратить трагический исход.

***Пример.** Беременная с дважды рубцом в доношенном сроке поступила в районное родильное отделение с болями внизу живота. Проведена экстренная лапаротомия и кесарево сечение. Во время операции было обнаружено приращение плаценты по рубцу и началось массивное кровотечение. Вызван старший врач из дома. До приезда старшего врача из дома кровотечение достигло более 2500 мл, у больной развился геморрагический шок, была произведена тотальная гистерэктомия, общая кровопотеря достигла более 3200 мл. В послеоперационном периоде отмечается острая почечная недостаточность, дыхательная недостаточность и больная переводится в центр экстренной помощи для гемодиализа. Больная умерла на 11 сутки после родов.*

Согласно приказа по регионализации перинатальной помощи № 185 МЗ РУз, беременные высокого риска должны быть направлены в учреждения 2 или 3 уровня. Если такая женщина поступает на 1 уровень, администрация роддома должна сообщить администрации учреждения более высокого уровня о состоянии больной и при отсутствии противопоказаний к транспортировке организовать перевод беременной. Перечень состояний требующего направления и перевода на более высокий уровень помощи имеется в приложении приказа о регионализации.

Однако следует учитывать и то, что 27% (почти у каждой четвертой) послеродовых кровотечений произошли у беременных низкого риска! Это показывает, что каждое родильное учреждение должно быть готовым к оказанию неотложной помощи при кровотечениях. Готовность к неотложной помощи при кровотечениях включает наличие стандартов и протоколов по оказанию помощи при кровотечениях, наличие обученного персонала, владеющий навыками остановки кровотечения, наличия опытного специалиста, владеющего гистерэктомией, наложением компрессионных швов на матку,

перевязкой магистральных сосудов матки, наличия необходимых медикаментов и оборудования, наличия своевременного доступа к препаратам крови, хорошая инфраструктура для своевременного вызова специалистов (связь, транспорт), и др.

2. Запоздалые и недостаточные меры борьбы с атонией матки, запоздалая дифференцировка по причинам 4«Т».

Несмотря на то, что клиническое руководство по послеродовому кровотечению издан в 2007г, и как сообщают в анкетах участники случаев, во всех учреждениях имеются клинические протоколы по борьбе с послеродовым кровотечением с учетом 4«Т», до сих пор одной из основных проблем остается запоздалые и недостаточные меры по борьбе с послеродовым кровотечением. По клиническому протоколу в первые 5 минут послеродового кровотечения необходима катетеризация двух периферических вен, в одну вену нужно вводить кристаллоиды струйно, в другую – натрия хлорид 0,9% с окситоцином 20-40ед. со скоростью 60 капель в минуту, а по анкетам такое действие указано всего лишь в 8 случаях. Недостаточная доза окситоцина и метилэргобревина имело место в 28 случаях атонии матки, а в 14 случаях атонии матки, который не поддавался окситоцину, не были введены такие эффективные препараты как мизопропрост и энзапрост. Такой простой, но эффективный метод остановки кровотечения (или уменьшения кровотечения до хирургического гемостаза) – двуручное сдавление матки использовался всего лишь в 11 случаях.

Пример. У первобеременной после длительного потужного периода произошли роды доношенным живым ребенком. После отделения и выделения последа отмечается кровотечение. Вызван анестезиолог. Сделано ручное обследование полости матки. Осмотрены родовые пути, ушиты разрывы влагалища и промежности. Кровотечение продолжается, достигло 700 мл., после этого в одну периферическую вену начато введение натрия хлорид 0,9% и 5 ед окситоцина, кровотечение продолжается, проводится массаж матки, кровотечение как бы прекратилось, продолжено введение того же раствора с окситоцином. Через 25 минут при массаже матки выделился сгусток крови в количестве 350 мл и продолжается, общая кровопотеря составила более 1000мл, только после этого проведена катетеризация второй вены, во вторую вену начато введение натрия хлорид 0,9% с 10 ед окситоцином. Кровотечение продолжается. Вызваны старшие врачи для гистерэктомии.

Также имело место запоздалая дифференцировка причин кровотечения – четыре «Т». В нескольких случаях, когда проводились меры по остановке кровотечения и борьба с атонией матки, позднее в ходе повторных осмотров были выявлены другие причины кровотечения: в 2 случаях было обнаружено приращение плаценты, в 3 случаях – разрывы влагалища, в 2 случаях – задержка плаценты, в 2 случаях – разрыв матки, в 1 случае – неполный выворот матки. Своевременная

дифференцировка причин кровотечения по 4»Т» имеет важное значение для проведения своевременных рациональных мер по остановке кровотечения.

Также хотелось бы отметить, что в анкетах мало информации о доврачебной помощи, о работе акушерок при кровотечении. Обучение клиническому протоколу, проведение мастер-классов, обучение навыкам по остановке кровотечения не только врачей, но и акушерок имеет важное значение для своевременной и адекватной помощи при кровотечениях.

3. **Недоучет кровопотери**, занижение кровопотери отмечено 38% случаях. Это было выявлено сопоставлением данных гемодинамики и состояния больной с приведенным количеством потерянной крови, где отмечалось несовпадение объемом потерянной крови и признаками среднего и тяжелого геморрагического шока, а также по анкетам. Причины занижения кровопотери: в большинстве случаев кровопотеря не измерялась или было искусственное занижение для оправдания запоздалых действий персонала по борьбе с кровотечением. К сожалению нет ни одного точного метода измерения кровопотери, но это не означает, что кровопотерю не нужно измерять. Согласно руководству по кровотечению, кровопотерю в 3 периоде и после родов нужно собирать в мерную ёмкость (градуированные контейнеры), при кровотечении также нужно учитывать и кровь на перевязочном материале, простынях, подкладках, пеленках и взвешивать их.

Занижение кровопотери, недооценка кровопотери приводит к неадекватному восстановлению ОЦК, к запоздалой хирургической остановке кровотечения, что может привести к необратимым последствиям.

***Пример.**Повторнобеременная (3е роды) женщина поступила в учреждение I уровня в I периоде родов, родила доношенную девочку, 3 период вели активно, кровопотеря оценена 200 мл, через 20 минут после отделения последа выделился сгусток крови, сделаны утеротоники. Кровотечение остановилось. Через 10 минут еще выделился сгусток крови, общая кровопотеря оценена 500 мл, введено 500 мл натрия хлорид 0,9%. Через 4 часа повторно началось кровотечение, вызваны старшие врачи из дома. Кровопотеря до операции оценена в 1500 мл, но по записям анестезиолога-реаниматолога до операции АД 50/30, пульс на периферии не определяется, что свидетельствует о массивной кровопотере 4 степени (более 2500мл) и тяжелом геморрагическом шоке. Во время операции произошла остановка сердца и больная умерла от гиповолемического шока. Занижение кровопотери привело к запоздалым действиям, к неадекватному восстановлению ОЦК, а также к задержке лапаротомии и хирургического гемостаза.*

4. **Задержка и недостаточное восстановление ОЦК** -отмечено в 78% случаях. Запоздалое восстановление ОЦК имело место как при дородовом, так и послеродовом кровотечении. Из анкет выявлено, что ни одной из 19 случаев

поступления беременных из дома в стационар с дородовым кровотечением не было введено жидкостей до поступления в стационар (12 поступили самотеком, 7- на машине родственников) что свидетельствует о нерациональной транспортировке. Женщине с дородовым кровотечением, нужно проводить восстановление ОЦК и во время транспортировки. Если этого не сделано, тем более нужно немедленно начать инфузии уже в приемном покое, но ни в одном из этих 19 случаях не указано, что помощь начата оказываться в приемном покое, что в первые 5 минут проведена катетеризация вен и введение растворов. От момента поступления в родильное учреждение до начало инфузий проходит от 20 и более минут даже у больных с геморрагическим шоком. Из анкет выявлено, что в приемном покое родильных учреждений протоколов по оказанию экстренной помощи при кровотечениях нет.

В приемном покое должен быть соответствующий протокол и готовность к оказанию неотложной помощи при акушерских кровотечениях.

По принятому протоколу инфузии нужно вливать 3 объема к 1 объему потерянной крови. Имеет значение не только объем вводимой жидкости, но и своевременность и скорость введения. При геморрагическом шоке скорость инфузий может достичь 1 литр за 15 минут. Запоздалое и неполное восполнение ОЦК приводит к гипоперфузии жизненно важных органов и недостаточной доставке кислорода и питательных веществ, необходимых для нормальной тканевой и клеточной функции. Инфузии нужно начинать с кристаллоидов. Они дешевле, меньше вызывают анафилаксию, более безопасны, не вызывают нарушения свертывания. При разборе случаев выявлено что в 70% случаях имеет место недовосполнение кровопотери. Ни в одном случае не было влито большего объема жидкости. Почему это происходит, из анкет не выяснено, персонал пишет, что растворов – кристаллоидов достаточно, нехватки нет, возможно причина как мы указывали выше недооценка и занижение кровопотери.

Пример. Произошли роды двойней. Кровопотеря с последом – 300 мл. Через 20 минут при массаже матки выделился сгусток крови, оценен в 100мл, через 30 минут при массаже матки выделился сгусток крови – оценен в 50 мл. Через 1 час после родов при массаже матки повторно выделился сгусток крови, оценен в 200 мл, проведено ручное обследование полости матки, выделилось около 150 мл сгустка крови. Кровопотерю рассчитали около ~ 600мл начаты утеротоники (окситоцин 10 ед, метилэргобревин), внутривенно было введено 500 мл окситоцина и 500 мл стабизола (гидроксиэтил крахмал). Через 2 часа больная бледная, пульс слабый, АД 70/40 мм рт ст. т.е признаки недостаточного восстановления ОЦК и геморрагического шока налицо.

5. **Запоздалая и неадекватная гемотрансфузия** - отмечено в 52% случаях. Акушерские кровотечения зачастую бывают массивными, при кровотечении в первую очередь восстанавливаем объем циркулирующей крови, далее – компоненты крови. Показаний к гемотрансфузиям бывает нечасто, но когда имеет

место кровопотеря 3 (более 25% от ОЦК) или 4 (более 35% от ОЦК) степени, когда имеет место недостаточность кислородно-транспортной функции крови, необходимо своевременно произвести гемотрансфузию. Если лет 10 назад в нашей стране легко выставлялись показания к гемо-плазмотрансфузиям, то на сегодняшний день в связи с опасностью передачи гепатита В, С а также ВИЧ инфекции с кровью, имеются очень строгие показания к гемотрансфузии. Если раньше отделения заготовки и переливания крови были при каждой районной больнице, сейчас они централизованы и находятся в областных центрах и крупных районах и городах. За последние годы в родильных учреждениях гемо и плазмотрансфузии резко снизились, ведется постоянный учет и аудит за их введением. Это хорошая тенденция, это привело к тому что на сегодняшний день плазмотрансфузии для «лечения» преэклампсии, отеков, сепсиса фактически не используются. Врачи отошли от ненужных вливаний компонентов крови. Но при массивных кровотечениях мы обязаны восполнить ОЦК не только объемом, но и качественно – компонентами крови. При разборе случаев смерти женщин от массивных кровотечений было выявлено, что имеет место запаздывание гемотрансфузии.

Согласно клиническому руководству, если кровопотеря составила 1000 мл и продолжается - нужно заказать эр-массу для возможной трансфузии. Кровопотерю нужно рассчитать от ОЦК. В зависимости от веса женщины – смотри приложение №) беременной женщины и при проведении инфузионной программы при кровотечениях необходимо ориентироваться на степень и объем кровопотери, гемодинамические показатели женщины, лабораторные данные крови. Плазмотрансфузия производится только при коагулопатических кровотечениях с целью замещения коагуляционных факторов свертывания крови.

Причины запоздалой гемотрансфузии в анкетах отражено – это нехватка одnogруппной крови, затрудненная доставка препаратов крови в ночное время, большие расстояния от района до областного центра или города, где находится отделение по заготовке препаратов крови. Этот вопрос должен решаться совместно с представителями отделов по переливанию крови и администрацией больницы. Необходимо организовать безвозмездное донорство, чтобы было в достаточном количестве препараты крови заготовлены, администрации роддома нужно решить вопросы транспорта в ночное время для доставки крови, возможным решением будет организация банка крови для более крупных роддомов, где происходят много родов.

***Пример.** Беременной с диагнозом «преждевременная отслойка плаценты» в экстренном порядке была произведена лапаротомия и кесарево сечение. Через 1 час после кесарева сечения отмечается кровотечение из матки и дренажных трубок. Вызваны старшие врачи из дома, произведена релапаротомия и ампутация матки. Общая кровопотеря оценена 3000 мл, во время операции из за гиповолемического шока (геморрагического) происходит остановка сердца, проведена реанимация, сердечная деятельность восстановлена. Несмотря на*

кровопотерю 3000 мл и уровень гемоглобина 42г/л, было влито всего 250 мл эр массы и 300 мл СЗП во время операции, только через 7 часов после окончания операции начата гемотрансфузия в достаточном объеме, но время было упущено, произошла декортикация мозга, больная была в коме, через несколько дней она умерла.

6. **Недостаточный мониторинг за гемодинамикой и состоянием женщины** Одной из причин запоздалой помощи при кровотечениях был недостаточный мониторинг за беременной или родильницей, который привел к запоздалой диагностике дородового или послеродового кровотечения – это отмечено у 7 больных после кесарева сечения, у 6 родильниц после вагинальных родов, у 3 беременных. Во всех этих случаях имелись записи о нормальных гемодинамических показателях до определенного времени, и затем у них «внезапно» обнаруживались кровотечения. У этих больных было отмечена запоздавшая диагностика кровотечения с развитием геморрагического шока. Важная роль в наблюдении за гемодинамикой беременной, роженицы, родильницы принадлежит среднему персоналу. В послеродовом периоде (после вагинальных родов) акушерка должна следить за гемодинамическими показателями родильницы, за тонусом матки и выделениями из половых путей. Первые 2 часа родильница находится в родильном зале, затем переводится в послеродовое отделение. Во всех историях вагинальных родов имеются сведения о гемодинамических показателях за первые 2 часа после родов, но как за ней наблюдали через 3 часа, через 4 часа, через 8 часов и до достижения 24 часов - об этом записей в историях нет. Что касается женщин в послеоперационном периоде – в гемодинамических листах имеются сведения о гемодинамике матери, но о тонусе матки и количестве выделений из половых путей данных нет.

В гемодинамических листах в послеродовом периоде должны быть данные не только о гемодинамике родильницы, но и данные о тонусе матки и выделениях из матки. Тщательное наблюдение в послеродовом периоде должно быть в течение 24 часа после родов.

Именно акушерки и медсестры отделений реанимации и интенсивной терапии должны быть обучены адекватному наблюдению в послеродовом периоде, так как от их своевременного выявления кровотечения или других состояний зависит своевременность оказания помощи что приведет к снижению осложнений.

