



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)  
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

23 ОКТ 2017

№

15-4/10/2-1340

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
государственной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет методическое письмо «Аудит критических акушерских состояний в Российской Федерации в 2016 году» для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, главными врачами перинатальных центров и родильных домов (отделений) при организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, а также гинекологическим больным.

Приложение: на 44 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Е.В. Гусева: 627-24-00 \* 1540

14648

02.11.17

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения

**АУДИТ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2016 ГОДУ**

(методическое письмо)

МОСКВА, 2017

# Авторы:

заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России О.С. Филиппов

заместитель директора Департамента – начальник отдела охраны репродуктивного здоровья и внедрения эффективной акушерско-гинекологической помощи Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Е.В. Гусева

Директор ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Горюкова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Центрального федерального округа д.м.н. А.И. Малышкина

главный врач Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Родильный дом № 17», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Северо-Западного федерального округа д.м.н., профессор А.В. Михайлов

заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Северо-Кавказского федерального округа Н.В. Зубенко

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Приволжского федерального округа д.м.н., профессор И.Ф. Фаткуллина

Директор ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Уральского федерального округа д.м.н., профессор Н.В. Башмакова

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный, внештатный специалист по акушерству и гинекологии Сибирского федерального округа д.м.н., профессор Н.В. Артымук

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Дальневосточного федерального округа д.м.н., профессор т.ю. Пестрикова

начальник организационно-методического отдела Научно-исследовательского института акушерства и педиатрии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России д.м.н. Н.В. Палиева

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Центрального федерального округа (А.И. Матлышкина) .....	5
2. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Северо-Западного федерального округа (А.В. Михайлов) .....	14
3. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Южного федерального округа (Н.В. Палиева) .....	15
4. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Северо-Кавказского федерального округа (Н.В. Зубенко, Н.В. Палиева) .....	17
5. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Приволжского федерального округа (И.Ф. Фаткуллин) .....	19
6. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Уральского федерального округа (Н.В. Башмакова) .....	27
7. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Сибирского федерального округа (Н.В. Артымук) .....	36
8. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Дальневосточного федерального округа (т.ю. Пестрикова) .....	40



# 1. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Центрального федерального округа

Важным звеном в профилактике неблагоприятных исходов у беременных женщин, рождений и родильниц является мониторинг тяжелых акушерских осложнений.

В течение последних лет институт проводит аудит случаев «near miss» («почти потерпевшие») или «сдава не умершие») в курируемых субъектах ЦФО. Прежде всего, проводился анализ данных вкладывающих отчетной формы № 32.

По данным отчетной формы статистического наблюдения в 2016 году зарегистрировано 1 800 случаев острой тяжелой материнской заболеваемости в учреждениях родовспоможения ЦФО. Частота критических акушерских состояний (далее – КАС) в 2016 году составила в целом по ЦФО 8,6 на 1 000 родов, в том числе в медицинских организациях (далее – МО) родовспоможения I уровня 3,4 ‰, II уровня – 6,7 ‰, III – 14,8 ‰ (табл. № 1).

Таблица № 1

Частота критических акушерских состояний в зависимости от уровня МО родовспоможения (на 1 000 родов)

Субъект ЦФО	I уровень	II уровень	III уровень	Всего
Белгородская область	2,9	4,4	22,3	12,2
Брянская область	2,6	19,2		17,3
Владимирская область	0,0	17,0	53,6	23,3
Воронежская область	1,2	0,9	3,1	1,5
Ивановская область	9,3	11,4	32,3	16,9
Калужская область	4,8	0,5	1,2	1,5
Костромская область	1,7	1,4		1,5
Курская область	6,2	0,8	0,5	1,0
Липецкая область	3,6	1,6	2,4	2,0
Орловская область	5,3	1,7	4,3	2,6
Рязанская область	1,1	0,5	3,2	1,2
Смоленская область	0,0	1,4	0,4	0,8
Тамбовская область	8,8	7,0		7,2
Тверская область	0,0	1,0	12,9	3,7
Тульская область	8,7	23,1	25,6	23,6
Ярославская область	12,3	8,6	23,0	12,9
ЦФО	3,4	6,7	14,8	8,6

Наиболее низкой в 2016 году была частота КАС в Смоленской области (0,8 ‰), наиболее высокой – в Тульской (23,6 ‰), Владимирской (23,3 ‰) областях (разница показателей – 30 раз).

В МО родовспоможения I уровня Владимирской, Смоленской, Тверской областей случаев КАС не было, низкой была их частота в Рязанской (1,1 ‰), Воронежской (1,2 ‰) областях, высокой – в Ивановской (9,3 ‰), Тамбовской (8,8 ‰), Тульской (8,7 ‰) областях.

В МО родовспоможения II уровня частота КАС была низкой в Калужской и Рязанской областях (по 0,5 ‰), высокой – в Тульской (23,1 ‰), Брянской (19,2 ‰), Владимирской (17,0 ‰) областях (разница показателей – 46 раз).

Частота КАС в МО родовспоможения III уровня была низкой в Смоленской (0,4 ‰), Курской (0,5 ‰) областях, высокой – во Владимирской области (53,6 ‰) (разница показателей – 134 раза).

Частота КАС в МО родовспоможения I уровня по сравнению с таковой в МО максимально высокого уровня была выше в Калужской, Костромской, Курской, Липецкой, Орловской, Тамбовской областях.

В 2016 году в ЦФО 50,9 ‰ КАС от числа всех КАС имели место в акушерских стационарах II уровня, в стационарах III уровня – 46,1 ‰, I уровня – 3,1 ‰ (табл. № 2).

Таблица № 2

Распределение критических акушерских состояний в зависимости от уровня МО родовспоможения (%)

Субъект ЦФО	I уровень	II уровень	III уровень	Всего
Белгородская область	1,0	13,1	79,9	100,0
Брянская область	1,7	98,3		100,0
Владимирская область	0,0	59,4	40,6	100,0
Воронежская область	5,6	41,7	52,8	100,0
Ивановская область	3,6	45,2	51,3	100,0
Калужская область	66,7	20,0	13,3	100,0
Костромская область	27,3	72,7		100,0
Курская область	41,7	41,7	16,7	100,0
Липецкая область	14,8	48,1	37,0	100,0
Орловская область	4,8	47,6	47,6	100,0
Рязанская область	13,3	26,7	60,0	100,0
Смоленская область	0,0	71,4	28,6	100,0
Тамбовская область	8,7	91,3		100,0
Тверская область	0,0	19,2	80,8	100,0
Тульская область	2,3	35,1	62,6	100,0
Ярославская область	0,5	46,5	53,0	100,0
ЦФО	3,1	50,9	46,1	100,0

Наиболее низкой была доля КАС в МО родовспоможения I уровня в Ярославской (0,5 ‰) области, наиболее высокой – в Калужской области (66,7 ‰). Наиболее низкой доля КАС в МО родовспоможения III уровня была в Калужской области (13,3 ‰), наиболее высокой – в Тверской области (80,8 ‰).



Среди случаев КАС удельный вес презклампсии, эклампсии составили в 2016 году в целом по ЦФО 33,7 %. Не было случаев тяжелых гипертензивных расстройств, обусловивших КАС, в Костромской области, наиболее высокой была их доля среди всех случаев КАС в Калужской области (53,3 %) (табл. № 3).

Таблица № 3

**Частота презклампсии, эклампсии в акушерском стационаре  
(на 1000 родов) и их удельный вес в КАС (%)**

Субъект ЦФО	Частота презклампсии, эклампсии (на 1000 родов)	Удельный вес презклампсии, эклампсии в критических акушерских состояниях (%)
Белгородская область	7,2	59,3
Брянская область	2,9	16,7
Владимирская область	7,8	33,7
Воронежская область	0,2	13,9
Ивановская область	4,4	25,9
Калужская область	0,8	53,3
Костромская область	0,0	0,0
Курская область	0,1	8,3
Липецкая область	0,5	22,2
Орловская область	0,9	33,3
Рязанская область	0,2	13,3
Смоленская область	0,3	42,9
Тамбовская область	1,8	24,6
Тверская область	1,9	51,9
Тульская область	7,6	32,0
Ярославская область	5,7	44,4
<b>ЦФО</b>	<b>2,9</b>	<b>33,7</b>

Частота презклампсии, эклампсии, обусловивших случаи КАС, составила в целом по ЦФО 2,9 на 1 000 родов, не было случаев тяжелых гипертензивных осложнений в Костромской области, самой высокой была частота эклампсии, обусловившей КАС, во Владимирской области (7,8 %).

В целом по ЦФО удельный вес презклампсий, эклампсий, обусловивших случаи КАС, в МО родовспоможения III уровня составил 69,2 %, II уровня – 29,7 %, I уровня – 1,2 % (табл. № 4).

**Распределение презклампсий, эклампсий в зависимости от уровня МО  
родовспоможения в территории (%)**

Таблица № 4

Субъект ЦФО	I уровень	II уровень	III уровень	Всего
Белгородская область	0,0	6,5	93,5	100,0
Брянская область	0,0	100,0		100,0
Владимирская область	0,0	47,9	52,1	100,0
Воронежская область	0,0	80,0	20,0	100,0
Ивановская область	2,0	35,3	62,7	100,0
Калужская область	62,5	12,5	25,0	100,0
Костромская область	0,0	0,0		100,0
Курская область	100,0	0,0	0,0	100,0
Липецкая область	0,0	33,3	66,7	100,0
Орловская область	0,0	42,9	57,1	100,0
Рязанская область	0,0	100,0	0,0	100,0
Смоленская область	0,0	100,0	0,0	100,0
Тамбовская область	0,0	100,0		100,0
Тверская область	0,0	18,5	81,5	100,0
Тульская область	0,0	14,3	85,7	100,0
Ярославская область	0,0	6,8	93,2	100,0
<b>ЦФО</b>	<b>1,2</b>	<b>29,7</b>	<b>69,2</b>	<b>100,0</b>

В Курской области все случаи презклампсий, эклампсий, обусловивших КАС, произошли в МО родовспоможения I уровня, в Калужской области – 62,5 %, в Ивановской области – 2,0 %, в 13 субъектах ЦФО – не было.

Удельный вес презклампсий, эклампсий в МО родовспоможения III уровня от числа всех презклампсий, эклампсий, обусловивших КАС в территории, был наиболее высоким в Белгородской (93,5 %), Ярославской (93,2 %) областях, не было – в Курской, Рязанской, Смоленской областях.

Доля презклампсий, эклампсий, развившихся в акушерском стационаре от всех презклампсий, эклампсий, обусловивших КАС, в 2016 году в целом по ЦФО составила 70,3 %, была наиболее высокой в Брянской, Ивановской, Смоленской, Тамбовской, Тульской областях (98–100 %), не было таких случаев в акушерских стационарах Воронежской, Курской, Липецкой областей (рис. № 1).



