

**МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ:
ОСНОВЫ АНАЛИЗА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ**

ДЕФИНИЦИИ МКБ-10

Материнская смерть - смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. (ВОЗ, 1995)

Показатель материнской смертности оценивает материнские потери:

- от внематочной беременности;
- после аборта;
- в период беременности;
- в родах и в послеродовом периоде;
- в течение 42 дней после ее окончания

Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины.

Согласно МКБ – 10 исключено:

Акушерский столбняк – А34

ВИЧ – (В20-В24)

Послеродовая лейкомаляция (М83.0)

Послеродовой некроз гипофиза (Е23.0)

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом (F53.-)

Травмы, отравления и другие воздействия внешних причины (S00-T98)

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами - это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, следовавших за любой из перечисленных причин.

2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

Для регистрации акушерской или экстрагенитальной причины материнской смерти по основному заболеванию должны использоваться коды (O00-O99) из класса XV “Беременность, роды и послеродовой период” МКБ-10

Поздняя материнская смерть - смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем один год после родов

(Решение 43-ей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, 1990)

Показатель материнской смертности рассчитывается на 1 000, 10 000 или 100 000 родившихся живыми.

(МКБ-10, 1995)

В Российской Федерации расчет показателя МС проводится на 100 000 родившихся живыми

(МЗ РФ, 1998)

Каждый случай материнской смерти должен быть разобран клинико-экспертной комиссией, созданной на уровне субъекта Российской Федерации (совет по родовспоможению).

При анализе делается вывод о совпадении клинического и патологоанатомического диагнозов, при их расхождении устанавливается категория расхождения и возможные причины.

Понятие «совпадение» или «расхождение» клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только при анализе рубрики «основное заболевание», т.е. первоначальная причина смерти.

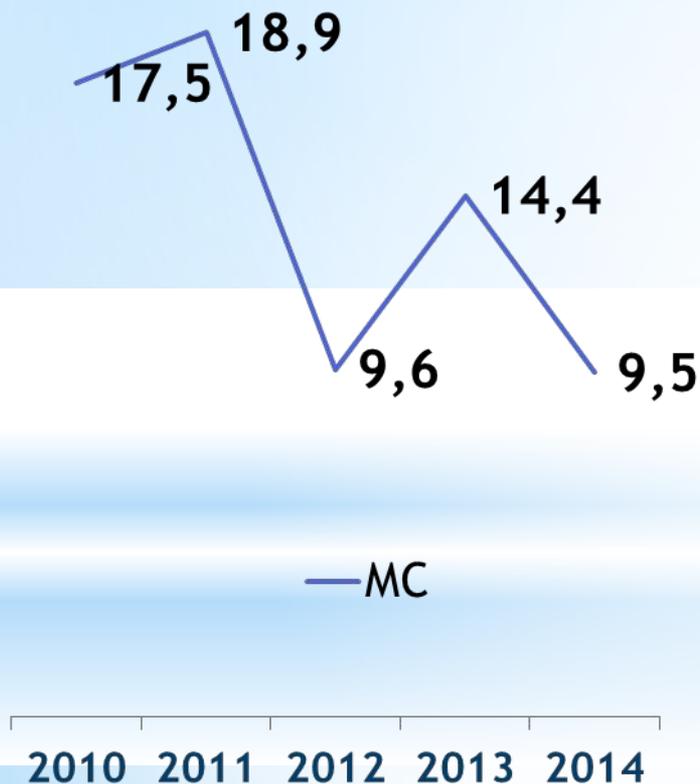
Нераспознанное осложнение основного заболевания не является расхождением диагнозов.

**Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.06.2006 №500
«О совершенствовании учета и анализа случаев
материнской смерти в Российской Федерации»**

**Приказ Минздрава Свердловской области от 23.07.2014
№952-п «О работе Областной клинико-
патологоанатомической комиссии в службе
родовспоможения»**

**Распоряжение УЗ от 14.08.2014 №361/46/35 «О
предоставлении информации и направлении на
патологоанатомическое исследование в случаях
материнской смерти в городе Екатеринбурге»**

Динамика показателя
материнской смертности
на 100000
живорожденных в СО



Структура показателя МС, %

- 1) Внематочная беременность
- 2) Аборты
- 3) Смерть после 28 недель, в т.ч.:
- 4) Кровотечения при беременности и в родах
- 5) Сепсис
- 6) Преэклампсия и эклампсия
- 7) Эмболия околоплодными водами
- 8) ТЭЛА
- 9) Разрыв матки
- 10) Экстрагенитальные заболевания
- 11) Прочие причины:
анестезиологические осложнения
- 12) Умерло вне стационара

* Показатель материнской смертности

* Всего по городу - 2

* В ЛПУ – 2

* До 28 нед. – 0

* Предотвратимые – 0

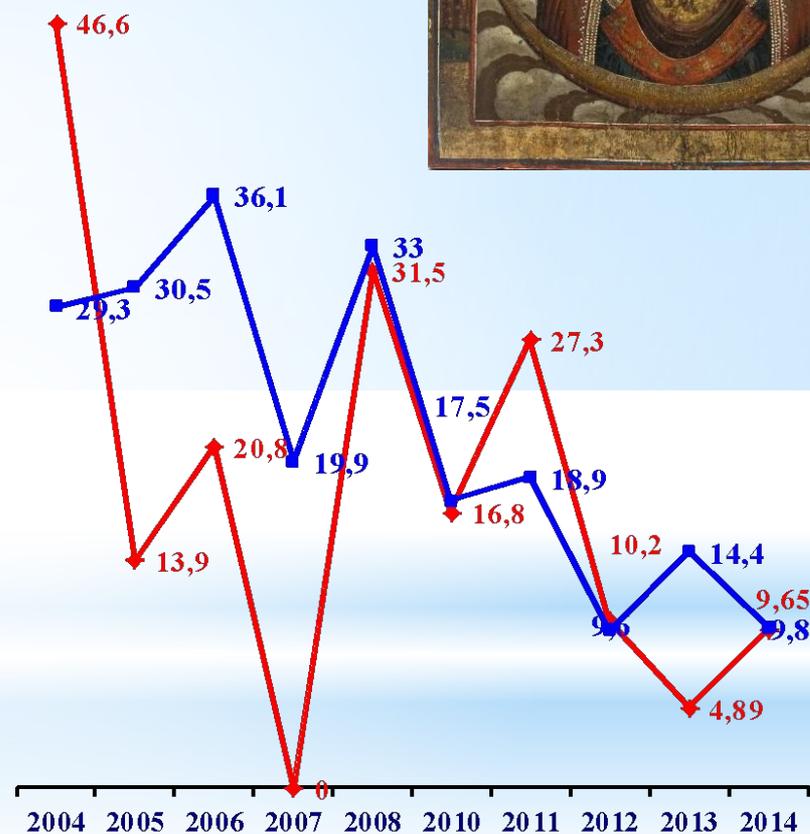
* Непредотвратимые - 2

* от аборта – 0

* от акуш. патологии – 1

* от ЭГЗ - 1

* На дому – 0



Категории расхождения диагнозов

1 категория - в данном ЛПУ правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка уже не повлияла в данном ЛПУ на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по 1-ой категории всегда объективны.

11 категория - правильный диагноз в данном ЛПУ был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

Часть случаев расхождения по этой категории является следствием объективных трудностей, а часть - субъективных причин.

111 категория - правильный диагноз в данном ЛПУ был возможен и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

Причины диагностической ошибки могут быть объективными и субъективными.

Объективные причины расхождения диагнозов

- кратковременность пребывания больной в медицинском учреждении;
- трудность диагностики заболевания (использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данного ЛПУ, атипичность и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили установить правильный диагноз);
- тяжесть состояния больной (диагностические процедуры были невозможны, т.к. их проведение могло ухудшить состояние больной).

