

1	2	3	4	5	6	7
Ямало-Ненецкий автономный округ	1	3	3	12,1	33,1	33,5
Челябинская область	7	11	4	14,8	22,0	8,2
Сибирский федеральный округ	46	36	34	17,0	12,5	11,9
Республика Алтай	0	0	0	0	0	0
Республика Бурятия	2	1	2	12,1	5,9	11,7
Республика Тыва	1	1	0	11,8	12,1	0
Республика Хакасия	3	2	0	37,4	23,4	0
Алтайский край	5	8	4	16,3	24,3	12,4
Забайкальский край	3	1	5	17,5	5,6	28,8
Красноярский край	10	3	5	26,1	7,3	12,2
Иркутская область	5	4	3	13,5	10,4	7,9
Кемеровская область	5	5	4	14,3	13,2	10,7
Новосибирская область	6	4	5	17,2	10,6	13,1
Омская область	4	3	4	14,9	10,2	13,8
Томская область	2	4	2	14,6	27,8	13,6
Дальневосточный федеральный округ	12	11	15	14,4	12,6	17,3
Республика Саха (Якутия)	2	5	3	12,2	29,4	18,0
Камчатский край	2	0	2	50,0	0	48,1
Приморский край	1	0	4	4,3	0	16,3
Хабаровский край	1	1	2	5,8	5,4	10,7
Амурская область	4	5	1	35,7	42,6	8,7
Магаданская область	0	0	0	0	0	0
Сахалинская область	0	0	2	0	0	31,5
Еврейская автономная область	2	0	1	80,4	0	42,5
Чукотский автономный округ	0	0	0	0	0	0

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ:
АНАЛИЗ ОФИЦИАЛЬНЫХ ДАННЫХ И РЕЗУЛЬТАТЫ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО АУДИТА В 2013 ГОДУ

(методическое письмо)

МОСКВА, 2014

Под редакцией
Директора Департамента медицинской помощи детям и службы
родовспоможения Минздрава России Е.Н. Вайбардиной

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

профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» Минздрава России, член-корреспондент РАН
И.С. Сидорова

доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова» Минздрава России Н.А. Никитина

В методическом письме представлен анализ структуры и причин
материнской смертности в Российской Федерации в 2013 году, а также
результаты аудита материнской смертности от основных причин.

Методическое письмо подготовлено на основании данных Росстата,
Минздрава России и органов исполнительной власти субъектов Российской
Федерации в сфере здравоохранения и предназначено для главных акушеров-
гинекологов субъектов Российской Федерации, руководителей медицинских
организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, врачей
акушеров-гинекологов, а также других специалистов, участвующих в оказании
медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в
послеродовом периоде.

1	2	3	4	5	6	7
Архангельская область	6	1	1	40,2	6,5	6,8
Ненецкий автономный округ	1	0	0	156,0	0	0
Вологодская область	1	3	1	6,4	17,9	6,1
Калининградская область	2	0	0	18,0	0	0
Ленинградская область	2	3	4	13,5	19,2	25,7
Мурманская область	2	1	3	22,1	10,8	32,6
Новгородская область	1	3	0	14,1	39,5	0
Псковская область	1	0	0	14,2	0	0
г.Санкт-Петербург	13	14	14	22,8	22,3	21,8
Южный федеральный округ	29	27	17	17,7	15,4	9,8
Республика Адыгея	3	0	2	54,1	0	35,9
Республика Калмыкия	3	1	0	71,6	23,4	0
Краснодарский край	9	7	6	14,0	10,1	8,5
Астраханская область	3	2	0	20,9	13,0	0
Волгоградская область	4	9	2	13,8	29,6	6,8
Ростовская область	7	8	7	15,1	16,0	14,1
Северо-Кавказский федеральный округ	28	26	30	16,9	15,7	18,3
Республика Дагестан	9	6	8	16,5	10,7	14,4
Республика Ингушетия	3	0	1	26,3	0	10,5
Кабардино-Балкарская Республика	2	1	1	15,5	7,3	7,5
Карачаево-Черкесская Республика	1	1	0	15,9	15,4	0
Республика Северная Осетия-Алания	2	1	1	19,2	9,3	9,3
Чеченская Республика	7	10	12	18,7	29,1	36,4
Ставропольский край	4	7	7	12,2	20,0	19,8
Приволжский федеральный округ	60	39	37	16,2	9,9	9,4
Республика Башкортостан	3	4	3	5,4	6,8	5,1
Республика Марий Эл	1	0	1	11,0	0	9,9
Республика Мордовия	4	2	0	50,5	24,4	0
Республика Татарстан	7	6	6	13,8	10,8	10,6
Удмуртская Республика	4	0	2	18,3	0	9,0
Чувашская Республика	1	0	0	6,2	0	0
Пермский край	9	4	4	24,3	10,3	10,4
Кировская область	4	4	2	25,3	23,6	11,7
Нижегородская область	6	4	6	16,4	10,3	15,5
Оренбургская область	10	5	3	35,5	16,8	10,1
Пензенская область	3	1	0	21,6	6,7	0
Самарская область	2	3	2	5,4	7,7	5,0
Саратовская область	5	3	2	18,6	10,5	7,0
Ульяновская область	1	3	6	7,2	20,4	40,7
Уральский федеральный округ	27	22	21	15,7	12,0	11,4
Курганская область	4	2	1	34,5	16,1	8,1
Свердловская область	11	6	9	18,9	9,7	14,5
Тюменская область	2	0	2	9,3	0	8,6
Ханты-Мансийский автономный округ	2	0	2	7,9	0	7,2