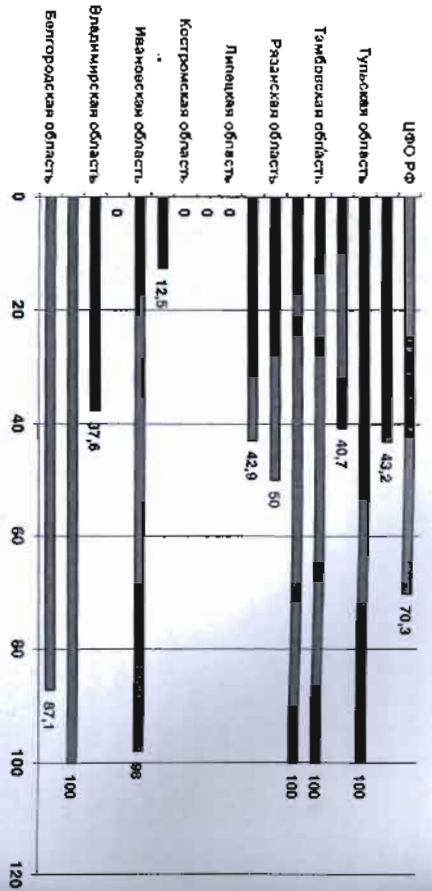


Рис. № 1. Удельный вес пресектампний, эклампсий, обусловивших КАС стационаре от всех пресектампний, эклампсий, обусловивших КАС в 2016 году (%)

В 2016 году в ЦФО произошло 17 случаев разрывов матки: в Ярославской области – 3 случая, в Белгородской, Костромской, Орловской, Смоленской, Тверской областях – по 2 случая, во Владимирской, Воронежской, Калужской, Липецкой областях – по 1 случаю. Большинство случаев разрывов матки – 64,7% (11 из 17) произошло в акушерском стационаре. В целом по ЦФО частота случаев разрывов матки составила 0,08 на 1000 родов и была наиболее высокой в Костромской области – 0,27 на 1000 родов (рис. № 2).

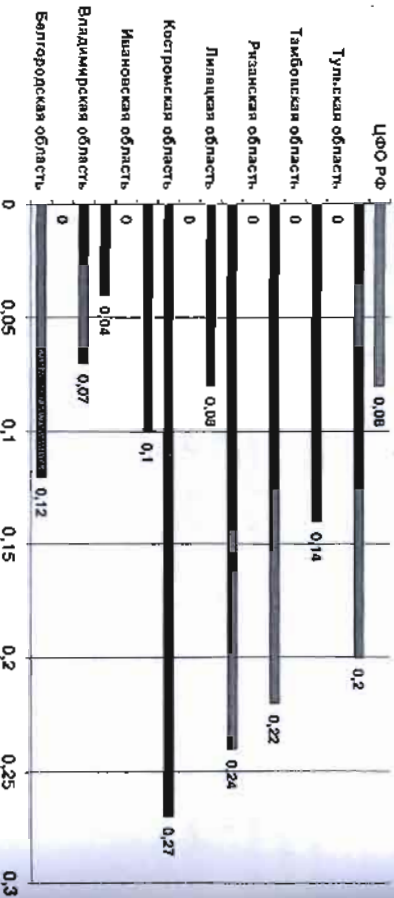


Рис. № 2. Частота разрывов матки в 2016 году (на 1 000 родов)

В 2016 году в целом по ЦФО частота акушерских кровотечений, обусловивших КАС, составила 5,6 на 1 000 родов, была наиболее низкой в Смоленской области (0,2%), наиболее высокой – в Тульской области (16,1%) (разница в 80 раз) (табл. № 5).

Таблица № 5

Частота акушерских кровотечений в акушерском стационаре (на 1 000 родов) и их удельный вес в КАС (%)

Субъект ЦФО	Частота акушерских кровотечений (на 1 000 родов)	Удельный вес акушерских кровотечений в критических акушерских состояниях (%)
Белгородская область	4,8	39,7
Брянская область	14,5	83,3
Владимирская область	15,4	66,0
Воронежская область	1,1	77,8
Ивановская область	12,5	74,1
Калужская область	0,6	40,0
Костромская область	1,1	72,7
Курская область	1,0	91,7
Липецкая область	1,4	70,4
Орловская область	1,2	47,6
Рязанская область	1,0	86,7
Смоленская область	0,2	28,6
Тамбовская область	5,4	75,4
Тверская область	1,6	44,2
Тульская область	16,1	68,0
Ярославская область	6,5	50,5
ЦФО	5,6	64,6

В 2016 году в целом по ЦФО удельный вес акушерских кровотечений в общем числе КАС составил 64,6%, был наиболее низким в Смоленской (28,6%) области, наиболее высоким – в Курской области (91,7%).

В 2016 году в целом по ЦФО удельный вес акушерских кровотечений, обусловивших КАС, в МО родовспоможения I уровня составил 3,9%, II уровня – 62,3%, III уровня – 33,9% (табл. № 6).

Таблица № 6

Распределение акушерских кровотечений в зависимости от уровня МО родовспоможения (%)

Субъект ЦФО	I уровень	II уровень	III уровень	Всего
Белгородская область	2,4	37,3	60,2	100,0
Брянская область	2,1	97,9		100,0
Владимирская область	0,0	65,1	34,9	100,0
Воронежская область	7,1	28,6	64,3	100,0
Ивановская область	4,1	48,6	47,3	100,0



Калужская область	66,7	33,3	0,0	100,0
Костромская область	25,0	75,0		100,0
Курская область	36,4	45,5	18,2	100,0
Липецкая область	21,1	52,6	26,3	100,0
Орловская область	0,0	60,0	40,0	100,0
Рязанская область	15,4	15,4	69,2	100,0
Смоленская область	0,0	50,0	50,0	100,0
Тамбовская область	11,5	88,5		100,0
Тверская область	0,0	21,7	78,3	100,0
Тульская область	3,4	45,0	51,7	100,0
Ярославская область	1,0	84,0	15,0	100,0
<b>ЦФО</b>	<b>3,9</b>	<b>62,3</b>	<b>33,9</b>	<b>100,0</b>

В МО родовспоможения I уровня во Владимирской, Орловской, Смоленской, Тверской областях не было акушерских кровотечений, обусловивших КАС, наиболее высокой доля таковых была в Калужской (66,7%) области.

Эффективность оказания медицинской помощи при критических состояниях в акушерстве оценивают по соотношению данных случаев и случаев материнской смертности (ИМД), чем выше данный показатель, тем эффективность выше. В 2016 году ИМД (расчитанный по данным формы государственного статистического наблюдения № 32) в целом по ЦФО составил 163,6 и был наиболее высоким во Владимирской области (347,0), наиболее низким – в Костромской области (5,5) (табл. № 7).

Таблица № 7

**Отдельные показатели эффективности медицинской помощи  
при критических акушерских состояниях в ЦФО в 2016 году**

Субъект ЦФО	ИМД (соотношение числа критических акушерских состояний и случаев материнской смертности)	Mortality index (удельный вес умерших от числа женщин с критическими акушерскими состояниями (%))
Белгородская область	104,5	0,96
Брянская область	234,0	0,43
Владимирская область	347,0	0,29
Воронежская область	36,0	2,78
Ивановская область		
Калужская область		
Костромская область	5,5	18,18
Курская область		
Липецкая область		
Орловская область	21,0	4,76
Рязанская область		
Смоленская область		

Тамбовская область		
Тверская область		
Тульская область	116,7	0,86
Ярославская область		
<b>ЦФО</b>	<b>163,6</b>	<b>0,61</b>

Удельный вес умерших от числа женщин с КАС (Mortality index) составил в целом по ЦФО 0,61 %, среди субъектов, где произошли случаи материнской смертности, был наиболее низким во Владимирской области (0,29 %), наиболее высоким – в Костромской области (18,18 %).

Аудит критических акушерских состояний в курируемых субъектах ЦФО включал анализ протоколов разборов критических акушерских состояний (КАС) в родовспомогательных учреждениях органами управления здравоохранения. По запросу было представлено 182 протокола экспертизы органами управления здравоохранением тяжелых акушерских осложнений у матерей без летального исхода (табл. № 8).

Таблица № 8

**Протоколы по разбору критических случаев (тяжелых акушерских  
осложнений у матери без летального исхода) по ЦФО в 2016 году**

№	Субъект ЦФО	Количество
1	Белгородская область	16
2	Брянская область	5
3	Владимирская область	20
4	Воронежская область	21
5	Ивановская область	11
6	Калужская область	11
7	Костромская область	11
8	Курская область	8
9	Липецкая область	10
10	Орловская область	18
11	Рязанская область	15
12	Смоленская область	2
13	Тамбовская область	5
14	Тверская область	10
15	Тульская область	9
16	Ярославская область	10
	<b>Итого:</b>	<b>182</b>

Из 182 представленных протоколов 5 случаев КАС (2,7 %) имели место в сроке беременности до 22 недель, 177 (97,3 %) случаев у пациенток со сроком гестации более 22 недель, из которых – 92 (52 %) случая преждевременных родов, 85 (48 %) случаев завершения беременности в срок. В шести случаях имела место беременность после ЭКО у пациенток со сроком гестации более



22 недель, из которых – 2 случая преждевременных родов, 4 случая завершения беременности в срок.

Причинами случаев КАС послужили: в 65,4 % – кровотечения, в 19,2 % – тяжелые преэклампсии, в 6,1 % случаев – экстрагенитальная патология, в 6,1 % случаев – родовой травматизм (разрыв матки, гематома влагалища), в 2,7 % случаев – сепсис и послеродовые септические осложнения, в 0,5 % – эмболия околоплодными водами.

Местом оказания медицинской помощи при КАС у 51,1 % пациенток были родовспомогательные учреждения II группы, у 42,8 % женщин – перинатальные центры и учреждения III группы, у 6,1 % – отделения I группы.

Средний возраст женщин с КАС составил  $31 \pm 5,5$  лет. Первоначально женщины составили 33,5 %, отягощенный акушерский анамнез имели 56 %. Каждая четвертая (25,8 %) пациентка имела экстрагенитальную патологию, из их числа: 55,3 % сердечно-сосудистой системы, 40,4 % хронический пиелонефрит, 19,1 % ожирение, 40,4 % прочие заболевания (сахарный диабет, варикозную болезнь нижних конечностей). У 26,9 % женщин течение беременности сопровождалось осложнениями.