7. Поздний хирургический гемостаз и недостаточное использование органосохраняющих методов остановки кровотечения

Несмотря на то, что акушер-гинекологичасто повторяют, что «лучше раньше, чем позже» идти на лапаротомию, разбор случаев смерти от акушерских кровотечений показывают, что имеет место запаздывание с хирургическим гемостазом. В 26 случаях при послеродовом кровотечении после вагинальных родов, консервативные мероприятия проводятся с неоднократным повторением и только когда отмечаются признаки геморрагического шока средней степени и даже в 5 случаях был геморрагический шок тяжелой степени – решается вопрос о

хирургическом гемостазе. В 5 случаях хирургический гемостаз не был проведен вообще. Причины позднего гемостаза разные. Вот что выявлено из анализа истории родов и анкет:

-персонал с ограниченным навыком – персонал не владеющий достаточной оперативной техникой, приходится вызвать старшего врача из дома (36 случаев)

-вызов анестезиолога-реаниматолога из другого отделения районной больницы, так как нет в ночное время анестезиолога-реаниматолога в родильном отделении (16 случаев)

-недостаток персонала в ночное время (22 случаев)

Этому также способствовало недооценка и занижение кровопотери, неудовлетворительный мониторинг и запоздалая диагностика кровотечения, о чем было сказано выше.

Следует особо отметить недостаточное использование органосохраняющих операций – перевязка маточной и яичниковой артерий было проведено всего лишь в 4 случаях. Перевязка внутренней подвздошной артерии - в 19 случаях (но все случаи после гистерэктомии!). Наложение компрессионных швов на матке мы нашли всего лишь в 2 случаях! Лапаротомия не всегда означает гистерэктомию! А ведь при своевременной лапаротомии, когда кровопотеря при гипотонии матки не достигает таких больших цифр (по клиническому протоколу кровопотеря достигла 1500 мл и продолжается - необходима лапаротомия и хирургический гемостаз), более вероятен лучший исход при наложении компрессионных швов и перевязки сосудов. Гистерэктомия, которая проводится уже при массивной кровопотере и гиповолемии усугубляет состояние больной дополнительной кровопотерей и операционной травмой. В 26 случаях были проведены релапаротомии после кесарева сечения, и возможно, при выявлении во время первой операции гипотонии матки и наложения компрессионных швов и перевязки сосудов, этих осложнений было бы меньше. Также нужно учесть, что технике этих операций легко обучить любого акушер-гинеколога, владеющего техникой операции кесарева сечения, тогда как обучению гистерэктомии нужно дополнительное время.

Рекомендации

1. В каждом родильном учреждении иметь местный клинический протокол при дородовом и послеродовом кровотечении, где подробно освещена система оповещения и шаги оказания помощи. Обучать персонал оказанию помощи при кровотечениях с помощью мастер-классов, симуляционными методами.
2. Беременные с высоким риском согласно приказа о регионализации перинатальной помощи должны быть направлены в учреждения 2-3 уровня. Перечень имеется в приложении приказа по регионализации.

3. Организация ургентной доврачебной помощи акушерками при кровотечениях (в приемном покое, в родильном зале, в ОПБ, в послеродовых палатах)
 - разработать стандарты по доврачебной помощи при кровотечениях
 - организовать коробки с набором для оказания помощи при кровотечениях
 - разработать стандарты наблюдения за родильницей в течение первого 24 часа после родов
 - обучение методам и навыкам по остановке кровотечений
4. В родильных учреждениях где более 2500 родов, организовать круглосуточный пост анестезиолога-реаниматолога, в ночное время обеспечить дежурство акушер-гинеколога владеющего гистерэктомией. В каждом родильном учреждении составить список молодых врачей для прохождения 3 месячного стажирования в гинекологическом отделении для обучения перевязке сосудов и гистерэктомии.
5. В постдипломном образовании делать акцент на обучение клиническому протоколу при кровотечениях, освоению практических навыков и методов по остановке кровотечений, на обучение по наложению компрессионных швов, перевязке сосудов.
6. Основные правила восполнения ОЦК при кровотечениях:
 - a. Как можно раньше: при кровотечении в первые 5 минут катетеризация периферических вен большими канюлями (№16-14)
 - b. При признаках шока – скорость введения кристаллоидов 1литр за 15 минут
 - c. Объем инфузии к объему потерянной крови 3:1. Вначале инфузионной программы предпочтение отдается кристаллоидам.
 - d. Критерии адекватного восполнения – АД, пульс, диурез
 - e. При кровопотере 1000 мл и более одногруппная эр-масса и СЗП должны быть доступны
7. При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий, при продолжающемся кровотечении свыше 1000 мл начать хирургический гемостаз. По возможности предпочтение отдавать органосохраняющим методам остановки (наложение компрессионных швов, перевязка сосудов)
8. В родильных учреждениях где имеются роды 2500 и выше, организовать банк крови с запасом СЗП и эр-массой

Список литературы:

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management, Green top Guidelines 52; May 2009 (minor revisions Nov 2009 and Apr 2011) <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52> Accessed 15 Sept 2014

2. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta 2009. World Health Organization, Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf Accessed 15 Sept 2014
3. WHO recommendation for prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Dept. of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. 2012
4. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO, 2003. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/
5. A Textbook of Postpartum Hemorrhage. Sapiens Publishing, Duncow, UK, 2006
Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO, 2003. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/

Разрыв матки

В 7 случаях причиной смерти женщин был разрыв матки, что составляет 9,5% от всех случаев МС по прямым акушерским причинам. Первородящих было 1, повторнородящих – 6 женщин. В 2-х случаях разрыв произошел у женщин с рубцом на матке после предыдущего КС, из них в 1 случае разрыв матки произошел во время беременности в сроке 29 недель. В остальных 6 случаях разрыв матки произошел во время родов при доношенном сроке беременности.

Разрыв матки у беременных без рубца на матке

Самым важным фактором, который по мнению экспертов способствовал разрыву матки, было родовозбуждение и родостимуляция матки, проведенное у всех 5 беременных женщин. У всех беременных был доношенный срок беременности 38-41 нед. Показанием для родовозбуждения во всех случаях явилось дородовое излитие околоплодных вод (ДИОВ) и отсутствие родовой деятельности.

Для родовозбуждения были применены простагландины (Е1 (мизопростол) – 2 случая, F2α (энзапрост)- 1 случай, Е2 (гландин) – 1 случай и окситоцин – 1 случай. Перед родовозбуждением не было информированного согласия женщин на эту процедуру. Неиспользованные возможности :

- 1. При дородовом излитии околоплодных вод у беременных не было информированного выбора между выжидательной и активной тактикой**

В 3 случаях ведение родов при ДИОВ было активным, после излития околоплодных вод (в течение 2-3 часов) было предложено родовозбуждение,

только в 2 случаях – выжидательным, когда родовозбуждение было начато через 24 часа. Активная тактика и выжидательная тактика имеют как преимущества, так и недостатки, поэтому беременная должна сделать информированный выбор. Родовозбуждение наряду с преимуществами имеет такие возможные осложнения, как гиперстимуляция матки, нарушение сердцебиения плода, ПОНРП, инфекция, послеродовое кровотечение, разрыв матки. Гиперстимуляция матки – это тахисистолия (более 5 сокращений матки за 10 минут) или гипертонус матки (продолжительность схватки более 2 минут). Важным преимуществом выжидательной тактики является избежание родовозбуждения. Как показывают исследования, при доношенном сроке и ДИОВ самопроизвольное начало родов может произойти у 86% беременных в течение 12-23 часов, у 91% женщин – в течение 24-47 часов. Всем беременным с доношенным сроком и ДИОВ необходимо разъяснить преимущества и недостатки активного ведения и выжидательной тактики, получить информированное согласие.

2. Использование внутривенного простагландина F2 α для родовозбуждения и родостимуляции

В 1 случае был использован простагландин F2 α (энзапрост) для родовозбуждения и родостимуляции.

Пример. Повторнородящая поступила в родильное учреждение I уровня в доношенном сроке с жалобами на излитие околоплодных вод. Проведена выжидательная тактика. Вечером следующего дня начато родовозбуждение энзапростом внутривенно (простагландин E2 α). После начала родовой деятельности, продолжено внутривенное введение энзапроста с целью родостимуляции до полного открытия шейки матки. После рождения ребенка состояние родильницы внезапно ухудшилось, отмечается шоковое состояние, АД снизилось, начаты меры реанимации, вызваны старшие врачи из дома для экстренной лапаротомии. Во время операции обнаружен разрыв матки по ребру матки и массивное внутреннее кровотечение, проведена ампутация матки, кровотечение продолжается, вызван старший врач из вышестоящего учреждения, проведена экстирпация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий, во время операции у больной произошла остановка сердца и несмотря на меры реанимации наступила биологическая смерть.

Внутривенное введение простагландинов не должны применяться для родовозбуждения, так как многочисленными исследованиями известно, что это приводит к увеличению частоты осложнений (гиперстимуляции матки, инфекция, нарушение состояния плода, разрыв матки). Также не рекомендуется использование простагландинов для родостимуляции.

3. Необоснованные показания к родостимуляции, недостаточное наблюдение за состоянием роженицы и плода при родостимуляции.

Всем 5 беременным была проведена родостимуляция. В 4 случаях использовался внутривенно окситоцин. В 2 случаях женщины были многорожавшими, у одной это была 10-ая беременность, в анамнезе 5 медабортов, это были 4е роды, у второй – это были 5 роды. При родовозбуждении и родостимуляции тщательно нужно взвесить все «за» и «против», определить возможные противопоказания к этим процедурам, помнить, что многорожавшие при родостимуляции окситоцином имеют больший риск разрыва матки.

В 2 случаях родостимуляция проведена несмотря на то, что по партограмме роды не были затяжными и не дошли до линии действия. При анализе партограмм было выяснено, что все они были заполнены после родов. При анализе опросных листов мало информации о продолжительности и интенсивности схваток во время родостимуляции. Не проводилось непрерывное наблюдение за состоянием ЧСС плода на КТГ, так как КТГ нет в большинстве учреждений, включая перинатальные центры. Все эти данные показывают, что не было адекватного наблюдения за состоянием роженицы и плода. По клиническому руководству каждые 30 минут в течение 10 минут нужно оценить интенсивность и продолжительность схваток, каждые 15 минут (при родостимуляции) выслушивать ЧСС плода, каждые 30 минут считать пульс роженицы и каждые 2-3 часа измерять АД и температуру роженицы. А без партограммы, которая заполнена в реальное время судить о достаточном наблюдении за состоянием женщины и плода сложно. Недостаточное наблюдение приводит к запоздалой диагностике таких осложнений родостимуляции как гиперстимуляция матки, нарушение состояния плода, разрыв матки. Запоздалая диагностика таких осложнений приводит к развитию более тяжелых, грозных осложнений, которые могут привести к трагическому исходу, также это приводит к запаздыванию неотложной помощи, что может явиться причиной как перинатальной, так и материнской смерти.

Пример. Повторнобеременной женщине в связи с затяжными родами была проведена родостимуляция окситоцином. Партограмма не использовалась в режиме реального времени, разрыв матки был диагностирован только при развитии тяжелого гиповолемического шока в связи с кровотечением и интранатальной гибелью плода. До диагностики разрыва матки и экстренной лапаротомии кровопотеря составила более 2,5 литров, развился тяжелый геморрагический шок, произведена экстирпация матки, во время операции произошла остановка сердца, проведены меры реанимации, женщина умерла от осложнений на 14 сутки.

Разрыв матки у беременных с рубцом на матке.

В 2 случаях разрыв матки произошел у беременных с рубцом на матке. В одном случае это произошло во время беременности, без родовой деятельности, в сроке 27 недель. Дома у беременной произошел разрыв матки с массивным внутренним

кровотечением, при поступлении в стационар у больной было агональное состояние в связи с тяжелым геморрагическим шоком, во время операции было выявлено, что предыдущая операция кесарево сечение было корпоральным. Выяснить почему был сделан предыдущее корпоральное КС выяснить по анкетам не удалось. Поэтому по данному случаю выявленные недостатки отражены в разделе акушерские кровотечения.

Неиспользованные возможности при втором случае:

- **Проведение вагинальных родов у женщины с рубцом на матке в учреждении, где нет возможности проведения экстренной лапаротомии**

Пример. В учреждение I уровня поступила роженица с рубцом на матке в первом периоде родов в ночное время. Учитывая хорошую родовую деятельность, раскрытие шейки матки 4 см, решено было вести роды консервативно через естественные родовые пути. Через 7 часов от момента поступления в роддом, произошли срочные роды, родился живой доношенный ребенок. Послеродовый период осложнился массивным кровотечением, проводились меры по остановке кровотечения консервативными методами, развился геморрагический шок, вызван старший врач из дома, произведена лапаротомия, где был обнаружен разрыв матки, проведена операция гистерэктомия. В течение суток женщина умерла от последствий гиповолемического шока.

В данном случае имеет место запоздалая диагностика разрыва матки и задержка с хирургическим гемостазом. Подробно это обсуждено в разделе акушерские кровотечения. Возможно, при своевременном направлении этой роженицы на более высокий уровень, где имеются условия для экстренной лапаротомии (наличие операционной, круглосуточная доступность анестезиолог-реаниматолога, операционной сестры, оперирующего старшего акушер-гинеколога, доступ к препаратам крови), можно было бы избежать данный случай. Здесь также нужно отметить, что одним из признаков разрыва матки является нарушение сердцебиения плода, поэтому при родах с рубцом на матке рекомендуется непрерывное наблюдение за состоянием ЧСС плода. В связи с этим, рекомендуется проведение вагинальных родов у беременных с рубцом на матке в учреждении 2-3 уровня, где есть условия для адекватного мониторинга за состоянием беременной и плода, а также условия экстренной лапаротомии.

Рекомендации

1. Всем беременным с дородовым излитием околоплодных вод при доношенном сроке предоставить информированный выбор между активной

- и выжидательной тактикой с разъяснением всех преимуществ и недостатков каждого метода и получить письменное согласие.
2. Не использовать внутривенно простагландины F2 α (энзапрост) для родовозбуждения, так как это связано с увеличением риска гиперстимуляции и разрыва матки. Не использовать простагландины для родостимуляции (родоусиления), так это также увеличивает риск гиперстимуляции и разрыва матки.
 3. Партограмма должна вестись в реальное время и использоваться для принятия решения. Во время родов каждые 30 минут в течение 10 минут оценивать интенсивность и продолжительность схваток, каждые 30 минут – выслушивать ЧСС плода, каждые 30 минут – пульс роженицы, каждые 2-3 часа- измерять АД роженицы. Не реже чем каждые 4 часа оценивать продвижение головки плода, конфигурацию головки плода, оценивать качество околоплодных вод. Во время родостимуляции выслушивать сердцебиение плода не реже чем каждые 15 минут, по возможности – предложить непрерывный мониторинг сердцебиения плода на КТГ. При гиперстимуляции (тахисистолии или гипертонусе) родостимуляция должна быть прекращена.
 4. Роды через естественные родовые пути (вагинальные роды) у женщин с рубцом на матке должны быть проведены в учреждении, где имеется готовность к экстренной лапаротомии.