организовать учет и анализ случаев поздней материнской смерти (смерти женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43-365 дней после окончания беременности);

активизировать работу по созданию центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и кабинетов медико-социальной помощи в женских консультациях.

В субъектах Российской Федерации необходимо активизировать работу по недопущению случаев недоучета случаев материнской смерти в статистике Росстата.

Таблица № 30

**Материнская смертность в субъектах Российской Федерации
с учетом умерших вне стационара
(по данным Минздрава России)**

Субъекты Российской Федерации	Абсолютное число				Показатель на 100 000 родившихся живыми			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Российская Федерация	311	252	244	17,3	13,2	12,9		
Центральный федеральный округ	79	63	65	19,1	14,3	14,8		
Белгородская область	1	1	2	5,9	5,6	11,2		
Брянская область	1	0	1	7,2	0	7,2		
Владимирская область	6	4	3	38,4	24,3	19,1		
Воронежская область	2	2	2	8,4	7,9	8,0		
Ивановская область	0	0	1	0	0	8,5		
Калужская область	0	2	5	0	16,9	42,4		
Костромская область	4	2	2	49,0	23,5	23,9		
Курская область	2	2	2	15,5	14,9	15,4		
Липецкая область	1	1	2	8,0	7,3	15,2		
Московская область	11	11	9	13,9	13,2	10,5		
Орловская область	2	1	2	24,4	11,5	23,5		
Рязанская область	6	1	1	50,9	8,0	8,1		
Смоленская область	4	2	4	39,0	19,5	38,7		
Тамбовская область	1	1	1	9,9	9,6	9,8		
Тверская область	5	3	1	33,8	19,3	6,7		
Тульская область	1	0	2	6,8	0	13,3		
Ярославская область	1	1	5	7,1	6,6	32,6		
г. Москва	31	29	20	24,9	21,5	14,7		
Северо-Западный федеральный округ	30	28	25	19,2	16,8	14,9		
Республика Карелия	0	2	1	0	24,9	13,2		
Республика Коми	1	1	1	8,5	8,1	8,0		

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Показатель и структура материнской смертности в Российской Федерации (по данным Росстата)	4
2. Структура и причины материнской смертности в Российской Федерации (по данным Минздрава России)	10
2.1 Материнская смертность после внематочной беременности	25
2.2 Материнская смертность после прерывания беременности в сроке до 22 недель (после абортов)	25
2.3 Материнская смертность беременных женщин	29
2.4 Материнская смертность в родах и в послеродовом периоде	29
3. Материнская смертность юных женщин в Российской Федерации	30
4. Материнская смертность вне стационара	31
5. Материнская смертность в стационаре	32
6. Результаты конфиденциального аудита материнской смертности в Российской Федерации (И.С. Сидорова, Н.А. Никитина)	35
6.1 Предотвратимость материнской смертности	35
6.2 Материнская смертность от преэклампсии и эклампсии	36
6.3 Материнская смертность от кровотечений	65
6.4 Материнская смертность от септических заболеваний	75
6.5 Материнская смертность от экстрагенитальных заболеваний	83
7. Заключение	87

1. Показатель и структура материнской смертности в Российской Федерации (по данным Росстата)

В 2013 году продолжилось снижение материнской смертности в Российской Федерации. По данным Росстата показатель материнской смертности составил 11,3 на 100 000 родившихся живыми (в 2012 году – 11,5). Зарегистрировано 215 случаев материнской смерти (табл. № 1), из них 84 – среди жителей сельской местности и 131 – среди городского населения. Показатель материнской смертности среди сельского населения составил 15,6 на 100 000 родившихся живыми, среди городского – 9,7.