В результате возникших экстренных акушерских ситуаций проведено кесарево сечение у 147 беременных женщин и роженцев (80,8 %), удаление матки выполнено в 103 случаях (56,6 %), ручной контроль полости матки после родов проведен у 18 родильниц (9,9 %). У части пациенток оказание помощи при кровотечении сопровождалось перевязкой маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий у 15 женщин (8,2 %), наложением на матку гемостатических швов в 14 случаях (7,7 %), баллонной тампонадой в 12 случаях (6,6 %). Для контроля эффективности оперативного вмешательства 60 женщинам (33 %) выполнено дренирование брюшной полости.

В ходе оказания медицинской помощи 20 пациенткам (11 %) потребовалась продленная искусственная вентиляция легких. В 15 случаях (8,2 %) потребовался перевод пациенток с выраженной полиорганной недостаточностью в реанимационное отделение многопрофильной областной клинической больницы.

У каждой пациентки с КАС был проведен консилиум с привлечением максимального количества наиболее квалифицированных специалистов.

Анализ дефектов диагностики показал, что большинство из них связано с отсутствием мониторинга факторов риска в течение беременности, неполным лабораторным обследованием и неверной трактовкой полученных результатов, недостатками в оказании консультативной помощи смежными специалистами.

Аудит КАС в субъектах ЦФО за 2016 год свидетельствует о повышении заинтересованности как представителей медицинских организаций, так и органов управления здравоохранением и усилением контроля организациями здравоохранения за проведением экспертизы случаев КАС.

Совместная работа по аудиту в курируемых субъектах проводится с одновременной отработкой мер по устранению выявленных недостатков.

## 2. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Северо-западного федерального округа

Таблица № 9

Структура «сдач не погибших» (near-miss) в 2016 году в СЗФО

	n	n / 1000	Акушер. кровотеч.	Пре-/Экклампсия	Сепсис	Тромбэмбол. ослож.	ЭГП	Разрыв матки
Архангельская область	33	2,5	22 - 66%		3 - 12,1%	4 - 12,1%	4 - 12,1%	
Вологодская область	9	0,58	5 - 55,6%	2 - 22,2%				2 - 22,2%
Республика Карелия	6	0,81	2 - 33,3%	1 - 16,7%	1 - 16,7%	1 - 16,7%		1 - 16,7%
Республика Коми	15	1,35	8 - 53,3%	4 - 26,6%	3 - 20%			
Калининградская область	3	0,25	3 - 100%					
Ленинградская область	2	0,14	2 - 100%					
Мурманская область	14	1,65	14 - 100%					
Новгородская область	5	0,70	4 - 80%					1 - 20%
Псковская область	10	1,45	7 - 70%	3 - 30%				
Санкт-Петербург	56	0,76	29 - 51,8%	18 - 32,1%	3 - 5,4%		4 - 7,1%	6 - 10,7%
СЗФО	153	0,90	96 - 62,8%	28 - 18,3%	10 - 6,5%	5 - 3,3%	4 - 2,6%	10 - 6,5%

Всего в СЗФО зарегистрировано 153 случая «сдач не погибших» во время беременности, родов и послеродовом периоде, что составило 0,9 на 1 000 родов. При этом этот показатель колебался от 2,5/1 000 в Архангельской области до 0,14/1 000 в Ленинградской области, т.е. различия более чем в 17 раз, что свидетельствует о различиях в подходах и системе регистрации данных случаев. Однако совокупность данных свидетельствует о том, что основной причиной случаев «сдач не погибших» являются акушерские кровотечения – в среднем в СЗФО в 63 % случаев (33 - 100 %). Что в совокупности с только третьим местом в структуре материнской смертности свидетельствует о позитивных изменениях в подготовке акушерских кадров и материальном и фармакологическом оснащении родовспомогательных учреждений. То же можно отнести и к случаям «сдач не погибших» от преэклампсии.



и ее осложнений занимающей вторую сточку по частоте в структуре *neat-miss* и только пятую в структуре материнской смертности. При этом экстрагенитальные заболевания находятся на последнем шестом месте – тогда как в структуре материнской смертности на первом – что вероятно свидетельствует о том, что организация акушерской службы недостаточно подготовлена к оказанию мультидисциплинарного обследования до и во время беременности и оказания экстренной медицинской помощи в смежных областях при возникновении угрожающих жизни состояниях во время беременности, родах и послеродовом периоде. Особенно стоит графа «разрыв матки». В классическом акушерстве это осложнение являлось грозным видом связанных с ним осложнений – кровотечений и септических состояний. В современном акушерстве «разрыв матки» не имеет самостоятельного значения и может быть успешно курирован в учреждениях II и III групп и уровней. Акцентирование внимания на этом осложнении, если оно не было связано с перинатальными потерями и развитием угрожающих жизни женщины состояниями, будет только препятствовать ведению родов через естественные родовые пути при рубце на матке и сокрытию данного осложнения в медицинской документации.

### 3. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Южного федерального округа

В 2016 году в субъектах Южного федерального округа было зарегистрировано 852 случая «*neat miss*» согласно основным критериям Минздрава России (лабораторным и критериям при ведении пациенток) (без данных Республики Крым – запрашиваемая информация не представлена).

По данным двух регионов – Ростовская область и Республика Калмыкия (представивших данную информацию) основную возрастную группу составили пациентки в возрасте 29 лет (71,1%), из них: жительницы сельской местности составили – 84,4% в Ростовской области и 37,5% в Республике Калмыкия.

Среди юных пациенток случаев «*neat miss*» не зарегистрировано.

Случаи тяжелых акушерских осложнений произошли в учреждениях III уровня – 42,7%, а в Республике Калмыкия – 100%, в Ростовской области – 94,5%.

Средний гестационный возраст на момент события составил 33-37 недель беременности.

В структуре «*neat miss*» лидирующее место заняли акушерские кровотечения (50,8%), на 2 месте – преэклампсия и эклампсия (35,6%), на 3 месте – экстрагенитальные заболевания (9,7%), на 4 месте – разрыв матки по рубцу (3,0%) и септические осложнения (1,9%).

Из основных причин акушерских кровотечений были: разрыв матки по рубцу, случаи ПОНРП, предлежание и вращение плаценты, гипотонические кровотечения.

При оказании медицинской помощи, следует отметить недостатки в диагностике осложнений беременности, имела место недооценка тяжести состояния, в связи с чем пациентки несвоевременно направлены на госпитализацию в учреждения III уровня.

На амбулаторном этапе оказания медицинской помощи следует отметить недостаточное клинико-лабораторное обследование, такие как диагностические дефекты и неадекватность терапевтических подходов, отсутствие требуемых консультаций смежных специалистов; низкий уровень УЗИ-диагностики состояния органов малого таза, беременной матки и плода. В ряде случаев дефекты оказания медицинской помощи были связаны с ненадлежащей ответственностью пациенток к своей беременности: не состояли на диспансерном учете в женской консультации, либо очень поздно обращение в профильный стационар.

На стационарном этапе дефекты оказания медицинской помощи были связаны с небрежным ведением медицинской документации, недостатками в сборе анамнестических данных, отсрочкой перевода в стационары III уровня, недостаточным объемом обследований, неадекватностью проведения интенсивных терапевтических мероприятий, недооценкой риска развития акушерских осложнений, необоснованным выполнением диагностических исследований (УЗИ) при явных симптомах акушерской катастрофы, отсутствием четкого учета объема кровопотери (несоблюдение клинических протоколов, в частности «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях») и ее недооценкой, отсроченным началом оперативного лечения при поступлении в стационар; не соблюдены регламентированные клиническим протоколом «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях» необходимые оперативные мероприятия (неадекватный гемостаз – с органосохраняющей целью не наложены швы на основные сосудистые «пучки», не применены гемостатические швы по Би Линчу, Перейра, не ушиты внутренние подвздошные артерии).



#### 4. Анализ критических состояний в учреждениях родовспоможения Северо-Кавказского федерального округа

Таблица № 10

Количество случаев критических состояний в зависимости от причин при беременности, в родах, послеродовом периоде в субъектах СКФО (2016 год)

Субъекты СКФО	Всего	Пре-эклампсия	Кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	Кровотечение в родах и послеродовом периоде	Сепсис в родах и в послеродовом периоде	Разрыв матки	ЭГЗ
Чеченская Республика	8	1	1	1			5
Республика Северная Осетия-Алания	7		4	3			
Республика Дагестан	21	5		14	1	1	
Карачаево-Черкесская Республика	10	2	3	5			
Кабардино-Балкарская Республика	3	1	1	1			
Республика Ингушетия	8			6	2		
Ставропольский край	14		7	3	2	2	
Всего	71	9	16	33	5	3	5

Таким образом, в СКФО в 2016 году зарегистрирована 71 пациентка с критическими состояниями во время беременности, родов, послеродовом периоде, что на 45 % меньше, чем в 2015 году (131 случай).

В структуре причин критических состояний преобладали кровотечения в родах и послеродовом (послеоперационном) периоде – 73 % (52 случая). Снизились % «плат мисс», связанных с преэклампсией, эклампсией 20 % > 13 % и экстрагенитальной патологией 0,8 % > 0,7 %.

Таким образом, наблюдается стабильно высокий показатель критических случаев, связанных с акушерским кровотечением, что и является резервом для снижения случаев «плат мисс» и материнской смертности.

#### Структура критических состояний и материнской смертности при беременности, в родах, послеродовом периоде в субъектах СКФО (2016 год)

Таблица № 11

Пре-эклампсия	Кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	Кровотечение в родах и послеродовом периоде	Сепсис в родах и в послеродовом периоде	Акушерская эмболия	Разрыв матки	ЭГЗ
Критические состояния (2016), %	12,6 %	22,5 %	46,5 %	7 %		4,2 %
Критические состояния (2015), %	19,8 %		73,3 %	2,3 %		7,6 %
МС (2016), %	11,1 %	5,6 %	27,8 %	11,1 %	22,2 %	16,7 %

По сравнению со структурной материнской смертности в 2016 году отмечено следующее: очень высокая частота случаев, связанных с акушерскими кровотечениями и преэклампсией, однако имеет тенденция к снижению случаев связанных с сепсисом и экстрагенитальной патологией.

Распределение случаев критических состояний по уровню оказания медицинской помощи: I уровень – 2,8 %, II уровень – 36,2 %, III уровень – 61 %.

Таблица № 12

#### Соотношение материнская смертность: критические состояния в субъектах СФО в 2016 году

Субъекты СКФО	Соотношение «плат-мисс»/МС (2015 год)	Соотношение «плат-мисс»/МС (2016 год)
Чеченская Республика	0,4	0,8
Республика Северная Осетия-Алания	-	-
Республика Дагестан	2,6	3,5
Карачаево-Черкесская Республика	-	-
Кабардино-Балкарская Республика	3	-
Республика Ингушетия	2	-
Ставропольский край	1	7
Всего	9	4,3

В субъектах СКФО соотношение критических состояний к материнской смертности имело большой диапазон колебаний от 0,8 в Чеченской Республике до 7 в Ставропольском крае.

