

УДК 332.146.2 : 364.14:61 (571.6)

Т.Ю. Пестрикова

Мониторирование показателей материнской смертности в Дальневосточном федеральном округе в 2014 году

Дальневосточный Государственный Медицинский Университет, г. Хабаровск

Контактная информация: Т.Ю. Пестрикова - e-mail: typ50@rambler.ru

Резюме

Представлены результаты мониторингирования показателей материнской смертности и случаев Near miss в родильных стационарах территорий, входящих в состав Дальневосточного Федерального округа. Проведен анализ структуры материнской смертности и случаев Near miss.

Выявлены дефекты, допущенные на амбулаторной и стационарном этапах. Предложены мероприятия, направленные на профилактику материнской смертности и случаев Near miss.

Ключевые слова: материнская смертность, случаи Near miss

T. Yu. Pestrikova

Monitoring of maternal mortality in the Far Eastern Federal District in 2014

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

e-mail: typ50@rambler.ru

Summary

The results of monitoring of maternal mortality and Near miss in maternity hospitals of the territories belonging to the Far Eastern Federal District. The analysis of the structure of maternal mortality and Near miss.

Revealed defects admitted to outpatient and inpatient. The measures aimed at the prevention of maternal mortality and Near miss.

Key words: Maternal mortality, Near miss

Введение

Материнской смертности (МС) в мире, с началом XXI века стала устойчиво снижаться. В 2013 г. впервые в истории человечества количество случаев МС (в абсолютных числах) снизилось до 300 тыс. (в 2000 г. - 590 тыс.).

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» до 1 марта 2013 г. планировалось разработать и утвердить комплекс мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной про-

граммы РФ «Развитие здравоохранения». Ставилась задача по снижению к 2018 г. МС до 14,0 (на 100000 живорожденных).

МС включена мировым сообществом в качестве одной из целей «Цели развития тысячелетия №5». Основная проблема МС – нехватка финансирования; подготовка медицинских кадров; дородовое консультирование.

Таким образом, Россия выполнила 5-ю цель развития тысячелетия ООН, существенно снизив показатели МС в 4,5 раза. Об этом [сообщила](#) министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова, выступая с докладом на открытии Всемирного форума по вопросам женского здоровья и развития (2014 г.).

Обсуждение результатов

Профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности остается одним из основных направлений деятельности Минздрава РФ, органов и учреждений здравоохранения субъектов РФ.

В 2013 г. показатель МС в РФ составил 11,5 на 100000 живорожденных. Структура основных причин МС была следующей: экстрагенитальная патология – 21,9%; акушерская эмболия – 15,8%; отеки, протеинурия, гипертензия во время беременности – 11,6%; кровотечения в родах и послеродовом периоде

– 10,7%; кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием – 8,8%; сепсис во время родов и в послеродовом периоде – 5,1%; разрыв матки – 3,7%; аборт начатый вне лечебного учреждения – 3,7%; медицинский аборт – 2,3%; осложнения анестезии – 2,8%.

В 2014 г. в РФ умерли 244 женщины, смерть которых отнесена к категории МС, а показатель МС в РФ снизился до 10,8 на 100000 живорожденных (рис.1).

Величина показателей МС по субъектам ДФО (2014 г.) представлена на рис.1, как следует из представленных данных – произошло увеличение величины данного показателя, из-за снижения общего количества родов на 550 случаев, по сравнению с 2013 г.

В 2014 году на территории ДФО не были случаев МС в Амурской, Магаданской областях и Чукотский АО. Всего в 2014 г. умерли 14 женщин, смерть которых отнесена к категории МС.

Для сравнения в ДФО:

- в 2013 г. умерли -14 женщин;
- в 2012 г. - 11;
- в 2011 г. - 9;
- 2010 г. - 15;
- в 2009 г. - 23;
- в 2008 г. - 25;
- в 2007 году – 28;
- в 2006 году – 22;
- в 2005 году - 26;
- в 2004 году – 27;
- в 2003 году – 34;
- 2001-2002 гг. – по 39 женщин.

Наибольшее число случаев МС произошло в Республике Саха (Якутия) – 42,86%; в Приморском крае – 28,57%. Остальные случаи МС произошли в Еврейской автономной области – 7,14%; Камчатском крае - 7,14%; Хабаровской крае - 7,14%; Сахалинской области – 7,14%.