Список литературы:

1. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO, 2003.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.
3. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Induction of Labour at Term. Clinical Practice Guideline. JOGC, August 2001, No. 107.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin Number 115:
Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery. Washington, DC: ACOG; August 2010.
5. Smith J, Mertz H, Merrill D. "Identifying risk factors for uterine rupture." *Clin Perinatol* 35 2008; 85–99.
6. Craver Pryor E, Mertz H, Beaver B, et al. "Intrapartum predictors of uterine rupture." *Am J Perinatol* 2007; 24:317–322.

Сепсис

За период с 2009-2012гг. в РУз в процессе конфиденциального исследования было выявлено 22 случая МС от сепсиса. Из них 21(95%) – произошли в послеродовом периоде, 1(5%) – в послеабортном периоде. Большинство умерших от сепсиса женщин были родоразрешены в доношенном сроке: в 37-42 недель - 17 случаев, в сроке 22-27 недель – 4 случая и 1 случай в послеабортном периоде. Первородящих было 14, повторнородящих – 8. В 57% (12 случаев) роды велись вагинально, в 43%(9) случаях было проведено кесарево сечение.

При анализе случаев были выявлены следующие неиспользованные возможности:

1. **Поздняя госпитализация.** В 32% (7 случаев) имело место поздняя госпитализация, когда родильницы поступают в тяжелом состоянии в стационар в послеродовом периоде. Из них 3 случая – после вагинальных родов, 4 случая – после кесарева сечения.

По данным анкет причинами поздней госпитализации были – незнание угрожающих признаков в послеродовом периоде, когда женщина и ее семья не расценивают грозные признаки и запаздывают с обращением к врачу, недостаточный послеродовой уход и патронаж первичного звена.

Пример. Женщина родила в сроке 36 недель, через 3 дня она была выписана в удовлетворительном состоянии. Из анкеты выявлено, что 3 дня после родов родильница находилась у себя дома, был патронаж на дому, состояние родильницы было удовлетворительным. Затем родильницу забрала к себе её мама для дальнейшего ухода в соседний район. Так как в соседнем районе врачи первичного звена не знали, что она находилась у них в районе, не было дальнейшего наблюдения со стороны участковых врачей. Через 5 дней у неё начался подъем температуры тела, но её близкие решили, что она простыла, проводили лечение дома народными средствами, к врачам не обращались. На 14 сутки после родов она поступила в районную больницу экстренной медицинской помощи в тяжелом состоянии. Был выставлен диагноз Метроэндометрит. Тяжелый сепсис. ДН 2 степени. Проведена операция экстирпация матки с придатками. Через 11 дней после операции, несмотря на интенсивное лечение, она умерла от полиорганной недостаточности.

2. **Запоздалая диагностика септических осложнений** имело место в 45%(10 случаев). Запоздалая диагностика инфекции матки приводило к запаздыванию целевого лечения, и как следствие к усугублению состояния женщины, запаздыванию удаления очага, возникновению грозных септических осложнений. Так, были необоснованно выставлены диагнозы «гипертермия

неясной этиологии», «острый бронхит», «плексит», «обострение хронического пиелонефрита», «гематометра», «субинволюция матки», «острый фарингит, ларингит», «пневмония» что приводило к выбору неправильной тактики лечения.

Пример. У родильницы после первых преждевременных родов начиная с первых суток послеродового периода отмечается повышение температуры тела до 39С. Выставлен диагноз «хронический бронхит в стадии обострения» несмотря на проведение лечения бронхита состояние больной прогрессивно ухудшается, и на 5 сутки с диагнозом «гипертермический синдром неясной этиологии» больная в тяжелом состоянии переводится в центр экстренной медицинской помощи, где после обследования был выставлен диагноз «Послеродовый метроэндометрит. Сепсис». Произведена экстирпация матки с маточными трубами. При исследовании макропрепарата было обнаружено, что в полости матки имелись остатки последа (оболочки и часть плаценты) и признаки метроэндометрита. Послеоперационный период осложнился коагулопатическим кровотечением, проведены неоднократно гемо-плазматрансфузии, больная находится на продленном ИВЛ. Больная умерла на 20 сутки от полиорганной недостаточности.

При развитии акушерского сепсиса легкие очень рано становятся одним из первых органов-мишеней, вовлекаемых в патологический процесс. Острая дыхательная недостаточность - один из ведущих компонентов полиорганной дисфункции. Клинико-лабораторные проявления ОДН при сепсисе соответствуют синдрому острого повреждения легких (ОПЛ), а при прогрессировании патологического процесса - острому респираторному дистресс-синдрому (ОРДС). Это может привести к ошибочному диагнозу «пневмония», «бронхит» и быть причиной задержки удаления очага инфекции – матки. Поэтому, при любых признаках инфекции после родов **следует в первую очередь исключить акушерский сепсис.**

3. **Запоздалое удаление очага инфекции** – было выявлено в 16 случаях - 70% (на 7-12 и более суток после появления признаков инфекции). Врачи на анкетах сами отметили, что это является следствием недооценки состояния больной, запоздалой диагностики и длительного консервативного ведения больной с сепсисом. На анкетах врачи также указали, что в национальном руководстве по сепсису/септическому шоку нет конкретных критериев септических осложнений, когда необходимо удалить очаг инфекции – матку.

Пример. У родильницы после кесарева сечения, которая произведена по поводу тазово-головной диспропорции, с первых суток отмечается парез кишечника и повышение температуры тела. Проводится антибактериальная терапия, лечение пареза кишечника. В динамике состояние больной улучшается, температура

нормализуется, но остаются тахикардия и слабость. На 5е сутки выявлена субинволюция матки, назначены утеротоники, комбинированная антибактериальная терапия. На 8 сутки отмечается подъем температуры, признаки пареза кишечника, продолжена консервативная терапия. На 12 сутки в связи с перитонитом произведена операция экстирпации матки с трубами. В дальнейшем в связи с кровотечением из язв желудка больная переводится в центр экстренной помощи, где от осложнений сепсиса больная умирает на 22 сутки.

Классификация сепсиса, диагностические признаки инфекции и сепсиса подробно даны в национальном руководстве по сепсису/септическому шоку. При ведении женщин с признаками инфекции необходимо тщательно определить диагностические критерии по данному руководству. При решении вопроса об удалении матки необходимо учитывать, что признаков «классического» эндометрита может и не быть. Очень часто преобладают системные проявления в виде нарастания симптомов полиорганной недостаточности и это служит причиной задержки с санацией очага инфекции, как основного лечебного мероприятия, определяющего выживаемость пациентки. Существуют также объективные трудности: ни бимануальное исследование, ни данные УЗИ матки часто не дают необходимой информации.

Когда вопрос об удалении матки должен быть поставлен:

- Помимо матки не выявлено других очагов инфекции, обуславливающих тяжесть состояния.
- При несоответствии ухудшения клинической картины и симптомов основной патологии.
- Нарастание воспалительной реакции на фоне интенсивной терапии - неэффективность консервативной терапии.
- Признаки полиорганной недостаточности (снижение АД, олигурия, ОПЛ/ОРДС, желтуха, энцефалопатия, ДВС-синдром, тромбоцитопения).

Когда не нужно удалять матку:

- Верифицирован и санирован очаг инфекции любой локализации, определяющий тяжесть состояния (менингит, пневмония, отит, флегмоны, абсцессы, синусит, пиелонефрит, панкреонекроз, перитонит и др.)
- Не прогрессирует воспалительная реакция - эффективная консервативная

терапия.

- Не прогрессирует полиорганная недостаточность.
- Нет клиники септического шока

4. Нерациональная антибактериальная терапия.

В 2 случаях у беременных с длительным безводным промежутком с явлениями хориоамнионита был назначен только один препарат ампициллин внутримышечно. Терапия проводилась не в соответствии с клиническим руководством по сепсису

А в 40%(!) случаях при явной неэффективности антибиотиков в течение 48-72 часов, когда температура не снижалась и не было улучшения клинических и лабораторных показателей крови, не произведена смена антибиотиков на другую группу, а антибиотики продолжены или назначены антибиотики той же группы. В 4 случаях тяжелого сепсиса антибиотики назначены внутримышечно.

Ни в одном случае сепсиса у женщин из 22 (100%) не было ни разу сделано бактериологическое исследование, не определен тип микроба, антибиотики назначались эмпирически, ни разу не были сделаны анализы на чувствительность к антибиотикам.

5. Ранние реанимационные мероприятия при септическом шоке проведены с запаздыванием или не в полном объеме.

У пациентов с тяжелым сепсисом/септическим шоком, достижение целей ранней реанимации должно иметь наивысший приоритет. По рекомендациям национального руководства по тяжелому сепсису/септическому шоку целью первых 6 часов проведения реанимационных мероприятий пациентов с индуцированной сепсисом гипоперфузией тканей должно стать достижение следующих параметров: уровень центрального венозного давления 109-163 мм.вод.ст. (8-12 мм.рт.ст.), уровень среднего артериального давления на уровне 65 мм.рт.ст., объем диуреза 0,5 мл× кг/час, сатурация в периферических сосудах – 85%, в центральной вене -70%. Для этого необходимо провести первичные реанимационные мероприятия при септическом шоке: инвазивную респираторную поддержку, инфузионную терапию, введение вазоактивных препаратов и по показаниям – гемотрансфузию. При анализе медицинской документации обнаружено, что во всех 4 случаях при развитии септического шока эти мероприятия проведены запоздало и летальный исход был предопределен.

Пример. Беременная поступила в родильное учреждение в крайне тяжелом состоянии. В течение 4 дней дома была высокая температура, неоднократная рвота. Беременная имеет вредные привычки – курение и употребление спиртных

напитков. После обследования выставлен диагноз: «Беременность 15 недель, инфицированный неполный аборт. Септический шок. Токсическая энцефалопатия». Из анкеты причина инфицированного аборта не выяснена. АД при поступлении 80/50 мм ртст, ЧДД 28-30 в минуту, сознание заторможенное, рс 134 в минуту. Несмотря на тяжесть состояния (когда такой больной положено провести инвазивную респираторную поддержку через аппарат ИВЛ), больной подается кислород через назальную канюлю. Было перелито 3 литра жидкостей, но АД остается низким – 60/40 мм рт ст. в течение 6 часов, затем подключены вазоактивные препараты. ИВЛ проведена через 1 сутки, когда больную перевели в центр экстренной помощи, где было обнаружено, что в периферических сосудах $SpO_2 = 70\%$. Больная умерла на 2 сутки после поступления от острой сердечной и легочной недостаточности.

Факторы, способствовавшие септическим осложнениям.

При конфиденциальном анализе случаев смерти женщин от послеродового сепсиса экспертами было выявлено, что одним из факторов способствовавших септическим осложнениям является кесарево сечение - 43% умерших были родоразрешены операцией кесарево сечение. Показаниями к кесареву сечению в 5 случаях были затяжные роды и тазово-головная диспропорция, в 1 случае – преждевременная отслойка плаценты и в 2 случаях – преэклампсия тяжелой степени. В 4 случаях тазово-головной диспропорции диагноз выставлен при полном открытии, при этом в 3 случаях применена родостимуляция, тогда как по партограммам диагноз тазово-головной диспропорции прослеживается еще до полного открытия. Во время родов было сделано от 6 до 10 вагинальных осмотров. Известно, что операция кесарево сечение, проведенное при полном открытии при тазово-головной диспропорции может иметь технические трудности и осложнения, как затрудненное извлечение головки плода, продление разреза на матке, интраоперационный разрыв матки, гипотония матки и кровотечение. Партограмма, если использовать ее в реальное время и применять как инструмент для принятия решения, в ряде случаев поможет до полного открытия выставить диагноз тазово-головной диспропорции, и возможно приведет к снижению септических осложнений в послеоперационном периоде.

Еще один фактор, способствовавший летальному исходу – несвоевременный, запоздалый вызов консультантов и специалистов из других учреждений. 64% умерших от сепсиса женщин погибли в учреждениях 1 уровня, 11% - в учреждениях 2 уровня и 25% - в учреждениях 3 уровня.

Членами НК в 63% обнаружены первостепенные факторы и 37% второстепенные факторы ненадлежащего ухода, которые возможно повлияли на трагический исход.

К второстепенным факторам отнесе отсутствие профилактики тромбоэмболических осложнений и стрессовых язв желудка. В 8 случаях не

проведена профилактика тромбоэмболических осложнений, что в 3х случаях явилось непосредственной причиной летального исхода-ТЭЛА, и в 1случае имело место перфорация язвы желудка, осложнившейся перитонитом и ререлапаротомией.

Рекомендации по сепсису:

1. Обучать родильниц в родильном доме опасным признакам в послеродовом периоде и объяснять о необходимости обратиться к врачу при их появлении
2. Патронаж на дому после выписки из родильного учреждения. При переезде родильницы в другую территорию, участковый ВОП должен передать сведения о родильнице в сельскую врачебную поликлинику/семейную поликлинику на соответствующую территорию
3. В каждом родильном учреждении разработать местный клинический протокол/стандарт по септическим осложнениям во время родов и послеродовом периоде.
4. Использовать партограмму в режиме реального времени и как инструмент для принятия решения при затяжных родах
5. При любых симптомах инфекции у послеродовых женщин следует в первую очередь исключить акушерский сепсис.
6. Внести в стандарт септического шока конкретные показания для оперативного лечения и релапаротомии по поводу сепсиса и развернутой медикаментозной терапии.
7. При подозрении на септические осложнения вызывать консультантов и мультидисциплинарную команду специалистов для уточнения диагноза, рационального лечения и при необходимости – для решения вопроса о переводе в вышестоящее или специализированное учреждение
8. При постановке диагноза сепсис женщину перевести в реанимационное отделение. У пациентов с тяжелым сепсисом/септическим шоком достижение целей ранней реанимации должен иметь наивысший приоритет.
9. Для определения культуры провести микробиологическое/бактериологическое исследование (забор крови, бакпосев мочи, выделений из матки, посев из раны - желателно до назначения антибиотиков). **В течение первого часа** от постановки диагноза сепсис вводятся антибактериальные препараты широкого спектра действия: эмпирическая терапия. При неэффективности применения антибиотиков в течении 48-72 часов, нужно пересмотреть их режим или сменить.

Список литературы:

1. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом, септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. -2007г. Центр

доказательной медицины под руководством профессора Камилова А.И. и Асадова Д.А., Ташкент.

2. Chhabra S., Kaipa A., Kakani A. Reduction in maternal mortality due to sepsis. //J. Obstet. Gynaecol. – 2005 - Feb;25(2) – P.140-2
3. Dare F.O., Bako A.U., Ezechi O.C. Puerperal sepsis: a preventable post-partum complication. //Trop. Doct. -1998 - Apr;28(2) – P. 92-5.
4. French L.M., Smaill F.M. Antibiotic regimens for endometritis after delivery //The Cochrane Database of Systematic Reviews - 2007 - Issue 1
5. Jamieson D.J., Theiler R.N., Rasmussen S.A. Emerging infections and pregnancy. //Emerg. Infect. Dis. – 2006 - Nov;12(11) – P.1638-43
6. Kankuri E., Kurki T., Carlson P., Hiilesmaa V. Incidence, treatment and outcome of peripartum sepsis.// Acta Obstet. Gynecol. Scand. -2003 -Aug;82(8) – P. 730-5
7. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико–диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика: Практическое руководство.–М.:Издательство НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН,2004.–130 с.
8. Bone R.C., Balk R.A., Cerra F.B. et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. //Chest.-1992;101 P.1644–1655
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Bacterial Sepsis in Pregnancy/ Green-top Guideline No. 64a April 2012

Тромбоэмболические осложнения

НК провел анализ 46 случаев смерти женщин от тромбоэмболических осложнений.