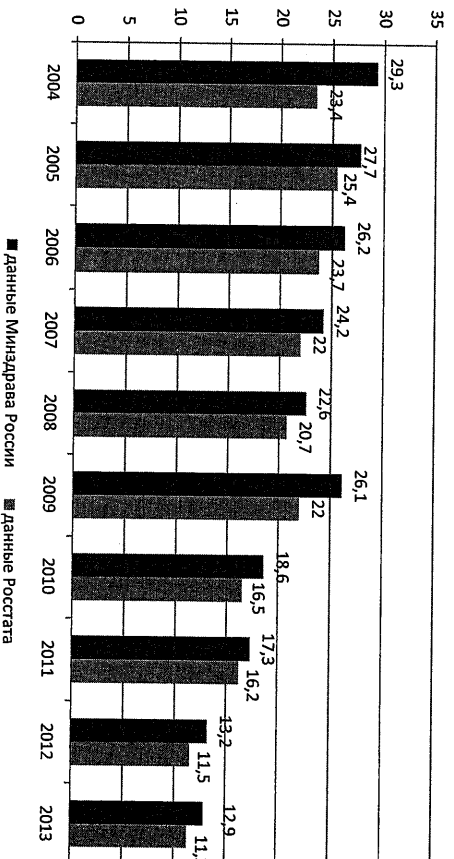


Рис. № 1. Динамика показателя материнской смертности в Российской Федерации, 2004-2013 гг. (по данным Минздрава России и Росстата).

Детальный мониторинг, проводимый Минздравом России и основанный на анализе пояснительных записок главных акушеров-гинекологов субъектов Российской Федерации к отраслевому годовому отчету по форме № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и учетных форм № 003/у-МС «Карта донесения о случаях материнской смерти», утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июня 2006 г. № 500, выявил в 2013 году 244 случая материнской смерти в Российской Федерации.

разработаны и утверждены клинические рекомендации (протоколы лечения) по профилактике и лечению акушерских кровотечений, венозных тромбозов и тромбоэмболий, преэклампсии и эклампсии и др.

С целью достижения целевых значений показателей материнской смертности, утвержденных региональными «дорожными картами», органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения необходимо:

обеспечить выполнение порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления;

обеспечить постоянный контроль за соблюдением этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде;

организовать акушерские дистанционные консультативные центры с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для дистанционного мониторинга беременных женщин и оказания своевременной экстренной и неотложной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам;

с целью повышения эффективности оказания медицинской помощи организовать взаимодействие с федеральными медицинскими организациями, в том числе с использованием телемедицинских технологий;

принять меры по укрупнению учреждений родовспоможения высококвалифицированными медицинскими работниками и непрерывному повышению их квалификации;

принять меры по внедрению клинических протоколов и рекомендаций и обеспечить их выполнение; внедрить принцип мониторингования клинико-лабораторных показателей для оценки тяжести осложнений беременности и родов; устранив полипрапмазию при назначении лекарственных препаратов, которые должны быть обоснованы во время беременности;

разработать и внедрить анализ тяжелых акушерских осложнений у матерей без летального исхода – критических состояний, едва не приведших к смерти, т.е. случаев «близких к потере» («near-miss» случаев), что позволит оценить качество акушерской помощи, наблюдения и интенсивного лечения, особенно в регионах с низким показателем материнской смертности, разработать методы профилактики материнской смерти;

при взаимодействии с другими субъектами Российской Федерации внедрить конфиденциальное расследование случаев материнской смерти – систематическое мультидисциплинарное анонимное исследование всех случаев материнской смерти на региональном уровне, в ходе которого выявляются причины, а также факторы, которых можно было избежать;

Число регионов, в которых по данным Минздрава России не зарегистрированы случаи материнской смерти, уменьшилось с 20 в 2012 году до 15 в 2013 году.

В 2013 году не удалось существенно сократить недоучет случаев материнской смерти в статистике Росстата; сохранилась неблагоприятная тенденция роста материнской смертности вне стационара (с 26 случаев в 2012 году до 30 случаев в 2013 году), в первую очередь, от акушерских кровотечений (с 4 до 11 случаев соответственно); продолжился рост материнской смертности юных женщин (с 13,4 на 100 000 родившихся живыми у женщин в возрасте 14-17 лет в 2012 году до 24,2 в 2013 году); увеличилось число женщин, умерших от экстрагенитальных заболеваний и осложненных беременности, наступившей после ЭКО (с 3 случаев в 2012 году до 5 случаев в 2013 году).

Не снижается доля случаев материнской смерти, при которых не проводится вскрытие умерших. Так, из числа умерших женщин в 2012 году вскрытие не проведено в 20 случаях (9,1%), в 2013 году - в 20 случаях (9,3%). Отсутствие патолого-анатомического исследования умерших не позволяет установить окончательную причину смерти и разработать меры профилактики.