В структуре причин МС первое место занимает эклампсия (Э) – 21,43%

(3 случая). Далее с одинаковой частотой следуют HELLP-синдром, как следствие преэклампсии – ПЭ (2 случая) - 14,29%; ПОНРП - 14,29% (2 случая); септический шок - 14,29% (2 случая). По одному случаю (7,14%) причиной МС были тяжелая рвота беременных, акушерское кровотечение, острое нарушение мозгового кровообращения, грипп (табл.1).

Таблица №1 Мониторирование показателей МС в ДФО (2014 г.) (Часть 1)

		Территория			
		Амурская область	ЕАО	Камчатский край	Магаданская область
Кол-во случаев МС	Ранней МС	0	1	1	0
	Поздней МС	0	0	0	0
Случаи Near miss		79	0	7	0
Причины МС	Ранней МС	0	Эклампсия	Кровотечение во время родов неуточненное	0
	Поздней МС	0	0	0	0
Причины случаев Near miss/критических состояний		ПЭ - 54,4%; кровотечение - 44,3%; ГШ-24%; отек мозга -8,8%; острая почечно-печеночная недостаточность – 5%.		ПОНРП – 71,43%. ПЭ, HELLP-синдром – 14,28%. Эпилепсия - 14,28%.	0
Дефекты в оказании медицинской помощи при МС	Организационно-управленческие	0	+	+	0
	Квалификация	0	+	+	0
Случаи ранней МС	Предотвратимые	0	1	0	0
	Непредотвратимые	0	0	0	0
	Условно предотвратимые	0	0	1	0
Смерть в ЛПУ	III уровня	0	0	Перевод после родоразрешения со II уровня	0
	II уровня	0	1	0	0
	I уровня	0	0	0	0
Смерть на дому		0	0	0	0

Таблица №1 Мониторирование показателей МС в ДФО (2014 г.) (Часть 2)

		Территория			
		Приморский край	Республика Саха (Якутия)	Сахалинская область	Хабаровский край
Кол-во случаев МС	Ранней МС	4	5	1	1
	Поздней МС	0	1	0	0
Случаи Near miss		3	30	0	16
Причины МС	Ранней МС	Эмболия околоплодными водами; HELLP –синдром, ПЭ, тяж. степени; HELLP –синдром, ПЭ, тяж. степени; Септический шок	Эклампсия; ПОНРП; ПОНРП; Септический шок; неукротимая рвота; беременных; парагрипп	Эклампсия	Острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт) при сроке беременности 27 недель
	Поздней МС	0	Массивное маточное кровотечение, ГШ, ДВС-синдром	0	0
Причины случаев Near miss/ критических состояний		Эклампсия – 75%. ПЭ тяжелой степени, тотальная ПОНРП – 25%	Эклампсия – 75%. ПЭ тяжелой степени, тотальная ПОНРП – 25% предлежание плаценты – 57,6%. Гипотоническое кровотечение – 23%. ПОНРП -19,2%	Массивное акушерское кровотечение- 34,3% Преэклампсия – 65,7%	Массивное акушерское кровотечение- 34,3% Преэклампсия – 65,7%
Дефекты в оказании медицинской помощи при МС	Организационно-управленческие	+	-	0	0
	Квалификация	+	-	0	0
Случаи ранней МС	Предотвратимые	3	5	1	1
	Непредотвратимые	1	0	0	0
	Условно предотвратимые	0	0	0	0
Смерть в ЛПУ	III уровня	2 случая-перевод после родоразрешения со II уровня	3	0	0
	II уровня	1	2	0	0
	I уровня	1	0	0	0
Смерть на дому		0	1	1	1

Таблица №1 Мониторирование показателей МС в ДФО (2014 г.) (Часть 3).

		Территория	
		ЧАО	ДФВО
Кол-во случаев МС	Ранней МС	0	
	Поздней МС	0	
Случаи Near miss		0	
Причины МС	Ранней МС	0	
	Поздней МС	0	
Причины случаев Near miss/ критических состояний		0	
Дефекты в оказании медицинской помощи при МС	Организационно-управленческие	0	
	Квалификация	0	
Случаи ранней МС	Предотвратимые	0	
	Непредотвратимые	0	
	Условно предотвратимые	0	
Смерть в ЛПУ	III уровня	0	
	II уровня	0	
	I уровня	0	
Смерть на дому		0	10

Следовательно, в 35,71% (5 случаев) причиной МС были ПЭ/Э, проведенный анализ свидетельствовал о том, что во всех случаях не был выполнен клинический протокол Минздрава России от 23 сентября 2013 г. №15-4/10/2-7138 «Гипертензионные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия». Проведенный анализ показал, что случаи МС у данной категории женщин являются предотвратимыми.