Субъективные причины расхождения диагнозов

- недостаточное обследование больной;
- недоучет анамнестических данных;
- недоучет клинических данных;
- недоучет или переоценка лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования;
- недоучет или переоценка заключения консультанта;
- неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза

Особенности анализа первичной медицинской документации в случаях материнской смерти

1. Качество наблюдения в женской консультации:

- срок беременности, при котором женщина взята на учет;**
- регулярность наблюдения;**
- своевременность и объем обследования;**
- своевременность и достаточность лечения при выявленной патологии;**
- наличие и выполнение индивидуального плана наблюдения за беременной с учетом факторов риска материнской и перинатальной патологии;**
- своевременность консультативного осмотра и госпитализации.**

- 2. Качество оказания медицинской помощи в стационаре**
- тип учреждения, куда была госпитализирована женщина для лечения (родоразрешения), оказание ей квалифицированной помощи в полном объеме при наличии патологии;
 - своевременность вызова дежурной акушерской врача акушера-гинеколога;
 - своевременность и полнота объема экстренной хирургической помощи;
 - необходимость консультативного осмотра и своевременность его осуществления;
 - наличие индивидуального конкретного плана ведения родов;

3. Обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи на всех этапах.

Анализ смерти женщины от *внематочной беременности* предусматривает:

- время от момента обращения за медицинской помощью до госпитализации, транспортировку;
- тип лечебного учреждения, возможность оказания ургентной помощи в нем;
- своевременность обследования, установления диагноза и оперативного лечения;
- объем оперативного лечения, послеоперационное ведение;
- объем и своевременность восполнения кровопотери;
- адекватность и своевременность проводимых противошоковых мероприятий и консервативного лечения.

Анализ смерти женщины вследствие медицинского аборта должен включать:

- полноту и своевременность обследования женщины, в том числе на выявление экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности;
- срок беременности, при котором выполнено прерывание беременности;
- обоснованность прерывания беременности во 2-ом триместре (наличие медицинских или социальных показаний);
- метод прерывания беременности;
- адекватность обезболивания;
- профилактику и своевременность выявления осложнений при прерывании беременности, в т.ч. перфорации матки, и/или ранения внутренних органов, перитонита, сепсиса;
- полноту, своевременность и адекватность консервативного, в т.ч. антибактериального лечения;
- полноту и своевременность оперативного лечения.

Анализ смерти женщины после аборта, начатого или начавшегося вне ЛПУ и неустановленного характера

- обращение по поводу данной беременности в женскую консультацию;
- наличие факта вмешательства с целью прерывания данной беременности, характер вмешательства;
- длительность времени с момента вмешательства до обращения за медицинской помощью и до госпитализации;
- проведение амбулаторного лечения по поводу осложнения аборта врачами других специальностей: терапевтом, инфекционистом и т.д.;
- тип ЛПУ, в которое была госпитализирована пациентка (терапевтическое, инфекционное);
- правильность оценки состояния женщины при поступлении и своевременность обследования;

Анализ смерти женщины после аборта, начатого или начавшегося вне ЛПУ и неустановленного характера

- своевременность осмотра больной врачом акушером-гинекологом и врачами других специальностей (по показаниям);
- своевременность выявления осложнений, полноту лечения;
- своевременность и объем оперативного лечения.

Анализ смерти женщин вследствие кровотечений при беременности, в родах и послеродовом периоде

- наличие факторов, предрасполагающих к кровотечению;
- применение методов экспресс-диагностики нарушений свертывающей и антисвертывающей систем крови (метод ЛИ-Уайта, Рутберга);
- проведение профилактики кровотечения в родах;
- применяемые методы остановки кровотечения и их своевременность;
- своевременность гемотрансфузии с учетом групповой и резус-совместимости;
- восполнение кровопотери (кровь и ее компоненты, сроки заготовки и хранения);
- своевременность оказания помощи (наличие бригад в составе акушера-гинеколога, хирурга, анестезиолога-реаниматолога, операционной сестры, акушерки и т.д.)
- своевременность и полнота хирургического гемостаза.