Согласно анализу медицинской документации по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности (МС) установлено, что чаще случаи тромбоэмболических осложнений (ТЭО) имеют место в послеродовом периоде – 33 (72%). Причем доля кесарева сечения (КС) в возникновении этих осложнений составляет 79% (26случаев из 33 после родов). Следует отметить, что 4 женщины скончались после выписки из стационара: на 1-ые (1женщина), 4-ые (3женщин) сутки. Во время беременности от ТЭО умерли 4 женщины, наиболее часто ТЭО во время беременности наблюдалась во 2-й половине беременности (после 22 недель гестации) – 3 случая. Во время родов от ТЭО скончались 9 женщин (19,5%).

Таблица 1

Материнская смертность от ТЭО

Материнская смертность произошла	абс. чис.=46
Во время беременности	4
- после 22-х недель	3
- до 22 недель	1
Во время родов	9
В послеродовом периоде	33
Из них в том числе после КС	26
- экстренная операция	23
- плановая операция	3

По роду занятий 32 беременные были домохозяйками, 10 беременных работали в сфере образования. Большая часть женщин были сельскими жительницами – 34 (74%), в городах проживали 12 (26%) женщин. Регулярное антенатальное наблюдение было у 39 женщин, 2 женщины не состояли на учете, у 5 женщин данные об антенатальном наблюдении отсутствуют.

Оценка гестационного срока показала, что почти половина ТЭО наблюдалась при доношенном сроке беременности (26-57%) и после 28 недель гестации (12-26%).

Большинство умерших были повторнорожавшими 35 (76%), среди них были многоорожавшие женщины (4 и более родов) -13 пациенток (28% из общего и 37% из повторнорождающих).

При анализе были выявлены следующие неиспользованные возможности.

1. Не было оценки риск факторов на ТЭО.

Следует отметить, что ни на антенатальном уровне, ни в стационаре не было оценки факторов риска на ТЭО во время беременности. Это объясняется тем, что в стране не разработан протокол по профилактике ТЭО и не оцениваются риски на антенатальном уровне. По данным анализа у 40 (87%) были риск факторы во время беременности, родов, послеродовом периоде. У более чем 80% из них было сочетание нескольких факторов риска.

Факторы риска, оцененные по опросным листам и медицинской документации

Возраст

Возраст умерших женщин колебался от 19 до 42 лет. (см таблицу №2). Наибольшее число женщин с ТЭО были в возрасте более 30 лет (28 женщин – 62%).

Таблица 2

Возраст умерших женщин

Возраст	абс. чис.	%
До 20 лет	1	1%
20- 24 лет	7	15%
25-29 лет	10	22%
30-34 лет	15	33%
35-39	9	20%
Старше 40 лет	4	9%

Семейные тромбофилии/эмболии, анамнез заболевания

Ни в медицинской документации, ни в опросных листах не было уделено внимания оценке семейной истории о случаях тромбоэмболии или тромбофилии. Также, ни в одной медицинской документации не было уделено внимания сбору анамнеза о предыдущих случаях ТЭО у умершей женщины. По данным исследований, семейные тромбофилии являются фактором риска на ТЭО, также несомненно важно, были ли предыдущие случаи тромбозов у данной женщины. Это показывает, что эти факторы риска для ТЭО не учитывались.

Иммобилизация

У 12 больных были случаи длительных постельных режимов. У 2 больных было центральное предлежание плаценты с многократной госпитализацией (3-5 раз по 7-33 дней) и длительным постельным режимом в связи с дородовым кровотечением. У 1 больной была длительная госпитализация по поводу ухода за ребенком (29 дней), 1 больная была инвалидом по опорно-двигательному аппарату. У 1 больной было первичное бесплодие в течение 5 лет, она регулярно находилась в постельном режиме как дома, так и в стационаре (3 госпитализации с диагнозом

«угроза прерывания беременности). У 7 женщин были госпитализация более 4-7 суток до родоразрешения.

Пример. Повторнобеременная 31 год, в анамнезе 3 неразвивающиеся беременности и 1 преждевременные роды в 24 недель. У нее было диагностировано предлежание плаценты и в связи с дородовым кровотечением неоднократно госпитализирована в стационар с 25 недель. Больная очень боялась потерять ребенка и старалась меньше двигаться, так как считала, что кровотечения связаны с физической активностью. Во время госпитализаций получала транексамовую кислоту, контрикал (апротинин), аскорутин, препараты железа и назначен постельный режим. Родоразрешена в экстренном порядке в связи с дородовым кровотечением в сроке 36 недель. Во время операции отмечалась гипотония матки, кровопотеря оценена 2400 мл, произведена ампутация матки, ОЦК восстановлена за счет кристаллоидов, коллоидов эритроцитарной массы и СЗП. В послеоперационном периоде антикоагулянты не получала. На 11 сутки после операции больная пожаловалась на головокружение, слабость, нехватку воздуха, осмотрена терапевтом, выставлен диагноз «анемия средней степени» и назначены препараты железа. Через 2 суток, на 14 сутки послеродового периода в послеродовом отделении больная потеряла сознание, начаты реанимационные мероприятия, в течение суток она умерла. На вскрытии была обнаружена тромбоэмболия легочной артерии.

Ожирение

Ни в одной карте не было расчета индекса массы тела –ИМТ. Масса тела умерших представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Масса тела	Количество случаев	%
45-60	4	8%
61-70	7	15%
71-80	9	20%
81-90	10	22%
91-100	10	22%
Более 100 кг	6	13%

Мы провели расчет ИМТ 38 умерших женщин от ТЭО (по имеющимся картам антенатального ухода), было выявлено, что ИМТ 25- 30 кг/м² было у 27% женщин, у 23% женщин ИМТ было более 30 кг/м², у 14% ИМТ составило более 35 кг/м² и у 10% ИМТ составило более 40 кг/м².

Пример. Повторнороящая, роды четвертые, 28 лет. Рост 165 см, вес 112 кг, поступила в доношенном сроке в 1 периоде родов с жалобами на одышку, сердцебиение, схватки, излитие околоплодных вод. АД при поступлении 160/100 мм рт ст., пульс 98-100 в минуту. Учитывая преэклампсию тяжелой степени начата магнезиальная терапия. Во время родов роженица отмечает чувство нехватки воздуха, одышку, сердцебиение. Проведено обезболивание наркотическими анальгетиками. Произошли роды живым ребенком с малой массой тела, 3 период родов прошел без осложнений, кровотечения не было. Через 40 минут после родов внезапно состояние родильницы ухудшилось, больная жалуется на боли за грудиной, одышку, отмечается падение АД, начата интенсивная терапия, ИВЛ, больная умерла через 4 часа.

Преэклампсия

У каждой третьей женщины - 15 (33%) женщин была преэклампсия. Не было проведено профилактики ТЭЛА во время родов и послеродовом периоде беременным с преэклампсией

Пример. Родильница с тяжелой преэклампсией, осложненная почечной недостаточностью, родоразрешена оперативным путем кесарева сечения. В послеродовом периоде несколько раз проведен гемодиализ в связи с почечной недостаточностью. Состояние больной улучшилось, ОПН разрешился, больная готовилась к выписке. На 12 сутки, внезапно, после завтрака, состояние больной резко ухудшилось, начала нарастать сердечно-легочная недостаточность, после обследования выставлен диагноз ТЭЛА. Проводилась интенсивная терапия. Через 2 суток больная умерла.

Кесарево сечение

Важным фактором риска по ТЭО является оперативное родоразрешение. Из всех случаев материнской смерти от ТЭЛА, 26 (79%) случаев развилось после оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. Следует отметить, что проведение экстренного кесарева сечения увеличивает риск ТЭЛА больше, чем

плановое кесарево сечение. У умерших от ТЭЛА женщин было проведено 23 -88% (от числа КС) экстренных КС и 3 плановых КС (12%), т.е. при экстренном КС в 4 раза чаще наблюдалось ТЭО.

Показаниями к операции были рубец на матке, тазово-головная диспропорция, неправильные положения плода, острый дистресс плода, преэклампсия тяжелой степени, предлежание плаценты, ПОНРП

Пример. Беременная 33 лет, данная беременность 6, роды предстоят 4, в анамнезе антенатальная гибель плода, рубец на матке, поступила в сроке 24 недель с антенатальной гибелью плода. На следующий день учитывая рубец на матке и антенатальную гибель плода проведена операция кесарева сечения, операция прошла без технических трудностей и осложнений. В послеоперационном периоде профилактика ТЭО не проведена. На 3 сутки больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. На 7 сутки послеродового периода состояние больной дома внезапно ухудшилось, больная поступила в медицинское учреждение в агональном состоянии, после обследования выставлен диагноз ТЭЛА, несмотря на проведение интенсивной реанимации, через 2 суток больная умерла.

Другой пример, где при запланированной операции кесарева сечения было допущено **обезвоживание**.

Пример. Первобеременная 25 лет, в анамнезе бесплодие 4 года, с ожирением 1 степени поступила на плановое родоразрешение по поводу косого положения плода и предлежанием плечиков плода. Больная в течение 14 часов не принимала пищу и жидкость до операции. В назначенный день операция была отложена и перенесена на следующий день. Больная опять ограничивала прием пищи и жидкости. На следующий день с утра были другие экстренные операции и данная больная была прооперирована в 16 часов. До 16 часов больная не принимала пищу и жидкости. Операция была под СМА, влито 1600 мл натрия хлорид 0,9%, кровопотеря составила 350мл. После операции влито 600 мл натрия хлорид 0,9%. Больная ни на что не жаловалась, была в хорошем настроении. Через 11 часов после операции родильницу подняли для активации, больная встала и внезапно потеряла сознание и было констатировано остановка сердца. Реанимационные мероприятия эффекта не дали. На вскрытии было обнаружено ТЭЛА.

Обезвоживание явилось фактором риска ТЭЛА и в случае у первобеременной 22 лет с неукротимой рвотой беременных в 11 недель.

Сахарный диабет, заболевание сердца, системная красная волчанка, варикозная болезнь

У 2 беременных был сахарный диабет, у 2 – порок сердца, у 1 – системная красная волчанка. Варикозная болезнь имело место у 9 женщин. Эти заболевания также являются риск факторами по ТЭЛА.

Другие факторы риска

Многоплодная беременность была у 6 женщин, массивное послеродовое кровотечение с гистерэктомией было у 7 женщин, дородовое кровотечение было у 7 женщин, пневмония была у 3 больных, послеродовый сепсис был у 1 больной.

Пример. У родильницы 36 лет, после кесарева сечения на 8 сутки развился акушерский перитонит, в связи с чем было произведено релапаротомия и гистерэктомия. Проведено интенсивное лечение сепсиса, но профилактика ТЭЛА не проведено, в динамике состояние больной улучшилось и она выписана домой. Через 5 дней после выписки больная поступила вновь с выраженной дыхательной недостаточностью и кашлем. Выставлен диагноз «внебольничная пневмония» и начата интенсивная терапия. Через 2 суток больная скончалась, на вскрытии - ТЭЛА.

2. Задержка с постановкой диагноза ТЭЛА и лечением ТЭЛА

Быстрая и корректная диагностика ТЭЛА является краеугольным камнем ведения этой патологии. При подозрении на ТЭЛА необходимо провести обследование для подтверждения диагноза. Нужно организовать консилиум в составе кардиолога, реаниматолога, терапевта, сосудистого хирурга. Ни клинические признаки, ни стандартные методы обследования (обычные лабораторные тесты, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки) не дают возможности ни подтвердить, ни исключить диагноз ТЭЛА. К чувствительным и специфичным методам диагностики этой патологии относятся определение D-димера, ЭхоКГ, КТ, магнитно-резонансная томография, ангиография, вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия, а также методы диагностики тромбоза глубоких вен (ультрасонография, КТ-венография). Организовать все эти исследования в условиях акушерского комплекса затруднительно, поэтому в каждом учреждении

должен быть протокол по диагностике и лечения ТЭЛА с учетом местных возможностей.

Основным в подозрении на ТЭЛА является знание факторов риска ее развития. Клиническая симптоматика ТЭЛА имеет огромный полиморфизм, проявления ее многогранны и могут имитировать патологию различных органов и систем. Больные могут проходить с диагнозами «пневмония», «вегето-сосудистая дистония», гипогликемия и др. И все же в 90 % случаев предположение о ТЭЛА основывается на клинических симптомах. В клинике ТЭЛА можно выделить ряд основных синдромов – кардиальный, легочно-плевральный, абдоминальный, церебральный.

Пример. Первобеременная 26 лет, болеет системной красной волчанкой, срок беременности 12 недель. Поступила с жалобами на сердцебиение. Со слов, дома 2 раза был обморок. При поступлении состояние оценено как средней тяжести, сознание ясное, АД 90/60 мм ртст, пульс 105-110 ударов в минуту, ЧДД 24 в минуту. Обморок оценен как сосудистая дистония при беременности. Были назначены поливитамины, учитывая тахикардию сердечные гликозиды. Через 6 часов от момента поступления одышка усилилась, ЧДД 26-28 в минуту, несмотря на введение сердечных гликозидов тахикардия 124 в минуту. Больная переведена в реанимационное отделение, начато введение панангина в\в, и подача увлажненного кислорода. Утром в 6 часов у больной произошел отек легких и кардиопульмональный шок. Реанимационные меры оказались без эффекта и больная скончалась.

3. Не проведена рациональная профилактика ТЭЛА во время беременности, родов и послеродовом/послеоперационном периоде

ТЭЛА – это такое заболевание, которую лучше предупредить, чем лечить. Так как не были оценены факторы риска, больным не проведены меры по профилактике ТЭЛА во время беременности и послеродовом периоде. Причина была уже определена – в связи с отсутствием национального протокола по снижению тромбоэмболических осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде, имеются неиспользованные возможности по профилактике ТЭЛА у беременных и матерей. примеры таких случаев были представлены в описанных случаях. На сегодняшний день для большинства больных для профилактики ТЭЛА

предлагаются эластическое бинтование нижних конечностей, гидратация, в качестве предпочтительного антикоагулянта рекомендуется препарат группы низкомолекулярных гепаринов (НМГ) и нефракционированный гепарин. Имеются данные что НМГ для профилактики ТЭО более эффективен чем нефракционируемый гепарин с более низкой смертностью и меньшим количеством геморрагических осложнений. НМГ столь же эффективен как нефракционируемый гепарин и для лечения ТЭЛА.