Соотношение «плат-мисс»/МС значительно снизилось – с 9 до 4,4.



При оказании медицинской помощи следует отметить недостатки в диагностике осложнений беременности. Имела место недооценка тяжести состояния, в связи с чем, пациентки несвоевременно направлены на госпитализацию в учреждения III уровня.

На амбулаторном этапе оказания медицинской помощи следует отметить недостаточное клинико-лабораторное обследование, такие как диагностические дефекты и неадекватность терапевтических подходов, отсутствие требуемых консультаций смежных специалистов; низкий уровень УЗ-диагностики состояния органов малого таза, беременной матки и плода, а также нарушение принципов транспортировки. В ряде случаев дефекты оказания медицинской помощи были связаны с ненадлежащей ответственностью пациенток к своей беременности (не состояли на диспансерном учете в женской консультации, либо очень позднее обращение в профильный стационар).

На стационарном этапе дефекты оказания медицинской помощи были связаны с недооценкой тяжести состояния и риска развития акушерских осложнений, отсроченным выполнением экстирпации матки, отсутствием профилактики кровотечений, несвоевременным выполнением гемотрансфузии, недостаточным объемом обследований и неадекватностью проведения интенсивных терапевтических мероприятий.

## 5. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Приволжского федерального округа

В 2016 году в регистр критических состояний в акушерской практике органами исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа (ПФО) было подано случаев несостоявшейся материнской смертности – «maternal miss» (NM), что составило 0,14 % всех родов.

В Пермском крае зарегистрировано 122 случая NM, в Республике Башкортостан – 72, в Нижегородской области – 56, в Самарской области – 54, в Ульяновской области – 50, в Ульяновской области – 48, в Чувашской Республике – 21, в Оренбургской области и Республике Татарстан – по 17, в Кировской области и Республике Марий Эл – по 16, в Саратовской области – 11, в Республике Мордовия – 9, в Пензенской области – 7 (табл. № 10).

Доля NM от числа родов составила в Ульяновской области и Пермском крае – 0,34 %, в Ульяновской Республике – 0,24 %, в Республике Марий Эл – 0,17 %, в Нижегородской области – 0,15 %, в Самарской области – 0,14 %, в Республике Башкортостан и Чувашской Республике – по 0,13 %, в Республике Мордовия – 0,11 %, в Кировской области – 0,10 %, в Оренбургской и

Пензенской областях – по 0,06 %, в Саратовской области – 0,04 %, в Республике Татарстан – 0,03 %<sup>1</sup>.

Доля случаев NM в сроки беременности менее 22 недель в ПФО составила 4,84 %. Наибольшее число NM связано с кровотечениями (32,00 %), внематочной беременностью (28,00 %) и экстрагенитальной патологией (20,00 %) (табл. № 14).

В структуре NM в зависимости от срока гестации преобладают ситуации после 22 недель беременности. Наибольший удельный вес в структуре NM занимают кровотечения (50,00 %). На втором месте стоят преэклампсия и эклампсия (30,49 %). Следует особо отметить, что среди случаев NM на фоне преэклампсии значительную долю занимает HELLP-синдром (31,33 %), в том числе ассоциированный с гипертоническим гемолитико-уремическим синдромом – 6 случаев (1,16 %). Остальные ситуации, приведшие к критическим состояниям, составляют менее пятой части случаев (табл. № 15).

Таблица № 13

Структура случаев NM по субъектам ПФО и срокам гестации

Субъект ПФО	До 22 недель гестации		После 22 недель гестации		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Республика Татарстан	1	1,37	72	98,63	73	14,12
Башкортостан	0	0,00	16	100,00	16	3,09
Кировская область	0	0,00	16	100,00	16	3,09
Республика Марий Эл	2	12,50	14	87,50	16	3,09
Республика Мордовия	1	11,11	8	88,89	9	1,74
Нижегородская область	3	5,36	53	94,64	56	10,83
Оренбургская область	1	5,88	16	94,12	17	3,29
Пензенская область	1	14,29	6	85,71	7	1,35
Пермский край	0	0,00	122	100,00	122	23,60
Самарская область	2	3,70	52	96,30	54	10,44
Саратовская область	0	0,00	11	100,00	11	2,13

<sup>1</sup> Значительная разница в данных, представленных различными регионами, вероятно, обусловлена, с одной стороны, неполной ретроспекцией случаев NM, с другой – использованием показателей, не соответствующих критериям ВОЗ. Так, в числе случаев NM были включены беременные, которые первые сутки находились в отделении реанимации и интенсивной терапии после операции по поводу заболеваний, не связанных с беременностью. Одним из важнейших показателей служит распространенность NM, то есть количество случаев на 1000 родов. По результатам 8 международных исследований не умерших в соотношении к количеству беременностей. По результатам 8 международных исследований не умерших в соотношении к количеству беременностей колеблется от 0,6 до 14,98 % по клиническим критериям, от 0,14 до 0,92 % по критериям пограничной диффузии. Такой разброс показателей объясняется существенной разницей в идентификации случаев. Распространенность NM в ПФО в 2016 г. составила 1,4 %. Для сравнения в Африке, Азии, Латинской Америке и на Ближнем Востоке – 0,8 %, в Нигерии – 1,2 %, в Индии – 12 %.



Республика Татарстан	1	5,88	16	9,4,12	17	3,29
Удмуртская Республика	2	4,00	48	96,00	50	9,67
Ульяновская область	9	18,75	39	81,25	48	9,28
Чувашская Республика	2	9,52	19	90,48	21	4,06
<b>Всего ПФО</b>	<b>25</b>	<b>4,84</b>	<b>492</b>	<b>95,16</b>	<b>517</b>	<b>108</b>

Таблица № 14

### Структура случаев NM по субъектам ПФО на сроках менее 22 недель беременности

Субъект ПФО	Внематочная беременность	Аборты	Кровотечения	Экстрагенитальная патология	Сепсис
Республика Башкортостан	1	—	—	—	—
Республика Марий Эл	—	—	—	—	—
Республика Мордовия	1	—	—	1	—
Нижегородская область	1	—	1	1	—
Оренбургская область	—	—	—	—	1
Пензенская область	1	—	—	—	—
Пермский край	—	—	—	—	—
Самарская область	—	2	—	—	—
Саратовская область	—	—	—	—	—
Республика Татарстан	—	—	—	1	—
Удмуртская Республика	1	—	1	—	—
Ульяновская область	2	1	5	—	1
Чувашская Республика	—	—	1	1	—
<b>Всего ПФО</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

При первичном статистическом анализе выявляется умеренная прямая корреляция между долей NM и показателем материнской смертности (МС) (коэффициент Пирсона 0,42). То есть в субъектах ПФО, в которых произошло больше материнских смертей на 100 000 рожденных, зарегистрировано больше случаев NM.

При сравнении причин МС и критических состояний выявлено, что для Нижегородской области актуальна проблема разрыва матки – 1 случай МС и 5 случаев NM. В Оренбургской области на повестке дня стоит проблема сепсиса (1 случай МС и 2 случая NM), а в Пермском крае и Чувашской Республике проблема сепсиса, вероятно, недооценена (по 1 случаю МС и ни одного зарегистрированного случая NM). Для Республики Татарстан актуальна проблема преэклампсии, которая привела к 2 случаям МС, а 8 случаев закончились критическими состояниями.

Еще один важный показатель – соотношение случаев МС и NM. В ПФО этот показатель в 2016 году составил 1:16. Известно, что чем больше это соотношение, тем более благополучна ситуация с оказанием акушерской помощи. Так, в Лондоне этот показатель составляет 1:118, в Индии – 1:6.

Другим показателем служит индекс смертности, который высчитывают следующим образом:

$$\text{индекс смертности} = \frac{\text{количество тяжелых материнских осложнений NM + МС}}{\text{количество материнских смертей}}$$

Высокий индекс (>20 %) указывает на низкое качество акушерской помощи. Низкий индекс (<5 %) указывает на высокое качество медицинской помощи, которое позволяет женщинам выжить, при тяжелых материнских осложнениях. В ПФО в 2016 году индекс смертности составил 16,7 %. Для сравнения высокий индекс смертности в Африке, Латинской Америке и Пакистане – 22,9–40,8 %, в Бразилии, Ираке, Индии и Непале – 10,4–18,1 %.

Методом случайной выборки проведен анализ 100 карт донесения о случаях NM в сроки более 22 недель беременности.

При анализе сигнальных карт выявлено, что большинство (69,00 %) женщин были жительницами города. Медиана возраста женщин составила 27 лет (22; 35). Официально безработных было 16,00 %, остальные женщины были трудоустроены или являлись учениками учреждений высшего образования. При этом преобладали женщины со средним специальным образованием (39,00 %), вышешее образование имели 37,00 % женщин, среднее – 24,00 %.



Структура случаев критических состояний по субъектам ПФО  
на сроках более 22 недель беременности

Субъект ПФО	Кровотечение	Сепсис	Преэклампсия и эклампсия	Акушерская эмболия	Тромбоэмболия легочной артерии	Разрыв матки	Экстрагенитальная патология	Анестезиологические осложнения	Прочие причины
Республика Башкортостан	18	—	49	—	—	2	3	—	—
Каровская область	—	2	4	—	3	—	4	—	3
Республика Марий Эл	7	—	2	—	—	1	1	—	3
Республика Мордовия	6	—	1	—	—	—	—	—	1
Нижегородская область	14	5	15	—	1	5	—	—	13
Оренбургская область	7	1	1	1	—	—	6	—	—
Пензенская область	3	—	1	—	—	2	—	—	—
Пермский край	82	1	28	—	—	—	11	—	—
Самарская область	27	1	18	—	—	—	4	—	2
Саратовская область	1	—	7	—	—	—	2	1	—
Республика Татарстан	4	2	8	—	—	—	2	—	—
Удмуртская Республика	42	3	2	—	—	1	—	—	—
Ульяновская область	22	3	12	—	—	1	—	—	1
Чувашская Республика	13	—	2	—	—	1	3	—	—
<b>Всего ПФО</b>	<b>246</b>	<b>18</b>	<b>150</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>23</b>

В зарегистрированном браке состояли 64,00 % женщин, в гражданском браке — 18,00 % женщин. При этом беременность была желанной у всех женщин, в том числе у не состоящих в зарегистрированном или гражданском браке.

Под наблюдением врача акушера-гинеколога находились большинство беременных (81,00 %). Ранняя постановка на учет по беременности составляла 93,82 %.

Данная беременность была первой у 14,00 % женщин, остальные женщины были повторнородящие, причем паритет больше 2 был у 47,00 % родильниц.

