
ОШИБКИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, УМЕРШИМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

И.И. Кукарская

Тюменская государственная медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии
Департамент здравоохранения Тюменской обл.
ГЛПУ ТО «Перинатальный центр»
ул. Даудельная, 1, Тюмень, Россия, 625002

Проблема снижения материнской смертности и поиск путей решения организационных, лечебно-диагностических, тактических задач диктует необходимость проведения анализа ошибок акушерско-гинекологической помощи, а также акцентирования внимания на выявлении предотвратимых случаев смертности в течение беременности, родов или в послеродовом периоде. Все это позволит определить резервы в снижении и профилактике материнской смертности.

Ключевые слова: материнская смертность, анализ.

Профилактика материнской смертности, уменьшение вероятности летального исхода и улучшение результатов лечения у акушерских больных остаются актуальными вопросами качества медицинской помощи в практике здравоохранения [1]. Для своевременной профилактики неблагоприятного исхода и выработки рациональной тактики интенсивной терапии несомненно важность определения наиболее часто встречающихся ошибок в оказании акушерско-гинекологической помощи у женщин, которые погибли [2–4]. Критический анализ качества диагностических и лечебных мероприятий, проводимый с систематическим пересмотром эффективности вносимых усовершенствований позволяет провести комплексную оценку результативности и доступности медицинской помощи при родовспоможении.

Цель исследования – анализ ошибок при оказании акушерско-гинекологической помощи у женщин, погибших в течение беременности, родов и послеродовом периоде.

Материал и методы исследования. Проведен анализ ошибок при оказании акушерско-гинекологической помощи 48 пациенткам, погибшим от основных акушерских причин: сепсиса, кровотечений, преэклампсии, эклампсии во время беременности, родов, в послеродовом и послеабортном периодах с 2000 по 2010 г. Также в структуре материнской смертности (МС)

важное значение имела и экстрагенитальная патология. Женщины, погибшие от декомпенсации соматической патологии, также были включены в анализ допущенных ошибок. За основу были приняты материалы клинических и клинико-морфологических разборов и клинико-экспертных комиссий, организованных Департаментом здравоохранения Тюменской области.

Обсуждение полученных результатов. На основании проведенных клинических разборов МС в Тюменской области большинство случаев – 34 (70,8%) были признаны условно предотвратимыми, 10 (20,8%) – непредотвратимыми, 4 (8,3%) – предотвратимыми. Основными проблемами при оказании медицинской помощи этим пациенткам были позднее обращение – 62,5%, неполный объем оказанной помощи – 43,7%, неадекватное клинико-лабораторное обследование – 33,3%, недооценка тяжести состояния – 31,2% и связанное с этим отсроченное оперативное вмешательство – 31,2%, а также ошибки, заключающиеся, в основном, в поздней диагностике критического состояния – 20,8%.

При анализе МС, развившейся в результате сепсиса, рассмотрено 7 случаев. На основании клинических разборов материнских потерь очевидно, что большинство из них – 5 (71,5%) были признаны условно предотвратимыми и 2 (28,5%) – непредотвратимыми, в следствие развития у пациентки рефрактерного септического шока. Неудержимость каскадных процессов, быстрое развитие полиорганной недостаточности и несостоятельности, не позволило даже на ранних этапах поступления в стационар оказать результативную помощь и стабилизировать состояние пациенток.

Анализ качества оказания медицинской помощи позволил выявить следующее: в большинстве случаев – 5 (71,5%) имело место позднее обращение пациенток за медицинской помощью (особенно при криминальных вмешательствах). Практически в каждом втором случае определялась поздняя диагностика септического процесса, приводившая к запоздалому проведению радикальной операции. Недооценка тяжести состояния сочеталась, как правило, с поздней диагностикой септического процесса.

На основании клинических разборов МС от кровотечений в Тюменской области, только 1 (10,0%) случай признан непредотвратимым (смерть ненаблюдавшейся беременной женщины на дому, причина смерти – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), 8 (80,0%) – условно предотвратимыми и 1 (10%) случай – предотвратимым. Анализ качества оказания медицинской помощи позволил установить, что основными проблемами в оказании медицинской помощи женщинам с кровотечениями являлись недооценка объема кровопотери (90,0%) и связанная с этим недооценка тяжести состояния (90,0%), а также отсроченная радикальная операция (70,0%). Реже мы видели неадекватный выбор объема и качественного состава инфузионно-трансфузионной терапии (30,0%) и позднее обращение (10,0%).

На основании клинических разборов МС от эклампсии и тяжелой преэклампсии в Тюменской области большинство случаев – 7 (77,7%) были признаны условно предотвратимыми, 1 (11,1%) – непредотвратимыми и 1 (11,1%) – предотвратимым. Анализ качества оказания медицинской помощи позволил выявить недостатки, из которых основными являлись: недооценка тяжести состояния – в 8 (88,8%) случаях, запоздалое родоразрешение – в 6 (66,6%) случаях, поздняя госпитализация в связи с отказом беременной женщины от своевременной госпитализации в 6 (66,6%) случаях. При оценке тяжести состояния пациентки недооценивались такие критерии тяжелой преэклампсии, как повышение содержания трансаминаз (в 5 случаях), внезапно появившиеся и быстро нарастающие отеки (в 6 случаях), олигурия (в 2 случаях). Основными ошибками в лечении эклампсии и преэклампсии у погибших женщин являлись: полипрагмазия – 4 случая (44,4%), отсутствие в лечении сульфата магния или его недостаточная доза – в 3 случаях (33,3%), и также в 3 случаях (33,3%) – необоснованное ограничение жидкости. Следует особо отметить, что в 6 (66,6%) случаях имело место позднее обращение, которое у этих пациенток могло быть обусловлено недостаточной информированностью о возможных угрожающих жизни симптомах.