Рекомендации:

1. Разработать национальный протокол по снижению ТЭО.
В протоколе осветить вопросы: оценка факторов риска на ТЭО, профилактика ТЭО во время беременности, родов и послеродовом периоде, диагностика ТЭЛА, меры реанимации и интенсивной терапии ТЭЛА, хирургическое лечение ТЭО.
2. В каждом учреждении должен быть принят местный протокол, где с возможностями местных условий будут определены методы диагностики ТЭЛА, вызов специалистов, неотложная помощь при ТЭЛА, методы лечения ТЭЛА. Также следует уделить большое внимание оценке факторов риска и мерам профилактики ТЭО.
3. Всем беременным рассчитывать индекс массы тела для определения женщин с ожирением. Ожирение – фактор риска на ТЭО, и требует применения профилактических мер по профилактике ТЭО.
4. К факторам риска на ТЭО отнести: беременных с преэклампсией, с длительной иммобилизацией, с акушерским кровотечением, сепсисом, многорожавших, женщин в возрасте более 30 лет, с заболеваниями сердца, системными заболеваниями соединительной ткани, антифосфолипидным синдромом, многоплодной беременностью. Этим группам женщин проводить профилактику ТЭО.
5. Кесарево сечение, особенно экстренное кесарево сечение является важнейшим фактором риска на ТЭО. Всем женщинам с кесарево сечением должна быть проведена профилактика ТЭО.

1. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer, 2003–2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007 [www.cemach.org.uk/Publications/CEMACHPublications/Maternal-and-Perinatal-Health.aspx].
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green-top Guideline No. 28. London: RCOG; 2007 [www.rcog.org.uk/womens-health/clinicalguidance/thromboembolic-disease-pregnancy-and-puerperium-acute-management-gre].
3. James AH. Pregnancy and thrombotic risk. Crit Care Med. 2010 Feb;38(2 Suppl):S57-63.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Thromboembolism in Pregnancy Practice Bulletin Number 123, September 2011
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium Green-top Guideline № 37a, 2009.

Материнская смертность, обусловленная анестезией.

Согласно Международной классификации заболеваний 10 пересмотр, смерть в результате анестезии принято относить к категории отдельных причин материнской смертности. Смертность, связанная с проведением анестезии в динамике уменьшается в общей структуре МС.

Сбор данных об осложнениях анестезии приведших к МС проводился с 2009 по 2012 год. По международным данным МС при проведения анестезиологического пособия возможны: аспирации во время индукции и интубации, гипоксия вследствие трудной интубации, ошибочное применения препаратов, неполадки с аппаратурой, осложнения региональных методов анестезии, смешанные причины (аллергические реакции, неадекватное разрушение миорелаксантов, внутривенная перегрузка, послеоперационная аспирация) приведшие к летальным исходам.

Выявлены 4 случая МС напрямую связанные с осложнениями проведения анестезиологического пособия у беременных. Во всех случаях проводилась общая комбинированная анестезия с интубацией трахеи и проведением ИВЛ. Все оперативные вмешательства проводились при кесаревом сечении в экстренном порядке по абсолютным акушерским показаниям, что говорит о том, что не было возможности подготовки и полного обследования больных. В 3 случаях показанием для оперативного родоразрешения были отслойки плаценты с явлениями тяжелого геморрагического шока, в 1 случае тазово-головная диспропорция. У всех больных был установлен адекватный венозный доступ, обеспечивающий объем восполнения ОЦК соответствующий кровопотери, в виде постоянных катетеров для инфузий. Вводная анестезия проводилась введением кетамина в дозе от 2,5 до 4мг на кг/веса, что соответствует общепринятым нормам проведения анестезии. Миорелаксация проводилась введением мышечных релаксантов длительного действия – 4 мг ардуана (пипекурониум). Следует, однако, отметить, что в настоящее время стандартом в неотложном акушерстве, при введении релаксантов является применения миорелаксантов короткого действия(сукцинилхолин) в дозе 1,5-2мг/кг, для быстрой релаксации и интубации.

В дальнейшем у больных отмечается острое нарушение сердечной деятельности, снижение гемодинамики, остановка сердца. Реанимационные мероприятия проводились, но состояние усугубилось декомпенсацией систем и органов и гибели женщин в различные сроки после операции. Во всех случаях, остановка сердца и нарушения гемодинамики считались последствиями неадекватной/анафилактической реакции на введение миорелаксантов длительного действия. Хотя по данным литературы аллергические реакции на введение миорелаксантов являются очень редким осложнением, протекают по типу гистаминоподобной реакции - неиммуннологический выброс большого количества гистамина на введение препарата. Клинические реакции при этом зависят как от дозы, так и от скорости поступления препарата. Обычно они имеют доброкачественное течение и ограничиваются кожными проявлениями. Только при тяжёлых случаях возможно развитие гиперкалиемии, с нарушением работы сердца вплоть до остановки.

Мы обратили особое внимание вариантам поддержания анестезии по данным наркозных карт, при кесаревом сечении. Дозировки введения наркотических анальгетиков при рассмотрении данных историй родов, определены как заниженные. Наглядным примером является случай проведения анестезиологического пособия при экстренном кесаревом сечении по акушерским показаниям (отслойка нормально расположенной плаценты с явлениями геморрагического шока), у больной с весом 73кг, вводная анестезия у которой проводилась кетамин в дозе 150мг, а релаксация - 4 мг ардуана. После извлечения плода на 5 минуте, провели усиление анестезии промедолом 20мг. ИВЛ проходила в режиме гипервентиляции с параметрами дыхательного объема 600мл (8мл/кг) и частотой 20 в 1 минуту. Дальнейшее поддержание анестезии не проводилось. В последствии, у больной отмечается снижение гемодинамики, приведшие к острой остановке сердечной деятельности на 30 минуте от начала операции. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, осложнились постреанимационной болезнью, гипоксическим отёком мозга, нарастанием острой сердечно сосудистой недостаточностью, и в течение 3 дней привели к гибели женщины. Как отмечалось и выше, данное осложнение было расценено врачами, как реакция на введение миорелаксанта - ардуана. Однако, при анализе данного случая выявлено несоответствие клиники описанной в истории родов и клиническим проявлениям аллергической реакции на введение миорелаксантов. Гибель пациентки, возможно, произошла вследствие неправильно подобранной дозы анестетиков, в условиях геморрагического шока и декомпенсации системы кровообращения. Необходимо было обеспечить больной адекватную анестезию и седацию, чтобы защитить организм от хирургического стресса в условиях шокового состояния. Другим фактором приведшим к острому нарушению гемодинамики и остановке сердца, могли быть неправильные параметры ИВЛ при проведении респираторной поддержки при гиповолемии, в условиях малого сердечного выброса. Дыхательный объем не должен превышать 5-6мл/кг, чтобы обеспечить адекватный венозный возврат, а минутный объем дыхания должен обеспечиваться увеличением частоты дыхания.

Чем больше объем кровопотери и ниже исходное АД сист., тем более значимым является правильная установка параметров ИВЛ: уменьшение ДО и

увеличение ЧД на респираторе, устранение всех режимов, увеличивающих внутригрудное давление (ПДКВ) для профилактики дополнительного снижения венозного возврата. После устранения гиповолемии параметры вентиляции можно вернуть к обычным значениям.

Кесарево сечение, особенно проводимое в экстренном порядке, в условиях по абсолютным акушерским показаниям (тазово - головная диспропорция, отслойка плаценты, угроза разрыва матки, тяжелая преэклампсия) являются операциями когда хирург работает на рефлексогенных зонах нижнего сегмента матки, шейки матки, что требует от анестезиолога проведение адекватной анальгезии и седатации пациента. Неадекватные варианты анестезии могут привести к срыву компенсаторных сил организма, необратимым процессам в микроциркуляции, на фоне уже имеющихся изменений к началу операции (спазм сосудов, острая анемия, болевой синдром).

На данный момент, по международным данным «золотым стандартом» при проведении анестезиологического пособия при кесаревом сечении является спинномозговая анестезия, которая обеспечивает полную и адекватную защиту организма от хирургического стресса и минимально влияет на плод. В стационарах, где широко применяется методики региональной анестезии, не отмечено случаев материнской смертности от проведения анестезиологического пособия.

Также при анализе данных случаев материнской смертности и выборочных историй родов женщин погибших от других осложнений выявлено, что в историях родов отсутствует согласие на проведение анестезиологического пособия, с указанием вида анестезии, возможных осложнениях, исходах, влияния на плод. Также не указывается параметры сатурации периферической крови, параметры и режимы ИВЛ, кислород во вдыхаемой смеси. По данным конфиденциального расследования случаев МС выявлено отсутствие на местах протоколов ведения анестезии, протоколов ведения трудной интубации и реанимационных мероприятий при осложнениях регионарной анестезии (гипотония, «высокий блок»). Также, нет данных о других возможных проблемах при проведении анестезиологических пособий - отказа оборудования, отсутствия кислорода, или других ситуациях, приводящих к грозным осложнениям.

При проведении анестезиологического пособия при данных случаях материнской смертности, которые были разобраны, необходимо было достигать адекватности анестезии и седатации, не ориентируясь на интересы ребёнка, так как в данном случае операции проводятся по жизненным показаниям. Шоковые состояния требуют от анестезиолога защиты организма от хирургической агрессии по всем системам:

- полноценные дозы внутривенных анестетиков и наркотических анальгетиков, обеспечивающих глубину анестезии с учетом длительности операции и операционного стресса;
- правильно подобранные параметры ИВЛ с учётом физиологии дыхания данного критического состояния, длительность проведения ИВЛ до полной стабилизации состояния;
- объем, качество, и скорость введения растворов для восполнения ОЦК;
- ведение послеоперационного периода на основе принципов доказательной медицины.

Также, согласно международным данным и результатов анализа истории родов, выявлено, что снижение МС от анестезии возможно при:

1. Увеличение процента применения региональной анестезии и снижение общей анестезии при анестезиологических пособиях в акушерстве. Спинномозговая анестезия должна являться анестезией выбора при проведении кесарево сечения на любом уровне оказания неотложной акушерской помощи. Необходимо постоянно проводить обучение врачей анестезиологов работающих в родовспомогательных учреждениях по программе НАП, используя манекены, ситуационные задачи, стажировку на рабочем месте в стационарах 3 уровня.
2. Более широкое использование оборудования для мониторинга параметров гемодинамики, дыхания, других витальных функции организма. Все родовспомогательные учреждения Узбекистана обеспечены данными системами, но не везде ведётся их клиническое применение.

3. Для снижения осложнений от анестезии и улучшения качества анестезиологической и реанимационной помощи необходимо увеличение количества квалифицированных врачей анестезиологов работающих в родовспомогательных учреждениях, обученных по программе акушерской анестезиологии. Разработать, утвердить стандарты проведения анестезии, для различных уровней оказания помощи, соответствующие клиническим руководствам по неотложной акушерской помощи, международным стандартам проведения анестезии.
4. Улучшение оснащённости родовспомогательных учреждений оборудованием для проведения ИВЛ, анестезии, средств для трудной интубации, применение ингаляционных и внутривенных, местных анестетиков и наркотиков нового поколения, с минимальным влиянием на систему мать-плод.

Список литературы:

1. A COG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion number 269 February 2002. Analgesia and cesarean delivery rates. American College of Obstetricians and Gynecologists. //Obstet. Gynecol. - 2002 - № 2 -P.369-70.
2. A merican Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Anesthesiology 2007 Apr;106(4):843-63
3. Шифман Е.М. Эпидуральная анестезия как метод обезболивания операции кесарева сечения: тридцать вопросов и ответов / Е.М. Шифман, Г.В. Филиппович // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2007.- Том I, № 2.- С. 83 - 92.
4. Chadwick H.S. Obstetric anesthesia - Then and now // Minerva Anestesiol 2005;71:517-20 10. Chestnut's Obstetric anesthesia: principles and practice/David H. Chestnut et al.-4th ed.-Elsevier Science – 2009 – 1222 p.
5. Cyna AM, Dodd J. Clinical update: obstetric anaesthesia. Lancet. 2007 Aug 25;370(9588):640-2.
6. Goetzl L.M. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 36, July 2002. Obstetric analgesia and anesthesia. //Obstet. Gynecol. - 2002 -№ 1- P. 177-91.
7. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer, 2003–2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007 [www. cemach. org. uk/ Publications /CEMACH Publications /Maternal-and-Perinatal-Health.aspx].

Пневмония

За анализируемый период от пневмоний умерло 63 женщины.

Пневмония была отнесена к непрямым косвенным причинам материнской смерти. В результате анализа медицинской документации и анкет, членами НК в 12 (19%) случаях материнская смерть от пневмонии была отнесена к 3 категории, в 51(81%) случаях – ко 2-й категории.

В 45 случаях (71%) пневмония развилась во второй половине беременности. В 83%(52 женщин) случаях пневмония развилась на фоне острой респираторной инфекции.

При конфиденциальном анализе случаев МС было установлено, что основной причиной смерти всех женщин послужила острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность вследствие тяжелого течения пневмонии.

Большинство умерших женщин были в возрасте 20-29 лет (84%-53), 3(5%)- в возрасте 16-19 лет, 7(11%)- в возрасте свыше 30 лет. Социальный статус подавляющего большинства умерших женщин - 98% домохозяйки (62 женщин из 63).Первобеременных было 46% и повторнбеременных 54%. Распределение женщин по срокам гестации: до 12 недель – 1 (1,5%) женщина, 12-21 недель - 19 (30%) женщин, 22-27 недель -9(14,5%), 28-36 недель – 32(51%) и свыше 36 недель – 2(3%) женщин.мАntenатальное наблюдение было у 59 (89%) беременных, 4 (11%) беременных антенатально не наблюдались.

При анализе случаев материнской смерти от пневмонии были выявлены следующие неиспользованные возможности, которые явились факторами, повлиявшими на исход:

1. **Поздняя госпитализация больных** отмечено у 51 (81%)женщины.Длительность заболевания до поступления в стационар у этих 51 женщины составила от 4 до 14 дней от начала заболевания до поступления в стационар. Состояние 48% (30) беременных женщин при поступлении в стационар оценено как средней тяжести, 17%(11) – как тяжелое, у 16%(10 женщин) состояние было оценено как крайне тяжелое.

19(30%) беременных женщин были сразу госпитализированы в отделение реанимации в связи с тяжестью состояния. Причинами поздней госпитализации были:

- незнание беременными и ее родственниками опасных признаков

Пример. Первобеременная 30 недель, в течение 8 суток у нее отмечается повышение температуры тела, кашель, недомогание. Дома беременная женщина принимает парацетамол в таблетках, таблетки от кашля, пьет чай с лимоном, растирает тело бараньим жиром. Со слов родственников, от жаропонижающих таблеток самочувствие больной улучшалось, днем она была активной, но вечером вновь поднималась температура тела и кашель усиливался. Родственники винят себя в том, что они не придали значения симптомам и вовремя не обратились к врачам. В стационар больная поступила в крайне тяжелом состоянии с выраженной дыхательной недостаточностью и состоянием септического шока. Через 2 дня она погибла.

При антенатальном наблюдении нужно уделить внимание обучению беременных и ее родственников опасным признакам во время беременности, таким как повышение температуры, и нужно включить в опасные признаки кашель. При эпидемиях гриппа возможно распространение буклетов-напоминаний о симптомах гриппа и важности обращения к врачу. Также при антенатальном уходе необходимо усилить патронаж на дому.