По данным ВОЗ, одну из основных ролей в снижении МС сыграл пересмотр количества сульфата магния для осмотерапии ПЭ (не менее 12 г сухого вещества), что позволило предотвратить до 30-35 тыс. случаев МС в мире.

Акушерские кровотечения (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - ПОНРП, параметральная гематома), по нашим данным, составляющие 21,43% (3 случая), также относятся к категории предотвратимых случаев.

Анализ случаев МС от акушерских кровотечений показал, что все они относились к категории управляемых.

По мнению профессора В.Е. Радзинского (2014 г.) существует несколько возможностей преломления стабильно неблагоприятной ситуации, при акушерских кровотечениях, в лучшую сторону:

- отказ от необоснованных медикаментозных назначений и манипуляций;
- использование современных утеротоников (карбетоцин).

К категории предотвратимых случаев МС также относятся септические осложнения, рвота беременных, острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт), грипп.

Случаи МС у женщин наступили в 21,43% (3 случая – Сахалинская область, Хабаровский край, Республика Саха) на дому. В 7,14% (1 случай – Приморский край) МС произошла в лечебных учреждениях (ЛПУ) I уровня. В 28,57% (4 случая) МС произошла в ЛПУ II уровня (Еврейская АО, Республика Саха, Приморский край).

В 42,86% (6 случаев) МС произошла в ЛПУ III уровня, но из них в 21,43% (3 случая) женщины были переведены из ЛПУ II уровня в критическом состоянии, когда предотвратить смерть не представлялось возможным.

Следовательно, только в 21,43% (3 случая) женщины изначально были госпитализированы в стационары III уровня.

Констатация случаев МС «на дому», в ЛПУ I и II уровня, является крайне неблагоприятным фактором, свидетельствующим о том, что на территориях не решены организационные вопросы.

Предотвратимыми по данным проведенного анализа являются 12 (85,71%) случаев МС, в 1 (7,14%) случае смерть, обусловленная эмболией околоплодными

ми водами, была непредотвратимой (Приморский край), а еще в 1 (7,14%) случае смерть была условно предотвратимой, поскольку имело место сочетание параметральной/забрюшинной гематомы с расслоением аневризмы верхней брыжеечной артерии (Камчатский край).

Дефекты в оказании медицинской помощи были как организационного – управленческого плана (нарушение алгоритма маршрутизации; отсутствие четкого алгоритма на ФАПах, ЛПУ I и ЛПУ II уровня при критических ситуациях), так и касались уровня квалификации специалистов акушеров-гинекологов, анестезиологов (по каждому случаю замечания отмечены).

Из случаев **поздней материнской смертности** был представлен только 1 случай (массивное маточное кровотечение, геморрагический шок - ГШ, ДВС-синдром), произошедший в Республике Саха (Якутия).

Важное значение имеет проведение аудита при случаях NEAR MISS. Аудит (в 2014 г.) был проведен в ЛПУ ДВФО впервые.

Анализ случаев Near miss показал, что трактовка данных состояний на территориях осуществляется неоднозначно. В этой связи необходимо четко представлять требования к случаям Near miss, а именно относить к ним все случаи, при которых пациенты были госпитализированы в отделение реанимации. Тем не менее, следует отметить, что основными причинами критических состояний/случаев Near miss являются ПЭ/Э, ПОНРП.