Анализ смерти женщин вследствие преэклампсии

- наличие и характер экстрагенитальной патологии;
- своевременность диагностики преэклампсии в женской консультации;
- своевременность госпитализации в стационар;
- полнота, качество и своевременность оказания медицинской помощи на всех этапах;
- длительность стационарного лечения;
- обоснованность выписки беременной (срок беременности при выписке) и родильницы из стационара;
- показания к досрочному родоразрешению;
- метод обезболивания и его адекватность при проведении манипуляций;
- проведение ранней амниотомии, выключение потуг (щипцы, экстракция плода за тазовый конец);
- проведение профилактики кровотечения в родах;
- оказание анестезиологической защиты в родах, применение управляемой гипотонии ганглиоблокаторами;
- анализ случая эклампсии, имевший место в стационаре;
- объем медицинской помощи при развитии приступа эклампсии вне ЛПУ, транспортировка в стационар.

Анализ смерти вследствие септических осложнений

- наличие предрасполагающих факторов: очаг инфекции, длительный безводный промежуток, затяжные роды, многократные влагалищные исследования, кровотечение при беременности и в родах, ручное вхождение в матку, оперативные роды, в т.ч. операция кесарева сечения без учета противопоказаний, анемия, экстрагенитальные заболевания, эндокринопатия, факт вмешательства с целью прерывания беременности и т.д.);
- наличие условий и противопоказаний для прерывания беременности и оперативного лечения;
- своевременность госпитализации в стационар при развитии послеродовых (послеабортных) осложнений после выписки пациентки;

Анализ смерти вследствие септических осложнений

- **правильность оценки состояния пациентки при поступлении и своевременность диагностики септического заболевания;**
- **своевременность назначения, оптимальность дозировки и сочетания антибактериальных препаратов;**
- **своевременность и достаточность проведения других методов консервативной терапии;**
- **своевременность и полнота объема оперативного вмешательства (при перитоните, в т.ч. при операции кесарева сечения, септическом шоке, гнойном мастите и др.), адекватность обезболивания.**

Анализ смерти вследствие разрыва матки

- разрыв матки произошел в ЛПУ или вне его (дома, при транспортировке), во время беременности или в родах, самопроизвольный или насильственный, полный или неполный;

- наличие факторов, способствующих разрыву матки:
наличие рубца на матке:

а). после перфорации при мед.аборте;

б). консервативной миомэктомии, в т.ч. проведенной лапароскопическим доступом;

в). кесарева сечения, особенно корпорального;
предшествующих разрывов матки;

г). наличие механических препятствий: анатомически или клинически узкий таз, неправильное положение и предлежание плода, ВПР, крупный, гигантский плод, опухоли в малом тазу;

Анализ смерти вследствие разрыва матки

- д). наличие абортов в анамнезе в т.ч. внебольничных;**
- е). воспалительные заболевания гениталий в анамнезе, инфантилизм, аномалии развития гениталий;**
- ж). частые повторные роды, многоводие, многоплодие; аномалии родовой деятельности;**
- з). травма: удар в живот, падение на живот и др.;**
- и). Неправильное применение родоусиливающих средств, производство операции при отсутствии условий и показаний.**
 - своевременность госпитализации беременной при наличии предрасполагающих факторов;**
 - правильность тактики ведения родов с учетом имеющейся патологии;**

Анализ смерти вследствие разрыва матки

- своевременность диагностики разрыва матки: угрожающего, начавшегося, совершившегося;
- транспортировка в стационар;
- своевременность и объем оперативного лечения;
- своевременность и адекватность восполнения кровопотери;
- проведение противошоковых мероприятий;
- правильность ведения послеоперационного периода

Анализ смерти вследствие экстрагенитальных заболеваний

- своевременность диагностики ЭГЗ в амбулаторно-поликлинических условиях, обеспечение диспансерного наблюдения терапевтом или врачом другой специальности, проведение консультативных осмотров;
- наличие сочетанного гестоза и своевременность его диагностики;
- своевременность решения вопроса о прерывании беременности при наличии медицинских показаний;
- своевременность и качество соответствующей коррегирующей терапии, профиль ЛПУ;
- наличие показаний и своевременность досрочного родоразрешения;
- тактика ведения родов с учетом экстрагенитального заболевания;
- участие терапевта или другого специалиста в ведении родов и послеродового периода.

ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Число умерших беременных
(с начала беременности), рожениц,
родильниц в течение 42 дней
после прекращения беременности

$$МС = \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 100\,000$$

Расчет показателя материнской смертности от отдельных причин

$$МС = \frac{\text{Число женщин, умерших от кровотечения}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 100\ 000$$

Число женщин, умерших
от кровотечения

$$\text{Летальность при кровоте-
чении, \%} = \frac{\text{Число женщин имевших кровотечения}}{\text{Число женщин имевших кровотечения}} \times 100$$

Число женщин имевших кровотечения

ЯТРОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

1). Вызванные деятельностью врача анестезиолога-реаниматолога:

- осложнения реанимации, неоднократных пункций и катетеризации вен;**
- анафилактический шок;**
- травматическое повреждение ротогортаноглотки, трахеи, пищевода;**
- бронхоспазм, регургитация, синдром Мендельсона;**
- гемотрансфузионный конфликт;**
- прокол твердой мозговой оболочки при эпидуральной анестезии;**
- недооценка тяжести состояния больной**

ЯТРОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

2). Вызванные деятельностью врача акушера-гинеколога:

- травматическое повреждение органов брюшной полости;**
- расхождение лигатуры;**
- анафилактический шок;**
- гемотрансфузионный конфликт;**
- запоздалое решение об экстирпации матки;**
- неоказание необходимой врачебной помощи.**

Категории предотвратимости причин материнской смертности

Предотвратимые летальные исходы - случаи материнской смерти, когда смертельного исхода можно было избежать при условии своевременной диагностики возникшей патологии, адекватного лечения, выбора рациональной акушерской тактики.

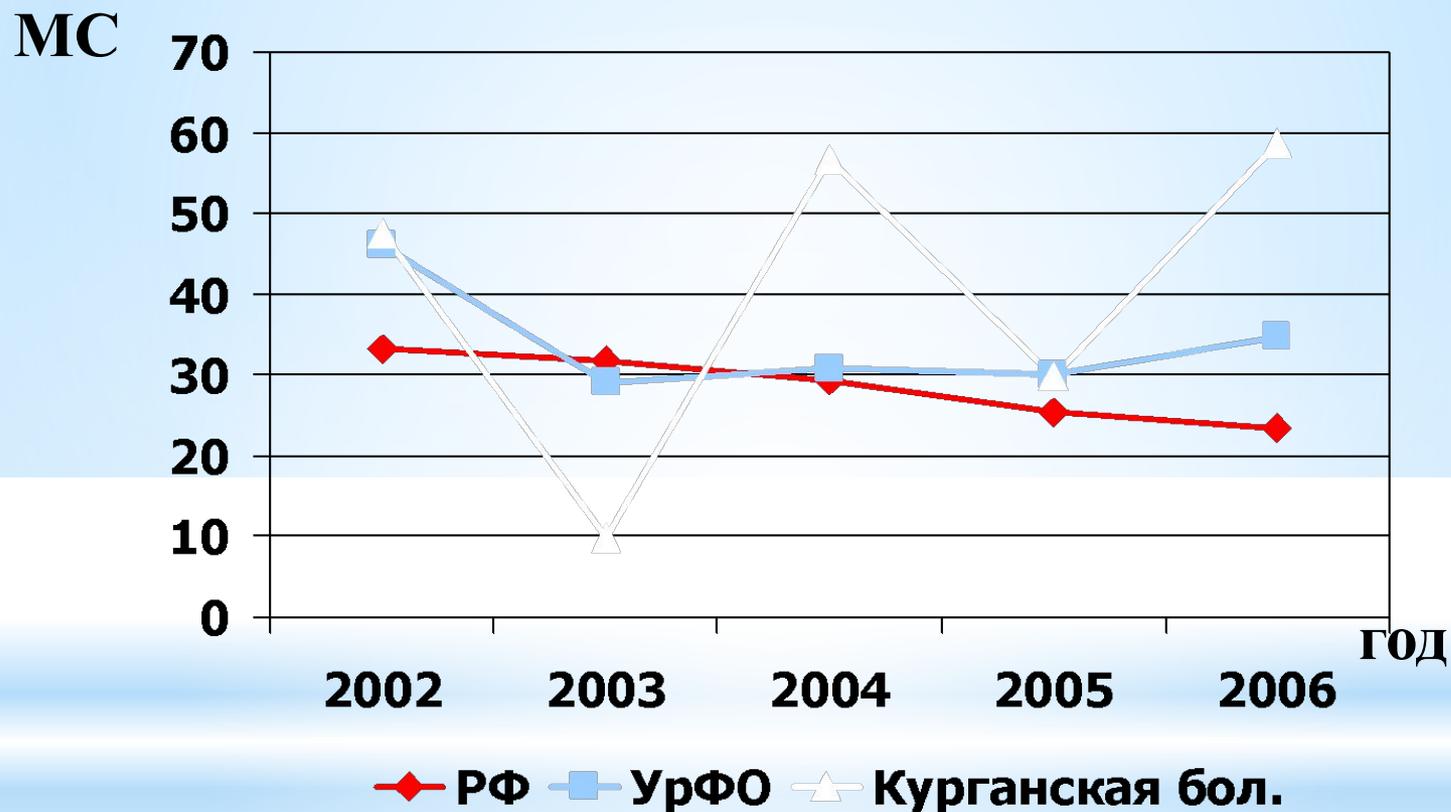
Непредотвратимые потери - случаи материнской смерти, обусловленные объективными причинами: злокачественными заболеваниями, внезапно и остро возникшими ситуациями, причину которых невозможно предвидеть и устранить (разрыв аневризмы сосуда, инфаркт миокарда, эмболия околоплодными водами, ТЭЛА и т.п.), а также экстрагенитальные заболевания, при которых беременность и роды были противопоказаны.