В структуре экстрагенитальной патологии у женщин преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (27,00 %), на втором месте — заболевания мочевыводящих путей (13,00 %), на третьем — варикозное расширение вен нижних конечностей (5,00 %). При этом у 41,00 % женщин экстрагенитальная патология была выявлена до беременности.

Медиана срока гестации составила 33 недели (26; 37).

Путем кесарева сечения были рождены 77,00 %.

Неотложная лапаротомия или реллапаротомия проведена в 33,00 % случаев по причине акушерского кровотечения (65,00 %) и сепсиса (35,00 %).

Органосохраняющая тактика при хирургическом гемостазе (компрессионные швы, деваскуляризация матки) применялась в 14,00 % случаев. Органоуносящие операции (экстирпация матки, надвлагалищная ампутиация матки) проведены у 12,00 % женщин.

Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи, проведенная на основании критериев, утвержденных Минздравом России<sup>3</sup>, в учрежденных здравоохранения выявила следующие дефекты. На амбулаторном этапе основными дефектами были недооценка тяжести состояния беременной (14,00 %) и запоздалая госпитализация (11,00 %). В условиях стационара лидирующими дефектами стали недостатки диагностики в 13,00 % и недооценка тяжести состояния в 10,00 % случаев.

Ответственность пациентки определялась в основном нерегулярным наблюдением и поздним обращением за медицинской помощью (по 10,00 % случаев), а также невыполнением врачебных рекомендаций (8,00 %).

Основные факторы, которые могли бы предотвратить развитие критических ситуаций: более ранняя диагностика патологического состояния в 52,00%, своевременная госпитализация в 26,00% и своевременное адекватное лечение в 20,00% случаев.

Почти половина случаев NM произошла в учрежденных IIIA группы (47,00 %). В стационарах I группы произошло 9,00 % случаев.

<sup>3</sup> Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: приказ Минздрава России № 422-н от 07.07.2015 (зарегистрировано Минюстом России 13.08.2015, регистрационный № 38494) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2015. — № 43.



В Республике Башкортостан за 2016 год зарегистрировано 73 случая акушерского НМ и 1 случай МС. Их анализ показал следующее.

В структуре случаев критических состояний зафиксирован всего 1 случай (1,37 %) на сроке беременности менее 22 недель, вследствие НМ внематочной беременности, развившейся в добавочном роге матки, осложнившейся разрывом матки и массивным кровоотечением на сроке 13–14 недель гестации. В указанном случае не было адекватной своевременной диагностики патологии матки и имплантации.

На сроках более 22 недель беременности произошло 72 случая (98,63 %) критических состояний. При этом основной зарегистрированной причиной НМ указаны преэклампсия и эклампсия – 49 случаев (67,12 %), а кровоотечение занимает второе место – 18 случаев (24,66 %). При анализе карт донесения о НМ выявлено, что преэклампсия зачастую осложнялась массивной кровотохерей, которая, вероятно, и приводила к критической ситуации (24 случая, 48,98 % случаев преэклампсии). Таким образом, на первое место следует однозначно вынести ситуации массивного кровоотечения в количестве 43 случаев (58,90 %). Учитывая то обстоятельство, что единственный утешный Минздравом Республики Башкортостан случай МС также произошел вследствие кровоотечения, для Республики Башкортостан актуальна проблема оказания медицинской помощи при кровоотечениях.

Отмечено 5 случаев (6,85 %) эклампсии, все из которых произошли в послеродовом периоде.

В медицинских учреждениях Кировской области зафиксировано 16 случаев критических акушерских состояний, все из которых произошли в сроки более 22 недель беременности. При анализе карт донесения обращает на себя внимание проблема венозных тромбозомболических осложнений беременности, родов и послеродового периода (всего 4 случая, 25,00 %), среди которых 3 случая (18,75 %) тромбозомболии легкой артерии и 1 случай (6,25 %) илеофemorального тромбоза. 3 случая из 4 произошли после хирургических вмешательств, что предполагает необходимость более углубленной оценки адекватности оценки рисков и профилактики венозных тромбозомболических осложнений.

В Республике Марий Эл зарегистрировано 16 случаев НМ, 14 (87,50 %) из которых произошли на сроках более 22 недель. Основной причиной таких ситуаций была массивная кровотохера (8 случаев, 50,00 %), в том числе 1 случай (6,25 %) разрыва матки.

В Республике Мордовия официально зарегистрировано 9 случаев акушерского НМ, 6 (66,67 %) из которых связаны с акушерским кровоотечением. При этом только в 1 случае (1,11 %) потребовался хирургический гемостаз (произведена надрезагалистная ампутиация матки).

В Нижегородской области произошло 56 случаев критических состояний в акушерстве, на сроках менее 22 недель беременности – 3 (5,36 %),

более 22 недель – 53 (94,64 %). В 2016 году в области зафиксирован 1 случай МС, связанный с разрывом матки. В структуре НМ разрывы матки указаны в 5 случаях (8,93 %), что составляет 38,46 % всех случаев НМ, связанных с разрывом матки в ПФО. Таким образом, для Нижегородской области это является значительной проблемой, что требует дополнительного углубленного анализа.

В Оренбургской области в 2016 году зафиксировано 17 случаев НМ, а также 2 случая МС. Обращает на себя внимание тот факт, что 1 случай (50,00 %) МС и 2 случая (11,76 %) НМ связаны с сепсисом на разных сроках гестации.

Медицинские учреждения Пермского края зафиксировали 122 случая акушерских критических состояний, основная масса которых (82 случая, 67,21 %) связана с акушерскими кровоотечениями. Что характерно, за 2016 год в Пермском крае не зарегистрированы случаи МС по причине кровоотечения. При этом в 1 случае (50,00 %) МС в 2016 году причиной был сепсис. За тот же период зафиксирован всего 1 случай акушерского НМ, связанного с сепсисом, что позволяет предположить недостаточную настороженность медицинского персонала по гнойно-септическим осложнениям в акушерстве.

Для Республики Татарстан на первое место выходит проблема преэклампсии, эклампсии и HELLP-синдрома: по таким причинам за 2016 год зарегистрировано 2 случая (50,00 %) МС и 8 случаев (50,00 %) НМ, а 4 из 8 случаев преэклампсии, осложнившись сочетанием эклампсии и HELLP-синдрома. Указанный факт позволяет предположить недостаточную профилактику судорожного синдрома после родоразрешения пациенток с преэклампсией.

В Чувашской Республике зарегистрирован 21 случай НМ, основная причина – кровоотечение на сроках более 22 недель. При этом из 4 случаев МС 1 (25,00 %) произошел вследствие сепсиса и 2 (50,00 %) – вследствие преэклампсии. В структуре случаев акушерского НМ нет указания на сепсис и зарегистрировано всего 2 случая (9,52 %) преэклампсии, что позволяет предположить недостаточную настороженность медицинских работников по указанным нозологиям или их неполную регистрацию.

К мероприятиям по профилактике критических акушерских состояний в ПФО следует отнести перечисленные ниже.

1. Совершенствование маршрутизации беременных группы высокого перинатального риска.
2. Дальнейшее совершенствование медицинской помощи на основании порядков, стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных Минздравом России, включая непрерывное образование всех специалистов, оказывающих помощь беременным, роженицам и родильницам, с использованием обучения в симуляционных центрах, командных тренингов, конференций, вебинаров.



3. Организация контроля выполнения маршрутизации женщин из группы повышенного перинатального риска в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также соблюдения порядков и стандартов оказания медицинской помощи, правильного применения клинических рекомендаций (протоколов лечения).

4. Внедрение современных кровосберегающих технологий акушерской помощи при кровотечениях с применением аутоплазмодонорства, нормоволемической гемодилюции и интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов.

5. Активное взаимодействие со смежными профильными специалистами с целью ранней диагностики экстрагенитальной патологии на этапе подготовки к беременности.

6. Внутриведомственные и внутриклинические разборы случаев материнской МС и критических состояний.

#### 6. Анализ критических акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Уральского федерального округа

В соответствии с государственным заданием ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году начал работу по созданию регистра критических случаев в акушерстве.

К таким случаям отнесены пациентки по следующим критериям.

##### Основные лабораторные критерии:

- РаО<sub>2</sub>/F<sub>i</sub>O<sub>2</sub> < 200 мм.рт.ст.;
- Креатинин > 3,5 мг/дл (308 мкмоль/л);
- Общий билирубин > 6,0 мг/дл (102 мкмоль/л);
- Алкалоз (pH < 7,1);
- Снижение тромбоцитов < 50 000.

##### Критерии при ведении пациентки:

- Использование вазоактивных препаратов;
- Гистерэктомия;
- Трансфузия крови;
- ИВЛ ≥ 1 часа;
- Гемодиализ;
- Сердечно-легочная реанимация.

В Уральском федеральном округе зарегистрировано за три года 1 398 случаев критических ситуаций в акушерстве.

В результате мониторинга в регистре за 2016 год состоит 516 случаев «near miss». В Свердловской области 288 случаев, что составляет 55,8 % в УФО, в Челябинской области – 78 (15,1 %), в Курганской области – 29 (5,6 %), в Тюменской области – 29 (5,6 %), в ЯНАО – 66 (12,7 %), в ХМАО – 26 (5,0 %).

Доля критических ситуаций от числа родов в УФО за 2016 год составила 0,3 %, в том числе в Свердловской области – 0,5 %, в Челябинской области – 0,2 %, в Курганской – 0,3 %, в Тюменской области и ХМАО – по 0,1 % и в ЯНАО – 0,8 %.

Число случаев near miss в динамике с начала регистрации имело тенденцию к снижению к 2015 году с последующим ростом числа до уровня 2014 года. При этом в общем количестве родов доля критических ситуаций в динамике в УФО остается 0,3 %, а в отношении каждого субъекта колеблется от 0,1 % до 0,8 % (табл. № 16).

Число случаев «near miss» в УФО

Таблица № 16

Субъекты УФО	Всего случаев NM (абс.)				Доля NM в общем количестве родов %		
	2014	2015	2016		2014	2015	2016
Свердловская область	79	151	288		0,1	0,3	0,5
Челябинская область	283	87	78		0,6	0,2	0,17
Курганская область	26	23	29		0,2	0,2	0,28
Тюменская область	29	29	29		0,1	0,1	0,1
ЯНАО	34	52	66		0,4	0,5	0,8
ХМАО	51	38	26		0,2	0,1	0,1
УФО	502	380	516		0,3	0,2	0,3

Лидирующим регионом является ЯНАО, где доля критических акушерских состояний на протяжении трех лет не только оставалась высокой, но и имела тенденцию к увеличению и составляла 0,4 % до 0,8 %. Кроме того, в Свердловской области к 2016 году вырос данный показатель с 0,1 % до 0,5 %, что выше среднего показателя по УФО. В Тюменской области и ХМАО доля NM в отличие от других территорий УФО остается на протяжении трех лет постоянно низкой. Это связано с мониторингом критических ситуаций в Тюменской области с 2009 года и эффективной работой мультицентровой модели перинатальной помощи в ХМАО, где 80 % всех родов проводятся в учреждениях родовспоможения III группы.