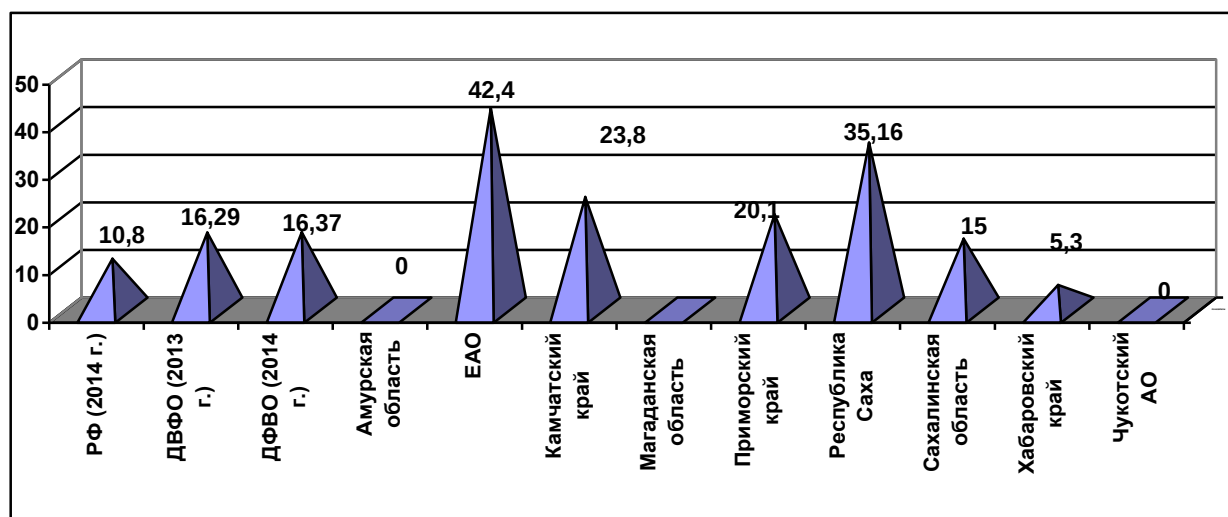


Рис.1. Показатели МС (на 100000 родившихся живыми) по территориям ДФО за 2014 г.

При проведении аудита по качеству оказания медицинской помощи были выявлены дефекты как на уровне амбулаторной помощи в 85,0 % случаев, так и в стационаре – 90,5%.

Отсутствие динамического наблюдения за беременными было отмечено в 12,7% случаев.

Недостатки диагностики экстрагенитальных заболеваний были зафиксированы в 12,5% случаев.

Неадекватную терапию получали 45% беременных. В 25% случаев имело место поздняя госпитализация пациенток.

Факторы, которые могли бы предотвратить случаи NEAR MISS, были следующими:

- ранняя диагностика патологического процесса – 50,0%;
- своевременная госпитализация пациентки - 46%;

- обследование смежными специалистами и проведение дополнительных методов исследования по профилю - 15,0%;
- квалификация специалистов - 50%,
- правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований и заключений консультантов - 25% случаев.

Дефекты в оказании медицинской помощи в случаях Near miss дублируют дефекты, имевшие место при случаях ранней МС. Дефекты обусловлены нарушениями как организационного – управленческого плана (нарушение алгоритма маршрутизации; отсутствие четкого алгоритма действий), так и низкими характеристиками квалификационного уровня специалистов (отклонение от рекомендаций клинических протоколов).

Поскольку, в настоящее время все технологии, направленные на предупреждения случаев МС известны, первостепенное значение в этой связи приобретают вопросы организации, поэтому все случаи МС рассматриваются, как ошибки в работе главного врача

ЛПУ. В первую очередь, это обусловлено отсутствием единого понимания в целях и задачах среди различных специалистов в коллективе.

Таким образом, показатель МС, в большей степени, отражает качество оказания медицинской помощи и степень ее организации, и, в меньшей степени, уровень здоровья и тяжесть патологии женщины.

Заключение

Представленный анализ показал, что мероприятия по снижению МС должны быть сконцентрированы по двум направлениям:

- **организационно-управленческие мероприятия;**
- **повышение качества медицинской помощи.**

Поскольку в 2014 году основные задачи, стоящие перед службами родовспоможения территорий ДФО не были полностью реализованы, решение данных задач предстоит в 2015 году.

На основании выше изложенного, на 2015 год территориальным службам родовспоможения ДФО предстоит решать следующие задачи:

- обратить внимание органов исполнительной власти субъектов ДФО на вопросы организации медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным

(проанализировать показатели материнской, младенческой, перинатальной заболеваемости и смертности, частоты абортот);

- проведение анализа случаев поздней МС и случаев near miss;
- проведение анализа организационных мероприятий, направленных на профилактику МС с учетом дефектов допущенных в 2014 г.;
- руководителям служб родовспоможения определить систему подготовки кадров, способствующую росту профессионального медицинского персонала, работающего в учреждениях родовспоможения (анестезиологи, терапевты);
- Продолжение работы над компьютеризированной системой персонифицированного мониторинга течения, ведения и исхода беременности и родов на всех уровнях оказания медицинской помощи;
- проанализировать работу амбулаторной службы родовспоможения (оснащенность, кадровый потенциал, основные, качественные показатели), которая является ведущим звеном в системе здравоохранения;
- контроль за работой амбулаторной службы родовспоможения должен осуществляться в соответствии с порядками, утвержденными МЗ РФ (приказ МЗ РФ №572н, клинические протоколы);
- рекомендовать руководителям республиканских, краевых, областных органов здра-

Управление качеством Т.Ю. Пестрикова

Мониторирование показателей материнской смертности в Дальневосточном ...

воохранения проанализировать работу

детских и подростковых гинекологов;

- проанализировать работу центров (кабинетов) по регулированию репродуктивной функции.

ВОЗ.ЗДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

ВОЗ.ЗДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