

---

## РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В АУДИТЕ СЛУЧАЕВ «NEAR MISS»

И.И. Кукарская

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

Актуальность анализа случаев критического состояния, возникающих у рожениц в акушерской практике, – в изучении проблемы возникновения тяжелой материнской заболеваемости и необходимости снижения уровня показателя материнской смертности. Данный анализ является одним из звеньев экспертной оценки функционирования системы родовспоможения, которая дает возможность оценить, способствуют ли существующие региональные стандарты обеспечению эффективной и безопасной медицинской помощи и требуют ли внесения дополнений и исправлений.

**Ключевые слова:** материнская смертность, «near miss», анализ.

Для снижения материнской смертности (МС) требуется отчетливо понимать, происходит ли смерть потому, что женщины не осознают необходимости в получении помощи или не осведомлены о симптомах, указывающих на появление проблем во время беременности? Возможно, имеет место отсутствие медицинских и социальных структур, оказывающих помощь или они не доступны по другим причинам (удаленность, стоимость и т.д.)? Возможно, причиной смерти женщин, связанной с беременностью, является то обстоятельство, что оказываемая им помощь является неадекватной или фактически вредной? Ответив на эти вопросы, и достигнув снижения уровня показателя МС даже на фоне экономического кризиса в стране, нельзя считать полученный итог результатом благополучия социальной среды.

В последние десять лет ряд эпидемиологов и врачей-клиницистов [2; 4] высказали мнение, что число случаев МС в настоящее время довольно незначительно для того, чтобы служить чувствительным маркером качества услуг. Обзор материнской заболеваемости имеет особое значение в развитых странах с низким уровнем материнской смертности [1; 6]. В разработке мер по профилактике и снижению материнских потерь большое значение имеют материалы об умерших женщинах от отдельных причин и «едва не умерших», т.е. оставшихся живыми при наличии той же патологии, но принятых более эффективных мерах лечебно-профилактического свойства.

Аналізу данного фактора посвящено также большое число статей и аналитических обзоров [3]. Конечным результатом признания достаточного уровня организации медицинской помощи при родовспоможении является не только меньшее число материнских потерь по сравнению с предыдущими периодами, но и число сохраненных жизней, так называемых «едва не умерших» или «near miss», или «несостоявшейся материнской смертности» (НМС) при беременности.

**Актуальность** анализа случаев критического состояния, возникающих у рожениц в акушерской практике, продиктована необходимостью понимания ключевых недостатков и в санитарной просвещенности населения, и в организации медицинской помощи. Анализ категории «near miss» позволит также подвергнуть критическому осмыслению, как возникает материнская заболеваемость, что является ранними манифестными признаками критического случая. Угрожающее акушерское осложнение, требующее неотложного медицинского вмешательства в целях сохранения жизни матери, может закончиться несколькими исходами – выживанием с удовлетворительным качеством здоровья, инвалидизацией или летальным исходом.

Для улучшения работы системы родовспоможения извлечение уроков из подобного аудита **имеет целью** совершенствование медицинской помощи.

На основе заранее согласованных стандартных определений тяжелой материнской заболеваемости нами рассмотрены три категории тяжелой материнской заболеваемости (тяжелая преэклампсия, послеродовые кровотечения и сепсис) в Тюменском регионе в течение последних трех лет. Определяя цель (поиск путей снижения материнской смертности) и задачи (улучшение качества медицинской помощи), становится очевидным, что тяжелые послеродовые кровотечения являются наиболее распространенной из трех категорий материнской заболеваемости. В основном, частота тяжелой материнской заболеваемости составляет от 10,2 до 8,8 на 1000 родов [5]. Надо отметить наличие существенных различий в частоте кровотечений в зависимости от времени года. Соотношение тяжелой материнской заболеваемости и материнской смертности в регионе, при пересчете на роды во всех ЛПУ области, составляет примерно 25:1. Трудность в понимании того, как согласовать единые критерии определения случаев «near miss», уже преодолена. Обеспечение достоверности учета, мониторинга и анализа на первых этапах проведения аудита, конечно, представляло некоторые трудности. Безусловно, на первых этапах расследования каждого случая мнения аудиторов расходились, затем, при введении унифицированных признаков «включения-исключения», стало возможным достичь взаимного понимания. При этом, организация анализа случаев «near miss» начиналась с создания аудиторской группы, состоящей из квалифицированной команды врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов и клинического патоморфолога. Сформирована практика (приняты за основу акушерские и реанимационные

протоколы), позволяющая отнести случай к категории с «соответствующим», «частично соответствующим» и «несоответствующим» ведением пациента. Выявление случаев, сбор информации и собственно аудит является ретроспективным. Основными направлениями, определяющими категории НМС, являются: массивное акушерское кровотечение более 2000 мл, тяжелая преэклампсия с ее осложнениями (олигурия, эклампсия, эклампсия церебральные нарушения, дыхательная дисфункция, отек легких), возникновение синдрома полиорганной недостаточности.