На основании клинических разборов МС от декомпенсации экстрагенитальной патологии в Тюменской области большинство случаев – 14 (63,6%) были признаны условно предотвратимыми, 6 (27,2%) – непредотвратимыми и 2 (9,1%) – предотвратимым. Первое место в экстрагенитальной патологии занимает дисфункция сердечнососудистой системы (22,7%), затем в одинаковой степени представлены патология дыхательной, выделительной системы и печени (18,2%), чуть реже – инфекционная патология (13,6%), и наиболее редки заболевания крови (9,0%).

Анализ качества оказания медицинской помощи позволил выявить недостатки, из которых основными являлись: поздняя госпитализация (72,7%), в основном, связанная с нежеланием женщины госпитализироваться в стационар заблаговременно до родов, и связанное с этим запоздалое родоразрешение (63,6%), которое часто совпадало с недооценкой тяжести состояния и влекло за собой неполный объем помощи, выполненной в первые часы (45,4%). Реже мы видели диагностические ошибки и неполное обследование, связанное, как правило, со сложностью патологии и междисциплинарными контактами (36,3% и 27,2% соответственно).

Таким образом, 38 (79,1%) случаев МС из 48 анализируемых за период 2000–2010 гг. были предотвратимыми и условно предотвратимыми, следовательно, необходим поиск механизмов снижения МС, направленный именно на управляемые причины – более ранняя госпитализация, адекватная оценка тяжести состояния, отказ от консервативного ведения и наблюдательной тактики при развитии состояний, угрожающих жизни. Огромную

роль также имеет и налаживание междисциплинарных контактов, так как это позволит повысить качество оказания медицинской помощи женщинам с экстрагенитальной патологией.

Основной проблемой оказания медицинской помощи умершим женщинам была недооценка тяжести состояния – 20,8%, на втором месте находились позднее обращение и соответственно, поздняя госпитализация – 18,7% и следующее за этим – отсроченное оперативное вмешательство (20,1%). Важным моментом также явился неполный объем помощи (16,1%), реже – неполное обследование (13,4%) и диагностические ошибки (10,7%).

Таким образом, ведущими причинами МС в 2000 – 2010 гг. в Тюменской области являлись акушерские кровотечения (20,8%), сепсис (14,6%), эклампсия и преэклампсия (18,7%). Тем не менее, первое место уверенно представляет экстрагенитальная патология, занимая в структуре МС Тюменской области 45,8%. В структуре соматической патологии, которая явилась основной причиной МС, преобладают заболевания сердечнососудистой системы, болезни органов дыхания, печени и почек. Основной непосредственной причиной гибели пациенток в большинстве случаев являлся синдром полиорганной недостаточности, развитие которого являлось закономерным в течение всех акушерских осложнений и декомпенсации экстрагенитальных заболеваний.

Выводы:

1. Оценка тяжести угрожающего состояния во время беременности и родов должна осуществляться с позиции возможной вероятности развития декомпенсации жизненно-важных функций. Превентивные меры в интенсивной терапии должны лежать в основе клинического подхода.

2. Превентивный перевод больных в отделение реанимации и интенсивной терапии, своевременная или даже предварительная госпитализация на высокотехнологичный этап лечения может позволить более качественно осуществлять расширенный мониторинг витальных функций у больных с высокой вероятностью развития критического состояния и предотвратить прогрессирование полиорганной дисфункции.

3. При тяжелой экстрагенитальной патологии с нарушением основных жизненных функций досрочное родоразрешение должно выполняться по жизненным показаниям со стороны матери и рассматриваться как «реанимационное» мероприятие. Задержка диагностики тяжелого состояния ведет за собой позднее оперативное вмешательство.

4. Успех интенсивной терапии критических состояний в акушерстве зависит от мультидисциплинарного рационального подхода, основанного на понимании основных механизмов патогенеза данного состояния.

5. Для интенсивной терапии тяжелых осложнений у беременных, рожениц и родильниц необходим широкий круг диагностических и лечебных мероприятий, что требует постоянной модернизации анестезиологической службы в акушерском стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баринов С.В.* Интенсивная терапия тяжелых акушерских осложнений и профилактика материнской смертности в условиях крупного региона Западной Сибири: Дис. ... д.м.н. – Омск, 2003.
2. *Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. и др.* Показатели медицинской статистики в свете реформирования системы здравоохранения // Здравоохранение РФ. – 2005. – № 5. – С. 31–35.
3. *Гридчик А.Л.* Еще раз о материнской смертности // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2001. – № 1. – С. 58–60.
4. *Шарапова Е.И.* Материнская смертность в Российской Федерации и перспективы ее снижения: Автореф. дис. ... к.м.н. – М., 1992.

ERRORS OF THE AKUSHERSKO-GYNECOLOGIC HELP AT THE WOMEN WHO HAVE DIED DURING PREGNANCY, SORTS AND THE POSTNATAL PERIOD

I.I. Kukarskaya

Tyumen State Medical Academy
The department of obstetrics and gynecology
The faculty of improving professional skills
Healthcare Department of the Tyumen Region
Perinatal center
Daudelnaya Str., 1, Tyumen, Russia, 625002

The problem of decrease in parent death rate and search of ways of the decision of organizational, medical-diagnostic, tactical problems dictates necessity of carrying out of the analysis of errors of the akushersko-gynecologic help, and also attention accentuation on revealing of preventable cases of death rate during pregnancy, sorts or in the postnatal period. All it will allow to define reserves in decrease and preventive maintenance of parent death rate.

Keywords: maternal mortality, analysis.