В структуре «mat miss» по сроку гестации преобладают случаи критических состояний после 22 недель беременности во всех субъектах УФО на протяжении трех лет (табл. № 15).

В сроке беременности до 22 недель основной причиной случаев НМ в УФО являлось кровотечение в 2014 и 2015 году (66,6 % и 40,4 % соответственно), которое в Челябинской области составило 50 %, а в ЯНАО – 100 % (табл. № 17).

После 22 недель беременности критические ситуации возникали в 90,7 %. В структуре причин лидировала преэклампсия (42,9 %), на втором месте – кровотечения (41,2 %) и на третьем месте – экстрагенитальная патология (8,5 %). Сепсис был причиной критических состояний всего в 2,3 %, разрыв матки – в 2,9 %, менее 1 % составили эмболия околоплодными водами, ТЭЛА, анестезиологические осложнения и прочие причины (табл. № 18).

При анализе ситуативных карт критических ситуаций в акушерстве выявлено, что большинство (78,4 %) женщины являлись жительницами города, кроме Курганской области (50,0 %), которая относится к аграрной территории, где соотношение жителей города к жителям села составляло 1:1 ( $p < 0,05$ ). При этом 50 % женщин Курганской области не трудоустроены. В Тюменской области 65 %ородских женщин и каждая третья безработная. Средний возраст женщин составил 31,6 лет. По социальному положению большинство составляли только 12,55 %, остальные женщины были трудоустроены или являлись ученицами. При этом преобладали женщины с высшим профессиональным образованием (29,6 %), среднее профессиональное образование имели 24,8 % и среднее – 8 % женщин.

74,4 % пациенток состояли в зарегистрированном браке, 92,8 % имели собственное жилье, 72,8 % без вредных привычек, у 64 % отсутствовала профессиональная вредность и в 91,2 % случаев беременность была желанная.

Врачом акушером-гинекологом наблюдалась большинство (84 %) беременных женщин. В ЯНАО в 100 % случаев и в 90,0 % в Челябинской области, но при этом в ЯНАО только 47,4 % женщины встали на учет до 12 недель, что может быть связано с коренным населением округа «касающих» по тушаре.

Ранняя постановка на учет проведена только в 69,6 % случаев НМ по УФО за 2016 год, ниже среднего по УФО этот показатель только в ЯНАО (47,4 %) и в Свердловской области (65 %).

В структуре паритета в 29,6 % беременность являлась пятой и более, при этом в ХМАО доля этих женщин составила 42,8 %. В 20,8 % случаев беременность была второй и в 16 % – третьей. Только каждая пятая была первобеременной (22,4 %).

У повторнобеременных предыдущие беременности завершились родами в 55,2 %, а в Курганской области до 68,18 %, в 54,4 % – абортами,

у 9,6 % женщин в анамнезе отмечалась неразвивающаяся беременность, в Курганской области частота неразвивающейся беременности составляла 18,18 %, что в 2 раза чаще, чем по УФО. Таким образом, в основном критические ситуации развивались у многоорожавших женщин.

В структуре экстрагенитальной патологии у женщин преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (36,0 %), достоверно чаще в Челябинской области (46,67 %) и в 47,37 % в ЯНАО. Второе место занимает ожирение – 19,2 %, в три раза чаще в ЯНАО (52,63 %), на третьем месте в УФО – заболевания мочевыводящих путей (12,8 %), при чем в Тюменской области они выявлены у каждой пятой женщины (20,0 %).

При этом основная масса экстрагенитальной патологии была выявлена до беременности (54,4 %), особенно в Тюменской области (70,0 %), тогда как в ХМАО только 35,71 %. Во время беременности в Челябинской области выявлено около 37 % заболеваний, тогда как в Свердловской области 45,0 % экстрагенитальной патологии выявляли только во время родов.

Кроме того, в 22,4 % случаев при предыдущих беременностях женщины были родоразрешены способом операции кесарева сечения, в 10,4 % в связи с преэклампсией/эклампсией, особенно в ХМАО (21,4 %), а в Курганской области у каждой десятой пациентки в анамнезе было кровотечение. Треть женщин с НМ Тюменской области в данную беременность вступили с рубцом на матке.

В структуре осложнений данной беременности лидирует тяжелая преэклампсия – 27,2 %, особенно в ЯНАО – 63,16 % и в Свердловской области – 40,0 %. Преэклампсия реализовывалась в преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты в 14,04 %. Наиболее часто это происходило в Челябинской (26,67 %) и Свердловской областях (20,0 %).

Кровотечение в связи с предлежанием плаценты явилось причиной «mat miss» в 7,2 % случаев.

Средний срок родоразрешения пациенток составил 33,6 недели и не различался в территориях.

Состояние при поступлении оценивалось в 42,4 % случаев удовлетворительным и в 36 % – средней степени тяжести, но в Тюменской области в удовлетворительном состоянии поступали только 20 % женщин, а половина из них поступала в тяжелом состоянии (45 %) как и в ЯНАО (36,8 %). В Челябинской области и ХМАО половина женщин поступали в состоянии средней степени тяжести.

Родоразрешение в 81,6 % проводилось путем операции кесарева сечения, из них 95,1 % в экстренном порядке. В четырех из шести регионов УФО доля экстренного кесарева сечения среди женщин с НМ составила 100 %, за исключением ХМАО и Курганской области, где этот показатель ниже показателя в УФО (72,73 % и 75,0 % соответственно).



В структуре мероприятий, направленных на остановку кровотечения, лидирует перевязка сосудов и составляет 18,64 % в УФО. В Свердловской области и ХМАО также преобладавала перевязка сосудов (45,0 % и 42,86 % соответственно), а в Тюменской области (15,0 %) и Курганской области (13,64 %) лидерство имели компрессионные швы. По УФО в целом компрессионные швы на втором месте (9,6 %). Управляемая баллонная тампонада составляла в УФО только 4,8 % и в территориях ЯНАО и ХМАО не применялась вообще, что не соответствует этапности оказания медицинской помощи при кровотечениях, согласно клиническим рекомендациям, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Органоносными операциями закончилась треть от всех случаев «near miss» (27,2 %), в Курганской области почти в половине случаев (45,5 %) проведена экстирпация матки. Экстирпацией и ампутацией матки закончилось 20,8 % и 6,4 % случаев НМ в УФО соответственно.

В структуре причин возникновения кровотечений ведущее значение имеют преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (38,64 %), второе ранговое место занимает гипотоническое кровотечение (34,09 %), третье место принадлежит преждевременно плаценты (13,64 %), причем 33,34 % из них с вращением. Позднее акушерское кровотечение встречалось в 6,82 % из них на фоне остатков плацентарной ткани 66,67 % и на фоне преэклампсии 33,33 %. Коагулопатическое кровотечение, гигантская гематома промежности и разрыв матки стали причиной кровотечения по 16,67 %.

В структуру факторов риска выделения дефекты оказания медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах и факторы, которые могли бы предотвратить развитие критической акушерской ситуации.

При экспертной оценке качества оказания медицинской помощи в критических акушерских ситуациях среди основных дефектов на амбулаторном этапе оказания помощи выявлены: запоздалая госпитализация (16,0 %), особенно в территориях Курганской области (22,73 %) и ХМАО (21,46 %) и отсутствие профилактики акушерских осложнений (15,27 %), в Курганской области этот показатель в 2 раза выше, чем по УФО в целом (31,82 %), в ЯНАО, напротив, этого фактора не отмечено. Недостаточное обследование беременной на амбулаторном этапе в УФО встречалось в 12,8 % случаев НМ, при этом в Челябинской области этот показатель достигает 36,67 %. Недостатки диагностики экстрагенитальной патологии выявлены в 8,8 % с лидерством Курганской области (27,27 % случаев).

На стационарном этапе лидирующими дефектами явились недостаточность диагностики патологического состояния – 20,0 % по УФО в целом, с максимальным показателем в Курганской области (36,36 %). Отсутствие госпитализации пациенток на более высокий уровень наблюдальности в Свердловской области в 5,0 % случаев НМ и в ХМАО в 7,14 %, кроме того задержка с переводом в другой стационар отсутствовала только в Тюменской

области, в других территориях УФО показатель составлял от 3,33 % до 7,14 % со средним показателем в УФО 4,0 %.

Первое место среди дефектов диагностики патологического состояния на стационарном этапе заняли факторы недооценки тяжести состояния – 14,04 % по УФО, особенно в Курганской области (13,64 %) и ХМАО (14,29 %).

На втором месте – недостатки обследования 3,2 % и недооценка величины кровотечения в ХМАО составила 21,43 %.

В структуре факторов, которые могли предотвратить развитие НМ, лидирующее место в УФО занимает своевременная госпитализация (35,2 %) (до 47,37 % в ЯНАО). На втором месте – более ранняя диагностика патологического состояния (30,4 % по УФО), в которой жительницы Курганской области и ЯНАО нуждались в половине случаев. Третье ранговое место среди факторов занимает своевременное адекватное лечение – 14,4 % в УФО, особенно значим этот фактор в Курганской области (31,82 %).

При анализе уровня оказания медицинской помощи в критических акушерских ситуациях при кровотечениях выявлено, что в УФО в большинстве случаев помощь оказывалась в учреждениях родовспоможения III группы (51,11 %). На втором месте учреждения II группы (42,22 %), но в 6,67 % кровотечения произошли в акушерских стационарах I группы. В Свердловской области большая часть кровотечений произошла в учреждениях родовспоможения II группы (72,73 %).

В Челябинской области половина случаев (53,85 %) кровотечений произошла в учреждениях родовспоможения II группы, треть (38,46 %) – в учреждениях III группы и 7,69 % в акушерских стационарах I группы.

Тюменская и Курганская области достоверно отличаются от других территорий УФО, тем, что все случаи кровотечений произошли в учреждениях родовспоможения III группы. В ХМАО большая часть кровотечений произошла в учреждениях I и II группы (по 40,0 %) и только 20,0 % в учреждениях III группы. Несмотря на формирование трехуровневой системы только со второй половины года в ЯНАО в 60,0 % случаев кровотечения произошли в учреждениях III группы, но 40,0 % остались в учреждениях II группы.