- позднее обращение к врачу по другим причинам. В 4 случаях не было антенатального ухода в связи с переездом женщин на другое место жительства, беременные не встали на учет в СВП, не обратились своевременно за помощью.

Пример. Повторнобеременная, имела 2 детей, муж был военный, уехал в командировку, беременная осталась одна с двумя детьми. Родственников и знакомых женщины в городе не было. Заболела она остро, состояние стремительно ухудшалось, но из-за маленьких детей она не могла обратиться к врачам, телефона СВП не знала, через 5 дней приехала мать больной из другой области и отвезла к врачам. Состояние больной было тяжелое, у нее развилась двусторонняя внебольничная пневмония, на 21 сутки она умерла от легочно-сердечной недостаточности.

Для улучшения доступности к медицинской помощи, нужно широко распространять телефоны СВП, СП, участковых врачей и медсестер, чтобы беременные могли по телефону сообщить о своих проблемах.

2. Недооценка тяжести состояния беременных при поступлении и соответственно - поздняя диагностика пневмоний -

отмечена у 18 больных (28%). У всех этих женщин, поступивших в стационар с явными клиническими симптомами пневмонии (кашель с мокротой, повышение температуры тела, одышка, выслушивание жесткого дыхания и хрипов в легких при аускультации), был поставлен диагноз «Острая респираторная инфекция», лишь на 3-5 сутки, когда состояние больных продолжило ухудшаться в динамике, было проведено рентгенологическое исследование легких и выставлен диагноз пневмонии. Ввиду недооценки состояния беременных было упущено время для проведения рациональной антибактериальной терапии и респираторной поддержки, что в свою очередь повлекло за собой развитие ОЛСН и смерти.

Стоит также отметить, что у всех этих 18 женщин, тяжесть состояния которых была недооценена при первичном осмотре, также имело место запоздалое проведение обследования для определения критериев тяжести пневмонии (рентген грудной клетки, общий анализ крови с лейкоформулой, мочевины, креатинин, лактат крови, сатурация SpO_2 крови, PaO_2/FiO_2 , ЦВД, осмотр консультантов, узких специалистов и др.).

3. Запоздалая и нерациональная респираторная поддержка и запоздалый перевод беременных в отделение реанимации и интенсивной терапии –

Во всех 63 случаях умерших женщин от внебольничной пневмонии – **100%** имеет место запоздалая респираторная поддержка! При явной дыхательной недостаточности, что описываются в историях болезни и опросных анкетах, нет ни одного случая своевременной респираторной поддержки!

17 (27%) беременных находились в отделении патологии беременных без респираторной поддержки при выявленной дыхательной недостаточности. Женщины были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) лишь на 3-5 сутки после поступления на фоне уже выраженной ДН (ЧД от 32 до 44 в минуту) и падающей сатурации SpO_2 крови.

Пример. Повторнобеременная 24 недели поступает в ОПБ с диагнозом: острый бронхит. Частота дыхания в момент поступления и в течение всего времени пребывания в ОПБ – 26-30 в минуту. Назначена антибактериальная терапия, инфузионная терапия. Лишь на 4 сутки беременная в крайне тяжелом состоянии переводится в ОАРИТ (ЧДД -42 в мин, сатурация SpO_2 – 62%, АД= 90/40 мм.рт.ст.). Женщине проводится инвазивная ИВЛ, она умирает через 2 дня от отека легких.

Беременные с тяжелым течением пневмонии с дыхательной недостаточностью должны находиться в отделении реанимации и интенсивной терапии, где будет проводиться рациональный мониторинг за её состоянием, гемодинамикой и будет обеспечена респираторная поддержка.

Респираторная поддержка при тяжелом течении пневмонии имеет наибольший приоритет.

Пример, Повторнобеременная, 31 нед, поступает в стационар с диагнозом ОРИ. Назначается 2 антибиотика, состояние в динамике с ухудшением. Через 2 дня развивается дыхательная недостаточность. При ЧДД-28-34 в минуту и сатурации кислорода в крови SpO_2 80%, больная не получает никакой респираторной поддержки. Только на 4 сутки при показателях ЧДД-36, пульса в 120 уд в мин. больную переводят на ИВЛ. Смерть наступает от прогрессирующей дыхательной недостаточности.

В ряде случаев имеет место нерациональная респираторная поддержка, неправильно выбранный режим вентиляции легких. В 22 случаях, когда имеются показания к инвазивной ИВЛ, были проведены неинвазивная ИВЛ.

Пример. Первобеременная, 27 недель, поступает с выраженной дыхательной недостаточностью, ЧДД 42 в минуту, сатурация SpO_2 82%. Больной проводится неинвазивная ИВЛ масочным методом. Состояние больной прогрессивно ухудшается, сатурация SpO_2 падает до 74%, через 10 часов на фоне гипоксии происходят судороги, больную переводят на инвазивную ИВЛ, во время интубации происходит отек легких. На следующий день в связи с дистрессом плода ее родоразрешают оперативным путем. Больная умерла от прогрессирующей дыхательной недостаточности через 3 дня.

Почему не было рациональной респираторной поддержки? При обработке анкет были выявлено, что врачи указывают :

- нет клинического протокола/руководства по внебольничным пневмониям
- нет клинических протоколов/стандартов с четкими критериями по респираторной поддержке, где указаны показания, выбор метода, параметры дыхательной поддержки.
- недостаточное знание анестезиологами-реаниматологами современного оборудования по респираторной поддержке (в анкетах указаны, что имеют современный аппарат «Велла» для вентилиции легких, но режимы дыхательной поддержки выбраны нерационально).

4. Прерывание беременности. Родоразрешение.

Врачи стараются прервать беременность по различным показаниям. Из 63 женщин, умерших от пневмонии, только 10 (16%) женщинам не прервали беременность, а в 53 случаях (84%) беременность была прервана следующими методами: кесарево сечение проведено 39 женщинам (62%), индуцированные вагинальные роды 8 (13%), медицинский аборт 6 (9%). Были определены следующие показания к прерыванию беременности: нарастание дыхательной недостаточности – 42(79%) случаев и 11 (21%) случаев - акушерские показания (преждевременная отслойка плаценты, дистресс плода, отхождение околоплодных вод и др.). Прерывание беременности при нестабильной гемодинамике, при выраженной дыхательной недостаточности может привести к тяжелым осложнениям. У 13(34%) женщин операция проведена под региональной анестезией, у 26 (66%) – под общим эндотрахеальным наркозом. Во время кесарева сечения умерли 8 (13%) женщин!!! от отека легких, остановки сердца и других осложнений. Во время кесарева сечения в связи с гипотонией матки в 2 случаях проведена перевязка магистральных сосудов матки, в 6 (9,5%) случаях объем операции расширен до ампутации матки. У 10 женщин (16%) после кесарева сечения послеоперационный период осложнился ранним кровотечением, септическими осложнениями и была проведена релапаротомия и экстирпация матки в 4-х случаях (6%).

Проведение прерывания беременности на фоне тяжелого состояния, операционная травма, расширение объема операций с дополнительной кровопотерей не оказывали ожидаемого положительного эффекта.

Пример. Повторнобеременная в сроке 31 недель поступила с жалобами на кашель с мокротой, резкую слабость, одышку. При поступлении ЧД 38 в минуту, SpO₂ 78%, АД 80\40 мм рт ст. Начата инфузионная и антибактериальная терапия, назначены вазоактивные препараты, несмотря на септический шок и снижение сатурации, не проводится ИВЛ, а через носовую канюлю подается кислород. Через 4 часа начата вентиляция легких, но не инвазивная ИВЛ, а неинвазивным масочным методом. На фоне применения вазоактивных препаратов АД повышается до 100\60 мм ртст, SpO₂ остается 78-80%. Консилиумом решено: в связи с тяжелым состоянием женщины (септический шок) прервать беременность операцией кесарева сечения. Операция проведена под эндотрахеальным наркозом, вовремя операции в связи с массивным кровотечением произведена ампутация матки, проведена плазма и гемотрансфузия. Больная умерла через 8 часов после операции от легочно-сердечной недостаточности.

Анализ проблем, связанных с вопросами определения срока и метода родоразрешения при пневмонии, достаточно сложен. Вопросы прерывания беременности и родоразрешения при тяжелой пневмонии остаются до сих пор дискуссионными в связи с отсутствием надежных доказательств в мире. Тем не менее, внебольничная пневмония не может явиться показанием к прерыванию беременности, а кесарево сечение при пневмонии должно проводиться только по акушерским показаниям.

5. Нерациональная антибиотикотерапия.

Несмотря на отсутствие улучшения состояния больной, при развитии дыхательной недостаточности 18 беременных (28%) получали цефалоспорины 1 поколения как монотерапию внутримышечно в течение 5-7 суток. Только монотерапия цефалоспорины применена у 6 (9,5%) больных до летального исхода. Комбинированная антибактериальная терапия применена у 57 больных, но 22 (35%) беременным она начата только на 4-8 сутки от поступления. Цефалоспорины 3-го поколения назначены 38 женщинам (61%), в т.ч комбинация цефалоспоринов с фторхинолонами всего в 8 случаях (13%), комбинация цефалоспоринов с аминогликозидами - 9 женщинам (14%), комбинация цефалоспоринов с макролидами назначены 11 женщинам (17%) и антибактериальные препараты только ряда метронидазола - 15 женщинам (24%).

Антибиотики цефалоспоринового ряда (цефтриаксон+сульбактам) использованы только у 6-х больных (9,5%), а аминопенициллины не применялись ни у одной из беременных.

Во всех 63 случаях назначение антибиотиков было эмпирическим, ни в одном случае не был проведен тест для определения патогенных микроорганизмов, даже при развитии тяжелого сепсиса у больных не была идентифицирована гемокультура.

У 17 (27%) больных с пневмонией, несмотря на явно отсутствие эффекта, смена антибиотиков не проводится в течение 4-6 суток, а у 13 (21%) беременных женщин с пневмонией смена антибиотиков проводилась через 24 часа на ту же группу.

Пример: Повторнобеременная в сроке 37-38 недель поступает в стационар с жалобами на кашель, повышение температуры тела, одышку. Беременную обследовали, выставлен диагноз «Внебольничная пневмония, дыхательная недостаточность 2 степени» и назначен цефотаксим (3-е поколение) в/м 2 раза в сутки. Состояние беременной ухудшается на 3-и сутки. Производится смена цефотаксима на цефуроксим (2-е поколение) по 0,75 гр в/м 2 раза в сутки. В этот же день беременная родоразрешается операцией кесарева сечения ввиду тазового предлежания плода, операция под ЭТН, после операции в связи с дыхательной недостаточностью ИВЛ продолжается. В послеоперационном периоде больная продолжает получать цефуроксим как монотерапию внутримышечно. Женщина погибла через сутки после родоразрешения в связи с нарастанием интоксикации и дыхательной недостаточности.

6. Не было организовано ведение больных мультидисциплинарной командой специалистов и перевода больных с тяжелой внебольничной пневмонией на более высокий уровень.

Более половины всех беременных (34 женщин -54%) умерших от пневмоний погибли на 1 уровне - в родильном отделении районной больницы. На 3 уровне погибли 14 (23,5%) женщин, на 2 уровне – 15 (24%) женщин.

Анализ этих данных и выявленные при анализе неиспользованные возможности, касающиеся диагностики пневмонии, позднее привлечение узких специалистов, лечения, мониторинга, респираторной поддержки, тактики ведения больных, дают возможность рекомендовать перевод больных с **тяжелой пневмонией** на более

высокий уровень оказания помощи (специализированные центры), где имеются условия для интенсивной терапии и последующего мониторинга, анестезиологи-реаниматологи владеющие режимами респираторной поддержки, мощная лаборатория, возможность консультирования узкими специалистами.

7. Полипрагмазия.

В 17 случаях(27%) имела место полипрагмазия, без четкого обоснования использованы от 13 до 23 препарата, в частности препараты с недоказанной эффективностью – эссенциале, ретаболил, актовегин, тималин, витамин Е, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, тивортин, рибоксин, иммунофан, анальгин и др. Также имело место широкое использование глюкокортикоидов (28 случаев) - преднизолона, дексаметазона, гидрокортизона, в 2 случаях одновременно использовали 2 препарата –преднизолон и дексаметазон, преднизолон и гидрокортизон. Возможно полипрагмазия, использование препаратов с недоказанной эффективностью, применение глюкокортикоидов не повлияли значительно на развитие смертельного исхода у беременных с пневмониями, но тем не менее, такие практики не должны быть использованы в лечении во избежание возможных осложнений.

Рекомендации:

1. Необходимо разработать клиническое руководство/ клинический протокол по пневмониям у беременных. В руководстве должны быть отражены классификация, обследование и диагностика, лечение, в т.ч рекомендации по противовирусной и антибактериальной терапии, мониторинг, показания к респираторной поддержке(инвазивной и неинвазивной), тактика ведения при пневмонии.
2. Информирование беременных об опасных симптомах во время беременности, в частности об опасности лихорадки, кашля и одышки. Беременные и члены их семей должны знать, что грипп во время беременности может скоро привести к развитию пневмонии и раннее начало терапии пневмонии значительно повышает благоприятный исход.

Телефоны сельской врачебной поликлиники или семейной поликлиники, а также рабочие телефоны участкового семейного врача должны быть вывешены на зданиях местной администрации, школ, больницы, поликлиники и т.д.

3. При наличии у беременной лихорадки, кашля, одышки необходимо её госпитализировать в стационар. Разработать критерии тяжести пневмонии и госпитализировать заболевших в отделение реанимации и интенсивной терапии в зависимости от их состояния.
4. Разработать четкие критерии перевода на неинвазивное и инвазивное ИВЛ, режимы и параметры вентиляции. Обучить анестезиологов реаниматологов респираторной поддержке и работе на современном оборудовании по вентиляции легких.
5. Пневмония не является показанием для прерывания беременности. Прерывание беременности и кесарево сечение у беременных с пневмонией проводить по акушерским показаниям или при развитии полиорганной недостаточности в сроке более 32 недель.
6. При пневмонии у беременных привлечь узких специалистов для совместного ведения больной. При тяжелом течении пневмонии у беременных сообщить в региональный перинатальный центр для решения дальнейшей тактики ведения больной и перевода больной в специализированные центры (институт/отделение/центр пульмонологии, перинатальный центр, центры экстренной медицинской помощи).