Категории предотвратимости причин материнской смертности

Условно предотвратимые - случаи, обусловленные объективными и организационными трудностями: территориальная отдаленность родовспомогательного ЛПУ от населенного пункта, поздняя госпитализация женщины в акушерский стационар, отсутствие бригад по лечению больных, находящихся в терминальном состоянии, отсутствие круглосуточного дежурства врача акушера-гинеколога, недостаточная обеспеченность ЛПУ санитарным транспортом, средствами коммуникации, при отсутствии в ЛПУ врача акушера-гинеколога, владеющего техникой акушерских операций, при отказе больной или ее родственников от хирургической помощи.

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Динамика показателя материнской смертности в Курганской области в 2002-2006г.г.



В 2006 году показатель МС в Курганской области в 1,7 раза выше, чем по УрФО и в 2,5 раза выше, чем по РФ.

Динамика числа абортсв на 1000 фертильного возраста в 2002-2006г.г по данным Курганской области



При снижении числа абортсв на 17% частота прерывания первой беременности составляет 10%, у девочек-подростков (15-19 лет) - 10,1%

Динамика аномалий родовой деятельности на 1000 родов



На 9% отмечен рост аномалий родовой деятельности, что в 1,5 раза выше, чем по России

Частота кровотечений в последовом и послеродовом периоде на 1000 родов



При снижении частоты кровотечений на 26% показатель в 2 раза превышает российский (15,7 на 1000 родов)

Динамика кровотечений, обусловленных отслойкой плаценты на 1000 родов



Частота отслойки при беременности и в родах не имеет тенденции к снижению и на 26% выше российского уровня

Динамика частоты преэклампсии и эклампсии на 1000 родов



Отмечено снижение частоты преэклампсии и эклампсии в
1,44 раза, однако этот показатель в 2,4 раз превышает
российский

Частота экстирпаций матки в родах и послеродовом периоде



Увеличение частоты экстирпации матки сопряжено с ростом удельного веса перитонита, кровотечений

Организационные проблемы

- 1. Укомплектованность врачебными кадрами составляет 57%.**
- 2. 50% врачей акушеров-гинекологов работают в ЛПУ г.г.Кургана и Шадринска.**
- 3. В 1,5 раза в Курганской области врачей, имеющих высшую категорию.**
- 4. 56% акушерок работают в ЛПУ сельских районов и городах области (кроме г.г.Кургана, Шадринска)**