Оказание медицинской помощи при преэклампсии/эклампсии в УФО в большинстве случаев проводилось в учреждениях родовспоможения III группы. Этим достоверно отличались почти все территории УФО: Тюменская, Курганская области, ХМАО и ЯНАО по 100 % и Свердловская область (87,50 %), исключение составила Челябинская область, где только 64,29 % случаев проводились в учреждениях III группы, а 21,43 % – в акушерских стационарах I группы. Только 20 % пациенток НМ Челябинской области были маршрутизированы на высокий уровень оказания перинатальной помощи. Нарушение маршрутизации отличало Челябинскую область от среднего показателя в УФО.



При сепсисе медицинская помощь в большинстве случаев 66,67 % в УФО оказывалась в учреждениях родовспоможения III группы. Но остается проблемным вопрос оказания медицинской помощи при акушерском сепсисе в ХМАО, где в 33,33 % случаев помощь оказывалась в акушерских стационарах I группы и ЯНАО, где в 100 % в стационарах II группы.

Таким образом, к мероприятиям, профилирующим развитие критических акушерских ситуаций в УФО, можно отнести:

1. Совершенствование маршрутизации беременных группы высокого перинатального риска, с соблюдением протоколов оказания медицинской помощи при кровотечениях и преэклампсии.
2. Обеспечение доступности квалифицированной медицинской помощи на основании стандартов и протоколов, включая непрерывное образование всех специалистов, оказывающих помощь беременным, роженицам и родильницам, с использованием обучения в симуляционных центрах, командных тренингов, конференций, вебинаров.
3. Организация контроля за выполнением маршрутизации беременных, рожениц и родильниц группы перинатального риска в Свердловской и Челябинской областях, соблюдением стандартов и протоколов.
4. Особое внимание следует уделить многорожавшим женщинам в ЯНАО, которые составили основной контингент пациенток, перенесших критические акушерские состояния.
5. Активное взаимодействие со смежными профильными специалистами с целью ранней диагностики экстрагенитальной патологии на этапе подготовки к беременности, особенно при планировании вспомогательных репродуктивных технологий, что является фактором позволяющим снизить число критических акушерских ситуаций в том числе и в ранние сроки гестации.
6. Организация контроля внедрения современных кровесберегающих технологий акушерской помощи при кровотечениях с применением аутоплазмадонорства, нормоволемической гемодилюции и интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов.
7. Согласованность работы органов управления здравоохранения с социальными службами по социально незащищенному контингенту женщин позволит прогнозировать группу риска беременных, особенно на это следует обратить внимание в Курганской области.

## 7. Анализ критических состояний акушерских состояний в учреждениях родовспоможения Сибирского федерального округа

Количество случаев критических состояний в зависимости от причин при беременности, в родах, послеродовом периоде в субъектах СФО в 2016 году представлено в таблице № 19.

Таблица № 19

Количество случаев критических состояний в зависимости от причин при беременности, в родах, послеродовом периоде в субъектах СФО, 2016

Субъекты СФО	Кон. во	Мед. аборт	Аборт. нача- тый вне ЛПУ	Пре- экламп- сия	Крово- течения в связи с	Крово- течения в родах и после- родо- вом периоде	Ослож- нения в родах, асисто- зия	Сепсис в родах и в после- родо- вом периоде	Акуш. забо- лев. для	Род. рын мат- ки	Про- чие	Эпз
Кемеровская область	104			7	18	39		2		3		35
Новосибир- ская область	32					23		2		3	4	
Омская область	34			11	9	5		2	1			6
Томская область	34		1	6	11	10		2		2	1	1
Иркутская область	20			8	3	4		3				2
Забайкаль- ский край	9	1		3	1							4
Краснояр- ский край	20	1		1	7	5	1	2	1	1		1
Алтайский край	44			6	17	9				4	8	
Республика Алтай	0											
Республика Тыва	19			6	4	5		2		2		
Республика Хакасия	12				7	2		1				2
Республика Бурятия	68		1	11	27	16	1	5		1	1	5
Центр	396	2	2	59	104	118	2	18	2	16	14	56
	100%	0,5%	0,5%	14,9%	26,3%	29,8%	0,5%	5,3%	0,5%	4,0%	3,5%	14,1%



В СФО в 2016 году зарегистрировано 396 случаев критических состояний, что несколько меньше, чем в 2015 году (442 пациентки).

Основными причинами критических состояний были кровотечения в послеродовом периоде (116) и связанные с отслойкой плаценты (104), а также преэклампсия (59) и экстрагенитальные заболевания (56).

Структура критических состояний в зависимости от беременности, в родах, послеродовом периоде в субъектах СФО в 2014–2016 годах представлена в таблице № 20.

Таблица № 20

Структура критических состояний при беременности, в родах и в послеродовом периоде в субъектах СФО в 2014–2016 годах

	Критические состояния, %		
	2014	2015	2016
Внематочная беременность	0	2,7	0
Медицинский аборт	0,7	0,45	0,5
Аборты, начиная с вне лечебного учреждения	4,6	1,3	0,5
Отслой, протекнувшая, гипертензивные расстройства (преэклампсия)	24,9	35,5	14,9
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	21,8	22,4	26,3
Кровотечения в родах и послеродовом периоде	23,5	15,6	29,8
Осложнения анестезии	0,5	0,7	0,5
Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	5,5	4,9	5,3
Акушерская эмболия	0,7	0,9	0,5
Разрыв матки	3,3	2,7	4,0
Прочие	5,8	3,6	3,5
Экстрагенитальные заболевания	8,6	9,0	14,1

В структуре причин критических состояний, по сравнению с 2015 годом, увеличилась доля кровотечений, в большей степени послеродовых (15,6 % – 29,8 %), в меньшей – обусловленных отслойкой плаценты (22,4 % – 26,3 %), а также уменьшилась доля гипертензивных расстройств (35,5 % – 14,9 %).

Распределение случаев «near miss» по уровню оказания помощи представлено в таблице № 21.

Распределение случаев «near miss» по уровню оказания помощи

Субъекты СФО	Кол-во случаев	Уровень оказания помощи				Уровень оказания помощи первоначально			
		1	2	3	дома	1	2	3	
Кемеровская область	104	2	13	89	-	-	4	100	
Новосибирская область	32	1	16	15	-	-	10	22	
Омская область	34	5	13	16	-	-	-	34	
Томская область	34	5	10	19	-	-	-	34	
Иркутская область	20	1	7	12	-	-	3	17	
Забайкальский край	9	5	4	-	-	-	-	9	
Красноярский край	5	14	1	-	-	0	0	20	
Алтайский край	44	7	20	17	-	0	13	29	
Республика Алтай	-	-	-	-	-	-	-	-	
Республика Тыва	-	-	-	-	-	-	-	-	
Республика Хакасия	12	2	10	-	-	0	12	-	
Республика Бурятия	68	19	2	47	-	9	2	58	
Всего	396	85	96	215	-	9	44	343	
%		21,5%	24,2%	54,3%	-	2,3%	11,1%	86,6%	

Первоначальное распределение пациентов «near miss» по уровню оказания помощи погибших во время беременности и родов по уровню оказания помощи было практически равномерным: I уровень – 21,5 %, II уровень – 24,2 %, III уровень – 54,3 %.

После эвакуации распределение пациентов было следующим: I уровень – 2,3 %, II уровень – 11,1 %, III уровень – 86,6 %. Более половины случаев критических состояний произошло на III уровне, после эвакуации 86,6 % женщин получали помощь на III уровне. Отличие от распределения случаев МС: отсутствовали ситуации критических состояний дома и в частях клиник.

Соотношение количества случаев МС: критические состояния в субъектах СФО в 2016 году по сравнению с 2015 г. и 2014 г. представлено в таблице № 22.



### Соотношение материнская смертность: критические состояния в субъектах СФО

№	Субъекты СФО	Соотношение «near-miss»/материнская смертность		
		2014	2015	2016
1	Кемеровская область	13	14,3	34,7
2	Новосибирская область	3,6	6	5,3
3	Омская область	1	5	34
4	Томская область	5,4	4,4	8,5
5	Иркутская область	4,3	3,3	10
6	Забайкальский край	11	2,7	2,3
7	Красноярский край	44	4,5	5
8	Алтайский край	15	17,8	22
9	Республика Алтай	0	0	0
10	Республика Тыва	0	0	0
11	Республика Хакасия	6	8,5	6
12	Республика Бурятия	4,2	28,8	34
	Всего	9,9	9,8	13,5

В субъектах СФО соотношение критических состояний к МС имело большой диапазон колебаний от 2,3 в Забайкальском крае до 34 и 34,7 в Омской и Кемеровской областях. Складывается впечатление о недоучете случаев критических состояний во многих субъектах: республиках Алтай, Хакасия, Красноярском и Забайкальском краях, Новосибирской области.

Соотношение критических состояний к МС в 2016 году в СФО составило 13,5, что значительно выше, чем в 2015 году (9,8) и в 2014 году (9,9). Увеличение соотношения количества случаев МС: критические состояния свидетельствует об улучшении оказания акушерско-гинекологической помощи.

Таким образом, средний показатель соотношения критических состояний и материнской смертности в 2016 году увеличился по сравнению с 2015 годом (13,5 – 9,8).

Основными причинами критических состояний были кровотечения в послеродовом периоде и кровотечения, связанные с отслойкой плаценты, а также преэклампсия и экстрагенитальные заболевания.

Более половины случаев критических состояний произошли на III уровне (после эвакуации – 83%), отсутствовали случаи критических состояний, возникшие на дому и в частных клиниках.

### 8. Анализ критических состояний в учреждениях родовспоможения Дальневосточного федерального округа

В 2016 году анализ случаев «near miss» осуществлялся по рекомендациям ВОЗ.

Идентификационные критерии «еда не умерших матерей», предлагаемые ВОЗ (2008), детализируют органо-патологию данной категории тяжелой материнской заболеваемости:

Секундо-сосудистая дисфункция: 1. Шок. 2. Остановка сердца. 3. Тяжелая гиперфузия (лактат > 5 ммоль/л). 4. Тяжелый ацидоз (pH < 7,1). 5. Непрерывное использование вазоактивных препаратов. 6. Сердечно-легочная реанимация.

Дыхательная дисфункция: 7. Острый цианоз. 8. Одышка. 9. Тяжелое тахипноэ. 11. Тяжелая гипоксемия (O<sub>2</sub> насыщение < 90% для 60 мин). 12. Интубация и вентилиция, не связанные с анестезией.

Почечная дисфункция: 13. Олигурия, не отвечающая на мочегонные средства. 14. Тяжелая острая азотемия (креатинин > 300 мкмоль/мл) 15. Диализ при острой почечной недостаточности.

Дисфункция свертывающей системы крови: 16. Неспособность образовывать сгустки. 17. Тяжелая острая тромбоцитопения (50 000 тромбоцитов/мл). 18. Массивная трансфузия крови или эритроцитов (> 5 единиц).