Список литературы:

1. 1.American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia // J. Respir. Crit. Care Med. — 2001. — Vol. 163. — P . 1730-1754.
2. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare- associated pneumonia // J. Respir. Crit. Care Med. — 2005. — Vol. 171. — P . 388-416.
3. Chen Y-H, Keller J, Wang I-T, et al. Pneumonia and pregnancy outcomes: a nationwide population-based study. Am J Obstet Gynecol 2012;207:288.e1-7.
4. P.S. Ramsey, K.D. Ramin Pneumonia in pregnancy: medical complications of pregnancy Obstet. Gynecol. Clin. North Am., 28 (2001), pp. 553–569
5. M.R. Shariatzadeh, T.J. Marrie Pneumonia during pregnancy Am. J. Med., 119 (2006), pp. 872–878
6. R. Cornella, M.D. Graves Pneumonia in pregnancy Clin. Obstet. Gynecol., 53 (2010), pp. 329–336

7. A.M. Kaunitz, J.M. Hughes, D.A. Grimes Causes of maternal mortality in the United States Obstet. Gynecol., 65 (1985), pp. 605–612
8. H. William, M.D. Goodnight, E. David, M.D. Soper Pneumonia in pregnancy Crit. Care Med., 33 (2005), pp. s390–s397

Заключение

Ежегодно в Узбекистане умирают более 100 женщин от осложнений связанными с беременностью и родами. Риск материнской смерти для женщин фертильного возраста в Узбекистане составляет по данным ВОЗ 1:1400. Большинство этих смертей можно было бы предотвратить, но для этого необходимо располагать нужной информацией, которая поможет определить, что можно сделать для того, чтобы предотвратить необоснованные смерти. Именно такую информацию может представить нам конфиденциальный аудит материнской смерти. КИСМС направлено на понимание причин, приводящих к смерти и определение путей предотвращения смерти. Основным принципом КИСМС является соблюдение конфиденциальности, анонимности, которая обеспечивает открытость при изложении ситуации, что позволяет воссоздать более полную картину точной цепи событий. Основными причинами МС в Узбекистане являются прямые акушерские причины: кровотечение, гипертензионные состояния и акушерский сепсис. Многие из этих МС можно было бы предотвратить, применяя определенные, доказанные современные технологии. Национальный комитет КИСМС проведя конфиденциальное исследование, определил, что имеются следующие пути улучшения текущей практики для снижения материнской смерти:

1. Регионализация перинатальной помощи.

При конфиденциальном исследовании случаев МС было выявлено, что многие женщины, имели факторы риска, которые могли служить показанием для направления или перевода на более высокий уровень, где есть условия, персонал, оборудование и больше возможностей для оказания мультидисциплинарной специализированной помощи. Из всех 268 умерших, 55% произошли на уровне районных родильных отделений (1 уровень оказания

помощи), 14% - на 2 уровне и 31% - на 3 уровне. Также, необходимо разработать четкую систему реанимационно-консультативно-транспортной службы, которая будет способствовать своевременному переводу или консультированию беременных, родильниц с тяжелой патологией или осложнениями в учреждение 3 уровня или оказанию таким больным женщинам необходимой помощи на месте

2. Улучшение оказания неотложной акушерской помощи. НК КИСМС при анализе случаев выявил, что в ряде случаев МС от дородовых или послеродовых кровотечений, преэклампсии тяжелой степени, эклампсии, сепсисе и других состояниях имеются задержки оказания неотложной акушерской помощи. Причинами этих задержек были следующие факторы: в ряде случаев ограниченная доступность квалифицированного персонала, владеющего хирургическими навыками остановки кровотечения, ограниченная доступность анестезиолога-реаниматолога, владеющего регионарной анестезией, респираторной поддержкой (в случаях тяжелого сепсиса, пневмоний) и навыками и знаниями оказания неотложной акушерской помощи в соответствии с современными протоколами, ограниченная доступность других специалистов (сосудистого хирурга, общего хирурга). Необходимо проводить регулярную оценку родильных учреждений по готовности к оказанию экстренной акушерской помощи (наличие оборудования, медикаментов, круглосуточная доступность специалистов, инфраструктура, средства связи, транспорта, стандартов оказания помощи и др).

3. Непрерывное обучение персонала

В связи с проблемами оказания неотложной помощи встал вопрос о непрерывном обучении персонала эффективным перинатальным технологиям, современным методам при оказании неотложной акушерской помощи. В постдипломное образование и программу обучения магистров необходимо включить материалы курсов по «Эффективному перинатальному уходу», «Неотложной акушерской помощи». Больше внимания уделять приобретению практических навыков оказания помощи – проведению операций КС, гистерэктомии, наложению компрессионных

швов на матку, перевязке сосудов. Использовать наставничество для обучения молодых специалистов, использовать симуляционные методы обучения и др.

Обучение анестезиологов-реаниматологов, работающих в родильных учреждениях или в районных медицинских объединениях оказанию помощи при ургентных состояниях в акушерстве (интенсивная терапия при кровотечениях, преэклампсии, тяжелом сепсисе\септическом шоке). Обучение анестезиологов-реаниматологов навыкам по проведению региональной анестезии, работе с оборудованием по проведению респираторной поддержки беременным и родильницам.

4. В родовспомогательных учреждениях создать запас компонентов крови (СЗП, эр-масса) в соответствии с существующими требованиями. Материнская смертность от кровотечений стоит на первом месте в течение ряда последних лет. НК по КИСМС при анализе случаев по акушерским кровотечениям выявили, что в ряде случаев МС имелись проблемы с доступностью препаратов крови в ночное время (проблемы с наличием одногруппной крови, проблемы с доставкой препаратов крови). Своевременная гемотрансфузия при массивных кровотечениях имеет важное значение для выживаемости женщин. Необходимо организовать безвозмездное донорство, чтобы препараты крови были в достаточном количестве заготовлены, администрации роддома нужно решить вопросы транспорта в ночное время для доставки крови, возможным решением будет организация банка крови для более крупных роддомов, где проходят много родов.
5. Пересмотр существующих национальных руководств по кровотечению, гипертензивных состояний в свете новых доказательств и разработка новых клинических руководств/протоколов. Во всех родильных учреждениях разработать и внедрить местные короткие стандарты/алгоритмы по оказанию помощи при неотложных состояниях в акушерстве с учетом местных возможностей и условий. Проводить регулярный мониторинг внедрения этих стандартов в учреждении.

В стране имеются 10 клинических руководств по акушерству. Конфиденциальный анализ случаев МС показал, что несмотря на наличие протоколов/стандартов (что было выявлено в анкетах), в ряде случаев имело место субстандартная помощь или помощь не соответствующая стандартам по кровотечению, преэклампсии, сепсису, осложненным родам. В связи с появлением новых доказательств, назрела необходимость пересмотра клинических руководств по гипертензивным состояниям и послеродовым кровотечениям (от 2007г) (дать новые рекомендации по антигипертензивной терапии, ограничении инфузионной программы, действий при олигурии\анурии при преэклампсии, рекомендации по стабилизации состояния, вопросы родоразрешения, пересмотреть жесткие временные рамки родоразрешения при тяжелой преэклампсии (24 часа) при сроках до 32 недель, что приводит к неоправданному экстренному кесарево сечению в ближайшие часы после поступления и включить в руководство по кровотечению меры борьбы и интенсивной терапии при геморрагическом шоке)

- необходимо разработать руководства/клинические протоколы по дородовым кровотечениям, тромбоэмболическим осложнениям и пневмонии (на это указывают в опросных листах все врачи, которые столкнулись с данной ситуацией).

5. В родильных учреждениях внедрить аудит «едва не умерших» женщин, перенесших критическую акушерскую ситуацию. Внедрение аудита критических ситуаций поможет персоналу на основе извлечения урока из случая разработать рекомендации для улучшения текущей практики, что будут способствовать повышению качества оказанию помощи и снижению материнской заболеваемости и смертности.

6. Любой работник здравоохранения, который знает о смерти женщины, которая или беременна или в течение 42 дней после завершения беременности, обязан сообщать об этом их руководителю здравоохранения или в секретариат по КИСМС (секретариат находится в РПЦ). Персонал соответствующих родовспомогательных учреждений и другие работники здравоохранения обязаны участвовать в работе Конфиденциального исследования случаев материнской смерти. Участники случая материнской смерти обязаны заполнить опросные листы согласно приказа МЗ РУз №243. Конфиденциальность и анонимность гарантируется НК по КИСМС.

Учитывая, что не все случаи МС, прошедшие за 2010-2012 гг. были представлены в НК КИСМС, а также учитывая, что опросные листы в некоторых представленных случаях были заполнены небрежно, или не заполнены, председатель и члены НК КИСМС призывают медицинских работников более активно участвовать в конфиденциальном исследовании случаев МС, более открыто обсуждать факторы способствовавшие данному случаю и представить свое видение по улучшению текущей практики. Посредством уроков, извлекаемых в результате анализа смерти каждой женщины, путем обобщения данных расследования КИСМС предоставит информацию об основных препятствиях на пути преодоления проблемы материнской смертности, даст анализ возможных с практической точки зрения действий и выделят основные области, нуждающиеся в рекомендациях для сектора здравоохранения и для действий на уровне местных родовспомогательных учреждений, а также для разработки клинических руководств в целях улучшения клинических результатов.

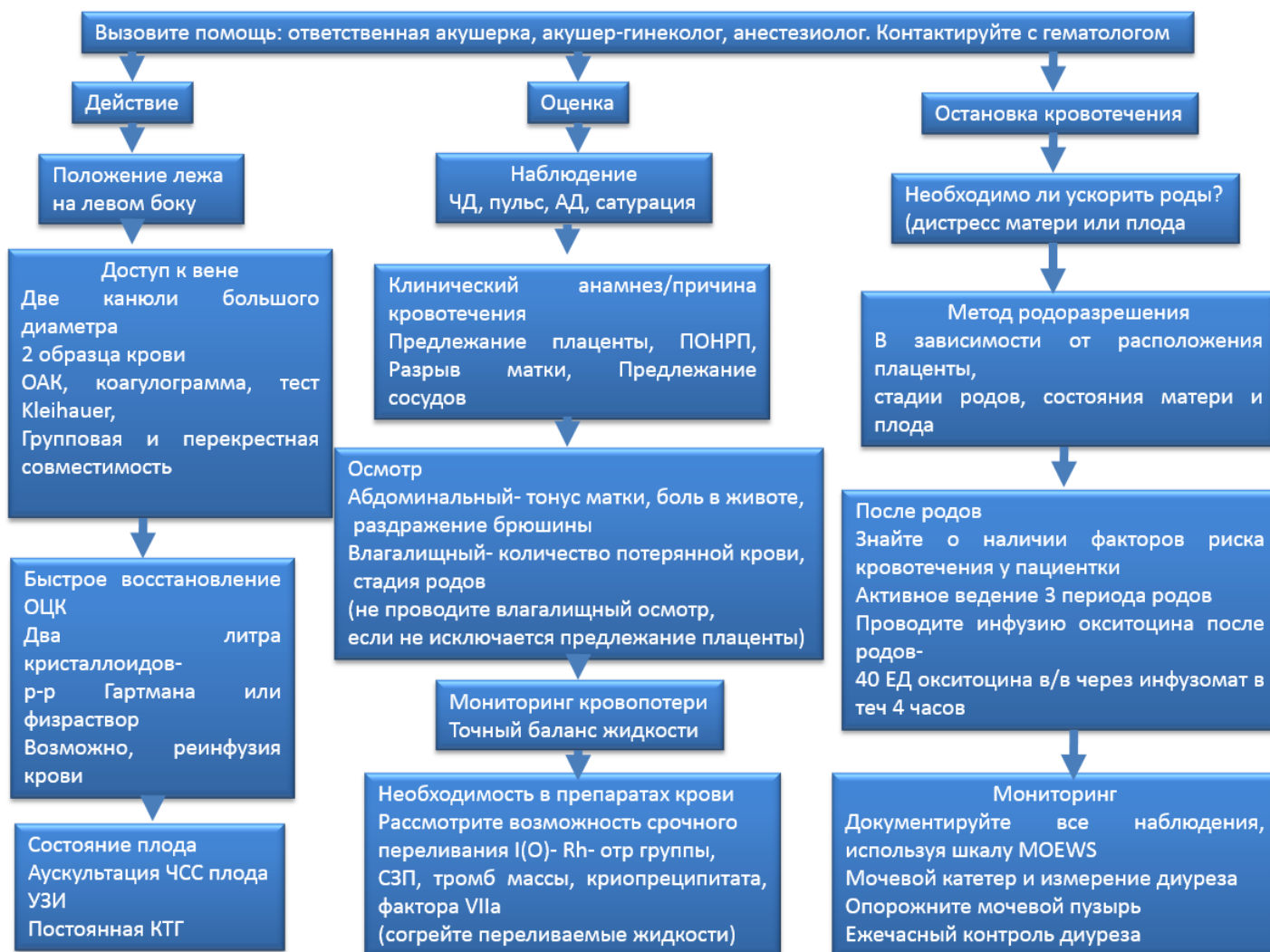
В заключении, хочется отметить, что Национальный Комитет проделал работу по поиску ответа на вопрос «почему умерла женщина?», по поиску неиспользованных возможностей и на основании результатов разработал 10 общих рекомендаций и рекомендации по нозологиям, которые, как мы надеемся, будут способствовать усвоению урока из трагического случая, действовать для улучшения текущей практики и содействовать спасению жизни матерей.

Приложение 1. Алгоритмы по преэклампсии, кровотечению, разрыву матки.