Все исследуемые больные находились в отделении анестезиологии и реанимации определенный промежуток времени, производилась оценка потребности в гемотрансфузии, ИВЛ, объеме инфузионно-трансфузионной терапии, тактике расширения акушерских оперативных пособий и дополнительных методов диагностики и терапии. Также были подвергнуты анализу следующие параметры: длительность нахождения пациента в отделении патологии беременности, длительность нахождения в отделении анестезиологии и реанимации, эффективность и этапность в оказании преемственной акушерской помощи, уровень квалификации персонала, возникновение критического состояния до или после поступления в стационар. По этим сведениям в первую очередь оценивается эффективность деятельности дистанционного центра, а также профессиональная подготовленность персонала и санитарная грамотность населения. Показатель соотношения «near miss» к МС отражает в полной мере достоинства или недостатки существующей системы родовспоможения. Это, например, отсутствие эффективного механизма регионализации акушерской помощи, слабое взаимодействие врачей смежных специальностей, необоснованное отступление от протокола и стандарта оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в ЛПУ первого и второго уровня. Отношение «near miss» к МС не должно заметно увеличиваться, иначе это свидетельствовало бы об отсутствии отлаженной командной работы. Вынесение вердикта о «предотвратимости» и «непредотвратимости» факта НМС, и даже ятрогении, находится в полномочиях экспертной группы.

Аудит случаев «near miss» рассматривается нами в плане совершенствования системы родовспоможения на уровне учреждения и региона. Таким образом, «ключом» к спасению жизни женщины является хорошо функционирующая система родовспоможения с квалифицированным персоналом. В целях совершенствования организации помощи в данной сфере на территории Тюменской области внедрены мероприятия по следующим направлениям:

1) организационно-управленческие мероприятия: персонифицированный мониторинг течения, ведения и исхода беременности и родов (электронный журнал родов); трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи, выездные специализированные бригады на базе перинатальных центров; паспортизация и лицензирование акушерских учрежде-

ний с определением четких целей и пределов компетенции каждого из уровней и обеспечением преемственности в их деятельности;

2) повышение качества медицинской помощи: разработка, утверждение и внедрение региональных стандартов (всего подготовлено 23 стандарта) и составление клинических протоколов оказания неотложной помощи при основных видах акушерской патологии (с использованием мирового опыта и принципов доказательной медицины), аудит их исполнения и соответствия; достаточная материально-техническая база родовспомогательных учреждений (диагностическая и лечебная аппаратура, одноразовые расходные материалы, современный шовный материал и ротация дезинфектантов);

3) повышение квалификации медицинского персонала: подготовка и профессиональная переподготовка специалистов, возможность непрерывной рабочей стажировки врачей на базе ЛПУ третьего уровня; особое внимание к подготовке кадров среднего звена;

4) внедрение современных технологий – органосохраняющие методики при акушерских кровотечениях, аутоплазмодонорство, реинфузия аутоэритроцитов, аргонплазменная коагуляция в технике кесарева сечения, использование современных лекарственных средств (Ново-Сэвен, транексам).

Увеличение доли соматической патологии среди фертильных женщин требует координированных междисциплинарных усилий медицинского персонала, диктует необходимость модернизации анестезиологической службы, ориентированной на современное диагностическое и лабораторное оснащение, определение базы для повышения квалификации анестезиологов-реаниматологов, работающих в родовспомогательных учреждениях.

Следовательно, аудит указанных мероприятий по улучшению функционирования системы родовспоможения является одним из звеньев экспертной оценки случая «near miss».

**Выводы.** В целом, для решения проблем профилактики и снижения МС необходимо обеспечить реализацию комплекса мер по аудиту управления рисками возникновения тяжелых осложнений в акушерской практике на всех уровнях службы родовспоможения. Это даст возможность оценить, способствуют ли существующие региональные стандарты обеспечению эффективной и безопасной медицинской помощи или требуют изменений и исправления недостатков. Разрабатываемые в результате аудиторской работы планы действий по представлению новых методов и технологий в обучающих тренингах персонала акушерского стационара должны стать доступными, запротокколированными и отражать корпоративные принципы.

Нельзя рассчитывать на немедленный успех аудита критических больных. Главная цель ближайшей перспективы – улучшение качества медицинской помощи. Достичь этого можно только путем профессионального роста, повышения уровня клинической компетенции и модернизации технологических процессов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М., 1997.
2. Милованов А.П. Анализ причин материнской смертности. – М., 2008.
3. Kramer H.M., Schutte J.M., Zwart J.J. et al. Maternal mortality and severe morbidity from sepsis in the Netherlands // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2009. – V. 88 (6). – P. 647–653.
4. Say L., Souza J.P., Robert C. Pattinson for the WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications // Maternal near miss – towards a standard tool for monitor quality of maternal health care. – Published by Elsevier Ltd., 2009.
5. Ronee E. et al. The Paradox of Obstetric Near Miss converting maternal mortality into morbidity // Int. J. Fertil. – 2007. – V. 52(2-3). – P. 121–127.

## THE BASIC MEASURES OF PREVENTING MATERNAL MORTALITY IN OBSTETRIC NEAR MISS CASES

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 reducing maternal mortality and searching the ways the organizational, medical – diagnostic and tactical problems causes the necessity to consider the near miss cases in obstetrics, which were close to fatal, but due to high – quality care refer to the cases of prevented maternal mortality. Paying attention to revealing the preventable cases of mortality during pregnancy, delivery and postnatal period will give a chance to find more opportunities to reduce and prevent maternal mortality.

**Keywords:** maternal mortality, near miss, analysis.