Дисфункция печени: 19. Желтуха при преэклампсии. 20. Тяжелая острая гипербилирубинемия (билирубин > 100 мкмоль/л).

Неврологическая дисфункция: 21. Длительная потеря сознания или кома (продолжительностью > 12 часов). 22. Паралич. 23. Неконтролируемая поза / эпиплептический статус. 24. Глобальный паралич.

Дисфункция матки: 25. Гиперэктомия из-за инфицирования матки или кровотечения.

Общее количество случаев near miss в ДФО (2016 год), представленных для анализа, было 85 (на общее количество родов в ДФО – 82 414). Случаи «near miss» имели место во всех субъектах ДФО, за исключением Чукотского автономного округа.

Для сравнения 2015 г. представленных для анализа случаев «near miss» было 54 (на общее количество родов в ДФО – 85550).

Наибольшее количество случаев «near miss» было зарегистрировано в Республике Саха (Якутия) – 25,9%, на 2-м месте Амурская область – 23,5%, далее следуют Приморский край – 17,6%, Хабаровский край – 12,9%.

Анализ представленной медицинской документации показал, что у врача акушера-гинеколога наблюдалось 82,4%, что свидетельствует об увеличении данного показателя, по сравнению с данными 2015 года (51,9%).



Из них нерегулярно посещали женскую консультацию 36,5 %. Под наблюдением акушерки, но с консультацией врача акушера-гинеколога находились 10,6 %, что свидетельствует об улучшении (снижении) данного показателя по сравнению с 2015 годом (22,2 %) в 2 раза.

Не наблюдалось вообще 5,9 %, что свидетельствует об улучшении (снижении) данного показателя, по сравнению с 2015 годом (25,9 %) в 4,4 раза.

Поздняя явка была отмечена в 7,1 %, что также свидетельствует об улучшении (снижении) данного показателя, по сравнению с 2015 годом (13,0 %) в 2 раза.

Наибольшее количество женщин категории «near miss» были родоразрешены в стационарах III уровня (40,0 %), в стационарах II уровня – 29,6 %. В стационаре I уровня было 22,2 % родов, осложненных случаями «near miss» (Амурская область, Республика Саха (Якутия)), на дому – 1,85 % (Хабаровский край). Переведены с I и II уровней на III – 3,7 % женщин.

Родов на дому, завершившихся случаями «near miss», не было, тогда как в 2015 году их было 1,85 % (Хабаровский край).

Переведены с I и II уровня на III – 20,0 % случаев «near miss», в 2015 году таких переводов было 3,7 %.

Сроки гестации, при которых проводилось родоразрешение, были следующими: 18-21 неделя – 1,2 %; 22-27 недель – 5,9 %; 28-33 недели – 21,2 %; 34-36 недель – 18,8 %; 37-41 недели – 52,9 %.

Исходно с рубцом на матке, после предыдущих операций было 28,2 %, по сравнению с данными 2015 года (18,5 %) произошло увеличение пациенток с рубцом на матке в 1,5 раза.

Мертворождениями завершились роды в 18,8 % случаев, что было больше в 1,69 раза по сравнению с данными 2015 года (11,1 % случаев).

После ЭКО было 3,5 % женщин, относящихся к категории «near miss». В 2015 году данный показатель был 3,7 %.

В процессе родоразрешения были выполнены в 72,9 % случаев операции кесарева сечения (ОКС). В 2015 году данный показатель был 68,55 %.

По поводу возникших осложнений экстренной операции матки были произведены в 57,6 %, что в 1,3 раза больше, чем в 2015 году (44,4 %).

Операций по перевязке внутренних подвздошных артерий было выполнено 12,9 %, что в 1,7 раза меньше, чем в 2015 году (22,2 %).

Наибольшее количество случаев «near miss» было обусловлено прехламписей тяжелой степени и эклампсией (35,3 %). Наибольшее количество случаев данной патологии (12/54,5 %) было зарегистрировано в Республике Саха (Якутия), т.е. больше половины всех случаев «near miss» на данной территории были обусловлены прехламписей тяжелой степени и эклампсией.

Прежвременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) была верифицирована в 21,2 % (Амурская область, Приморский край, Республика Саха (Якутия), Хабаровский край).

Предлежание плаценты и плаценто-экста были выявлены в 16,5 % случаев (Амурская область, Приморский край, Сахалинская область, Хабаровский край). Экстрагенитальная патология имела место в 15,3 % случаев. Типотонические кровотечения были в 10,6 % случаях «near miss»; гипотонические осложнения – в 14,12 % (Амурская область, Республика Саха (Якутия), Хабаровский край).

Случаи родового травматизма имели место только на территории Республики Саха (Якутия).

Поскольку 1-е место среди причин «near miss» занимали прехлампися тяжелой степени и эклампсия, нами были детально проанализированы данные случаи.

Прехлампися тяжелой степени в сроке гестации до 34 недель и после 34 недель встречались с одинаковой частотой (по 50,0 %).

Сочетание прехлампися тяжелой степени с ПОНРП имело место в 36,4 % случаев.

С такой же частотой (36,4 %) прехлампися тяжелой степени сочеталась с экстрагенитальной патологией.

В 63,6 % прехлампися тяжелой степени сочеталась с массивными акушерскими кровотечениями (МАК).

В 22,7 % случаев при данной патологии имел место HELLP-синдром. Структура осложнений «near miss» свидетельствует о том, что в 45,9 % имели место МАК; в 27,1 % – геморрагический шок (ГШ); в 17,6 % – ДВС-синдром; в 5,9 % – HELLP-синдром и др. тяжелые осложнения.

Анализ представленной медицинской документации случаев «near miss» показал, что наличие дефектов при оказании медицинской помощи на амбулаторном этапе было выявлено в 75,3 % случаев, что в 1,2 раза меньше, чем было в 2015 году (90,74 %).

Наличие дефектов при оказании медицинской помощи на стационарном этапе было выявлено в 63,5 %, что в 1,25 раза меньше, чем было в 2015 году (79,6 %). Тем не менее, выявленные дефекты как на амбулаторном, так и на стационарном этапе, касались нарушений стандартов обследования, лечения и верификации диагноза в соответствии с приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и клиническими протоколами.

В соответствии с вышеизложенными данными 1-е место в структуре причин случаев «near miss» было обусловлено прехламписей тяжелой степени и эклампсией (35,3 %). Кроме этого, сочетание прехламписи тяжелой степени с ПОНРП составило 36,4 %.

В этой связи, проведенный анализ свидетельствует о том, что во всех клинических ситуациях не выполнялись, в той или иной степени, требования



клинического протокола «Интервенционные вмешательства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Презампсия. Экспрессия».

Анализ случаев предлежания плаценты и ее состояние с истинным вращением плаценты (16,5%) показал наличие дефектов, обусловленных отсутствием своевременной верификации диагноза из-за пренебрежения методами диагностики (УЗИ, цветное доплеровское картирование, МРТ). К большому сожалению метод МРТ практически не используется на территории ДФО. Для наложения профилактического шва на шейку матки беременные не направляются в стационар.

На основании вышеизложенного, следует отметить, что перинатальными центрами не в достаточной степени осуществляется контроль за тактикой ведения беременных женщин с предлежанием плаценты в амбулаторных условиях.

Таким образом, акушерские кровотечения (предлежание плаценты, ПОНРЛ, гипотония матки) составили, в общей сложности 48,23% случаев «near miss», потребовавших расширения объема оперативного лечения (экстирпация матки, перевязка подвздошных артерий, вскрытие параметральных гематом, гематом передней брюшной, ушивание мочевого пузыря и т.д.), проведения реанимационных мероприятий.

Важным моментом остается решение вопроса диагностики и верификации диагноза при септических осложнениях родов и послеродового периода, а также проведение своевременной антибиотикопрофилактики.

Проведенный нами анализ показал, что в 52,9% случаев «near miss» беременность была доношенной, следовательно, к данному сроку, все риски должны были быть определены, а диагноз верифицирован.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что в не достаточной мере отрабатаны моменты маршрутизации беременных высокой степени риска по перинатальной и материнской смертности в стационары III уровня.

По данным ряда литературных источников, соотношение случаев МС и случаев «near miss» по различным странам значительно отличаются. Например, во Франции это соотношение составляет 1:19; в Лондоне – 1:118; в Индии – 1:6; в России – 1:18.

Проведенный нами анализ свидетельствует о том, что в ДФО на I случай МС приходится 10 случаев near miss.

- Конечно данная ситуация значительно различается по регионам округа, так в:
- Приморском крае (количество родов – 23 553) соотношение МС к случаям «near miss» составило 1:7,5;
  - Хабаровском крае (количество родов – 17 829) – 1:11;
  - Республике Саха (Якутия) (количество родов – 15 425) – 0:22;
  - Амурской области (количество родов – 10 385) – 1:20;
  - Сахалинской области (количество родов – 6 840) – 1:8;

- Камчатском крае (количество родов – 4 014) – 1:4;
- Еврейской автономной области (количество родов – 2 101) – 2:3;
- Магаданской области (количество родов – 1 601) – 0:2;
- Чукотском автономном округе (количество родов – 666) – 0:0.

Следовательно, наиболее адекватная ситуация складывается в Республике Саха (Якутия), Амурской области, поскольку на данных регионах ответственно относятся к вопросам профилактики случаев МС, и именно поэтому типичным образом проводят анализ случаев «near miss».

Таким образом, анализ случаев «near miss» показал, что в субъектах ДФО не достаточно четко отработаны вопросы маршрутизации беременных, родов, рождений. Данные функции должны контролироваться перинатальными центрами в каждом регионе. Медицинские работники, в том числе и средние, в отдаленных районах областей, края должны иметь четкий алгоритм действий по той или иной нозологической форме, выявленной у беременных, родов, рождений. Отсутствие подобного алгоритма приводит к запоздалым, хотя и правильным действиям.

Следовательно, при анализе случаев «near miss», выявленные дефекты зачастую носят характер организационно-управленческого плана, требующие необходимости в повышении уровня медицинской помощи, как врачей акушеров-гинекологов (акушеров, фельдшеров), так и анестезиологов-реаниматологов (не выполнение требований приказа Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», а также клинических протоколов).

Тщательный клинический анализ случаев «near miss» – это весомый резерв дальнейшего снижения уровня материнской смертности, что подтверждается односторонними дефектами лечебно-диагностического процесса, приведшими к летальному исходу в случаях предотвратимой материнской смерти и его высокому риску у женщин, относящихся к категории «near miss». Совершенствование условий для сохранения материнского здоровья должно быть направлено на сокращение числа предотвратимых смертельных исходов и достигнуто путем снижения частоты случаев «near miss».