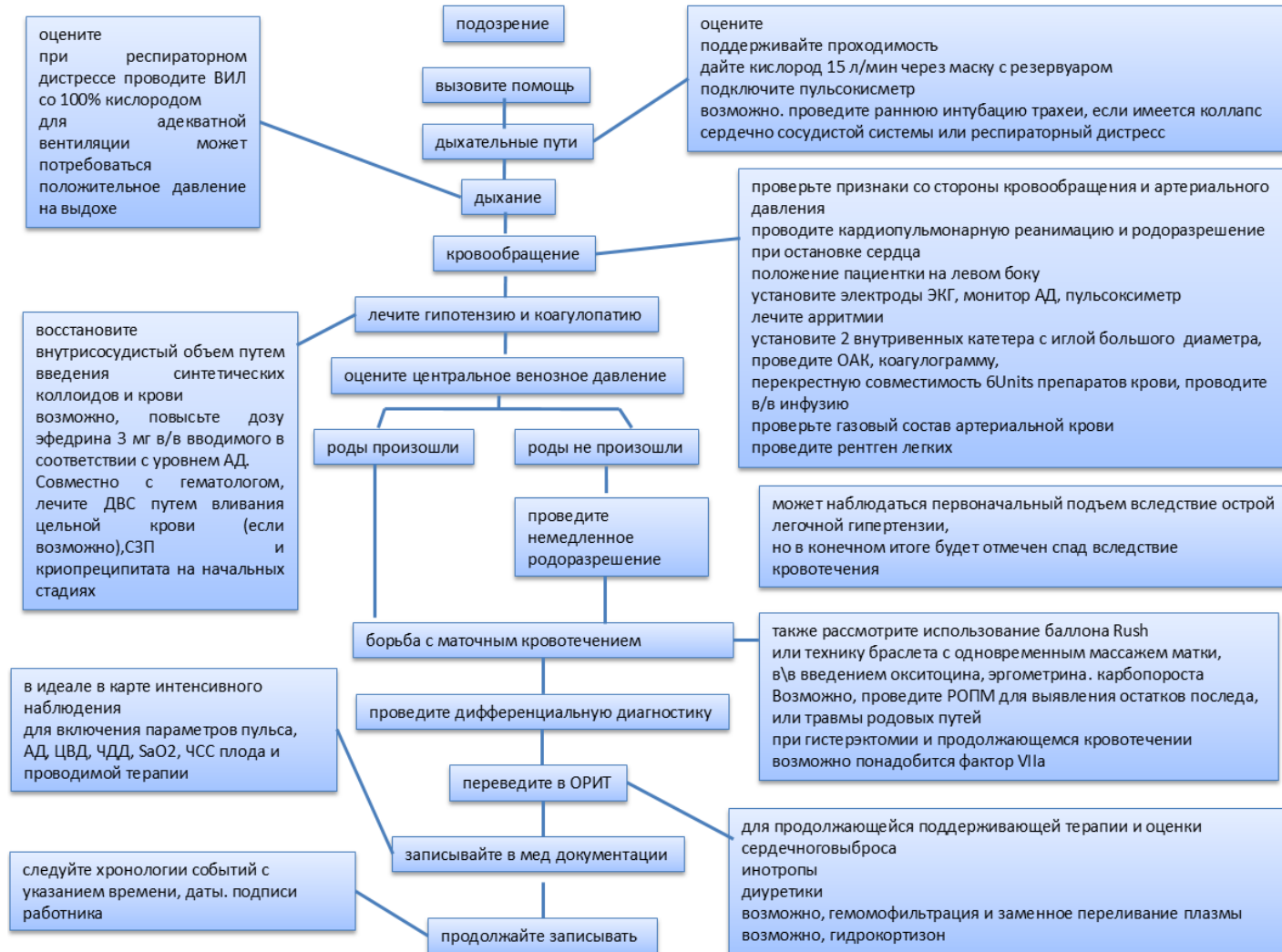
Алгоритм по ведению послеродового кровотечения



Алгоритм по ведению родового кровотечения



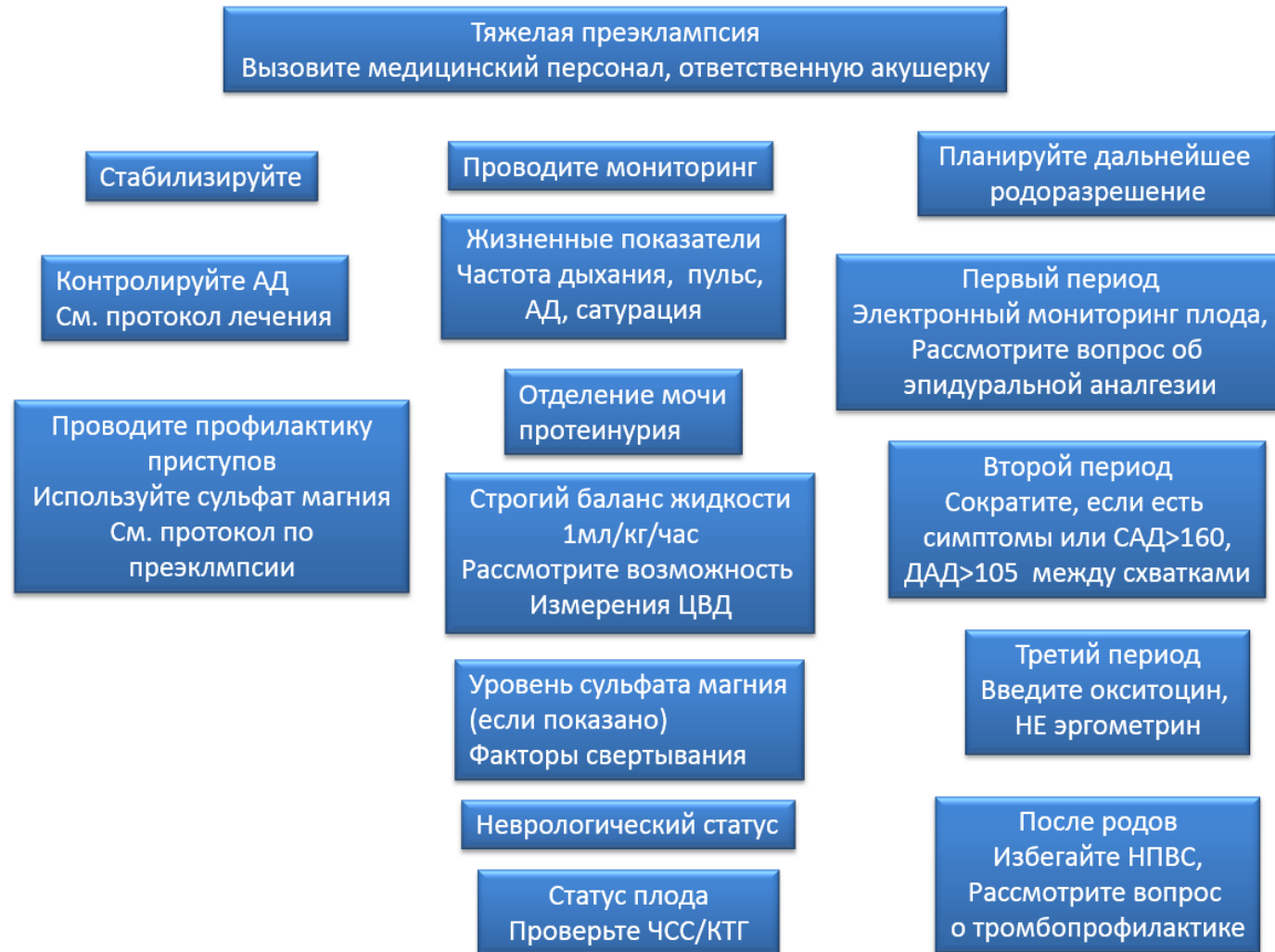
Алгоритм по ведению разрыва матки



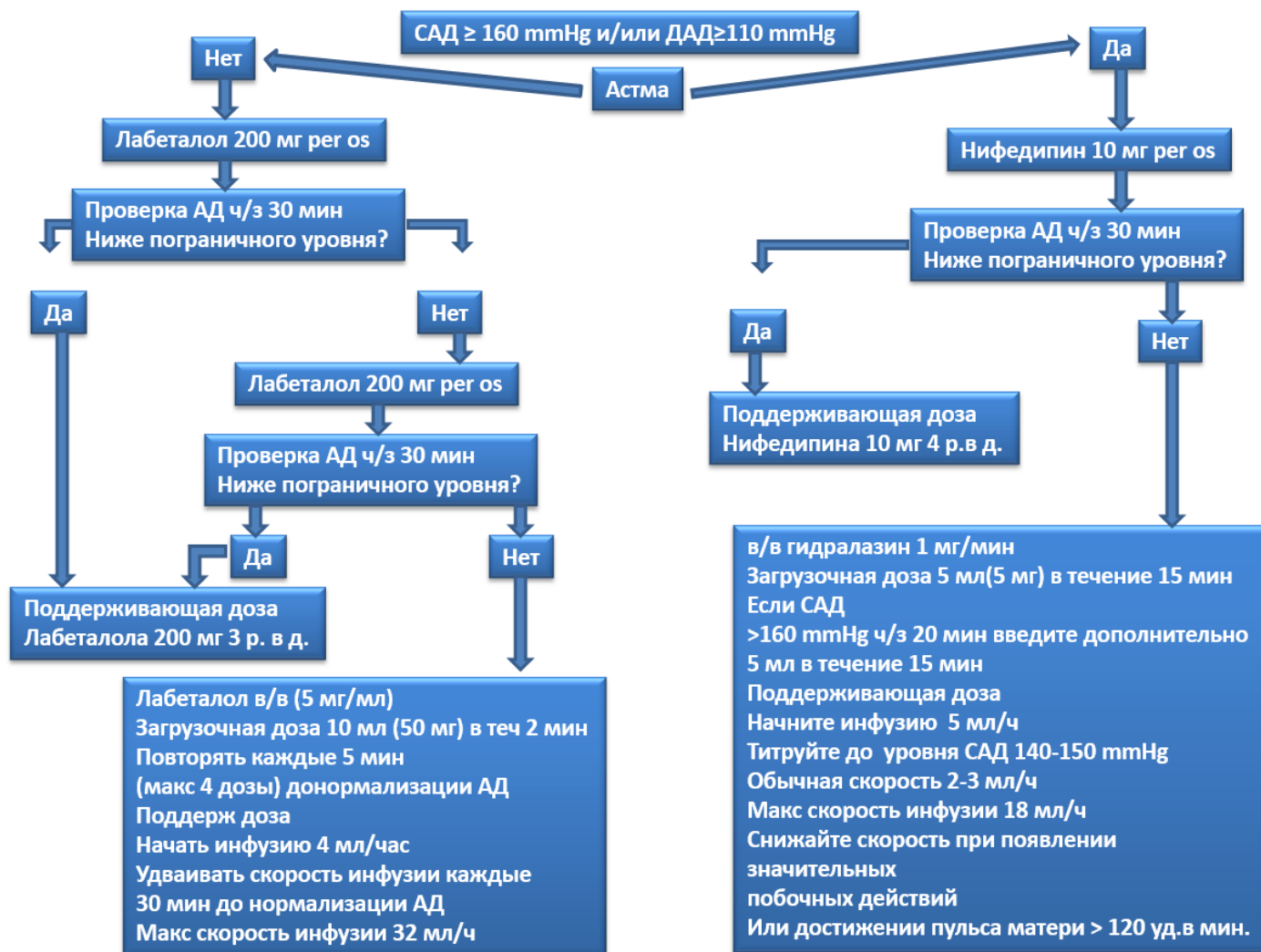
Алгоритм по ведению тяжелой преэклампсии/эклампсии № 1



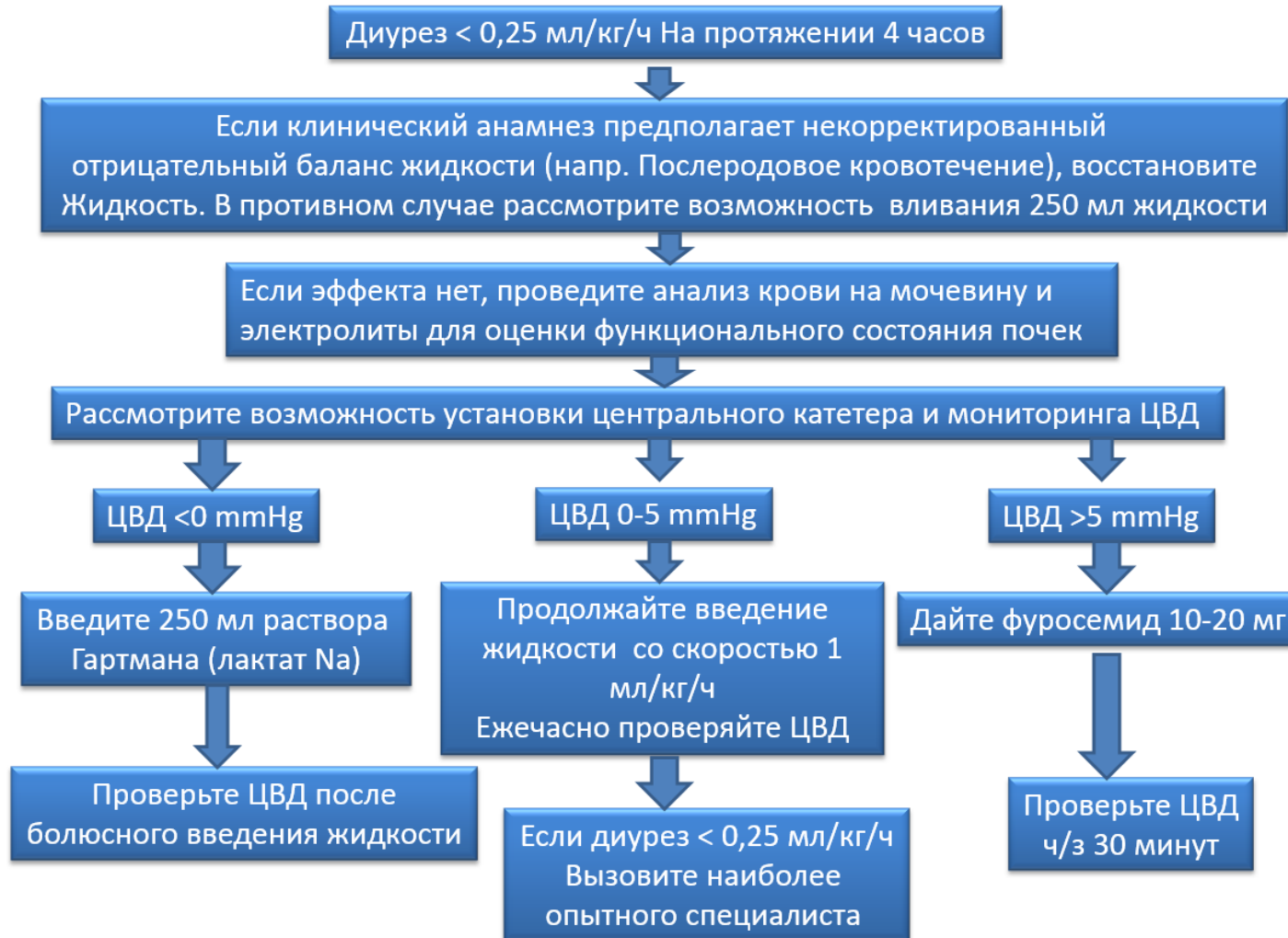
Алгоритм по ведению тяжелой преэклампсии/эклампсии № 2



Алгоритм по ведению выраженной гипертензии/тяжелой преэклампсии/эклампсии № 3



Алгоритм по ведению тяжелой преэклампсии/эклампсии № 4



Список литературы:

1. Practical Obstetric Multi-Professional Training Practical locally based training for obstetric emergencies Course Manual Edited by Cathy Winter, Jo Crofts, Chris Laxton, Sonia Barnfield and Tim Draycott 3rd printing 2014
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management, Green top Guidelines 52; May 2009 (minor revisions Nov 2009 and Apr 2011) <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52> Accessed 15 Sept 2014
3. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta 2009. World Health Organization, Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf Accessed 15 Sept 2014
4. WHO recommendation for prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Dept. of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. 2012
5. NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at:
<http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>
6. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006.
7. Abdel-Hady ES, Fawzy M, El-Negri M, et al: Is expectant management of early-onset severe preeclampsia worthwhile in low-resource settings? Arch Gynecol Obstet 282(1):23, 2010
8. Alexander JM, Cunningham FG: Management. In Taylor RN, Roberts JM, Cunningham FG (eds): Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy, 4th ed. Amsterdam, Academic Press, 2014
9. American College of Obstetricians and Gynecologists: Antepartum fetal surveillance. Practice Bulletin No. 9, October 1999, Reaffirmed 2012a
10. American College of Obstetricians and Gynecologists: Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Practice Bulletin No. 33, January 2002, Reaffirmed 2012b

11. American College of Obstetricians and Gynecologists: Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol* 122:1122, 2013b
12. American College of Obstetricians and Gynecologists: Magnesium sulfate use in obstetrics. Committee Opinion No. 573, September 2013c