В 2013 году уменьшилось число случаев расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов - с 43 случаев (21,6% от числа вскрывавшихся) в 2012 году до 24 случаев (12,3% от числа вскрывавшихся). Основной причиной материнской смерти, при которой отмечается несовпадение диагнозов, являются экстрагенитальные заболевания, которые обусловили 44,2% от числа расхождений диагнозов в 2012 году и 45% - в 2013 году.

Анализ материнской смертности в акушерских стационарах различного уровня свидетельствует о позитивных изменениях в организации медицинской помощи беременным женщинам с экстрагенитальными заболеваниями и их концентрации в стационарах высокого риска, что подтверждается уменьшением доли женщин, погибших вследствие непрямых причин материнской смерти в акушерских стационарах I и II группы при одновременном увеличении удельного веса женщин, умерших в стационарах III группы.

Вместе с тем, в 2013 году в акушерских стационарах I группы увеличилась доля женщин, умерших от преэклампсии эклампсии, сепсиса, осложненной анестезии, не уменьшилась доля летальных исходов от акушерских кровотечений, что сопровождалось ростом показателя материнской смертности в учрежденных родовспоможения I группы.

В 2013 году преобладали предотвратимые и условно предотвратимые случаи смерти от кровотечений, преэклампсии и эклампсии, что является резервом снижения материнской смертности и свидетельствует о необходимости совершенствования медицинской помощи указанным контингентам беременных женщин, рожениц и родильниц.

С целью повышения качества диагностики и лечения осложненных беременности и родов Российским обществом акушеров-гинекологов

Таким образом, недоучет случаев материнской смерти в 2013 году уменьшился до 29 случаев, что составляет 11,9% от общего числа умерших по данным Минздрава России (табл. № 1, рис. № 1).

Таблица № 1

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о числе случаев и показателях материнской смертности в Российской Федерации

Годы	Росстат		Минздрав России		Расхождение данных Росстата и Минздрава России	
	п	показатель*	п	показатель*	п	% от числа умерших по данным Минздрава России
2009	388	22,0	459	26,1	-71	-15,5
2010	295	16,5	332	18,6	-37	-11,1
2011	291	16,2	311	17,3	-20	-6,4
2012	219	11,5	252	13,2	-33	-13,1
2013	215	11,3	244	12,9	-29	-11,9

* - на 100 000 родившихся живыми

Наибольшее количество неучтенных случаев в 2013 году отмечено в Центральном (17 случаев) и Северо-Кавказском (8 случаев) федеральных округах (табл. № 2).

Не выявлены расхождения данных Росстата и Минздрава России по общему числу случаев материнской смерти в Южном, Приволжском и Дальневосточном федеральных округах.

Количество субъектов Российской Федерации, имевших расхождения статистических данных Росстата и Минздрава России по числу случаев материнской смерти, сократилось с 17 в 2012 году до 15 в 2013 году.

Максимальный недоучет случаев материнской смерти в 2013 году сохранился в г. Москве (в статистике Росстата не учтено 9 случаев), Чеченской Республике (7 случаев), Московской области (5 случаев), г. Санкт-Петербурге (4 случая). Два случая материнской смерти не учтены в Ханты-Мансийском автономном округе, по одному - в Ивановской, Калужской, Тверской, Волгоградской, Сахалинской областях, Республике Дагестан.

Необходимо отметить, что только в 46 субъектах Российской Федерации в течение последних трех лет не отмечено случаев недоучета материнской смерти.

В связи с изложенным, работа по совершенствованию регистрации случаев смерти в органах ЗАГС и контролю за учетом случаев материнской смерти в субъектах Российской Федерации должна быть продолжена.

Таблица № 2

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о числе случаев и показателе материнской смертности в федеральных округах, 2013 год

Федеральные округа	Росстат		Минздрав России		Расхождение данных Росстата и Минздрава России	
	п	показатель* теп/г	п	показатель* теп/г	п	% от числа умерших по данным Минздрава России
Центральный	48	10,9	65	14,8	- 17	- 26,2
Северо-Западный	21	12,6	25	14,9	- 4	- 16,0
Южный	17	9,8	17	9,8	0	0
Северо-Кавказский	22	13,4	30	18,3	- 8	- 26,7
Приволжский	37	9,4	37	9,4	0	0
Уральский	20	10,9	21	11,4	- 1	- 4,8
Сибирский	35	12,2	34	11,9	+ 1	+ 2,9
Дальневосточный	15	17,3	15	17,3	0	0

* - на 100 000 родившихся живыми

В структуре неучтенных Росстатом случаев материнской смерти уменьшилось число летальных исходов после прерывания беременности в сроке до 22 недель (с 17 случаев в 2012 году до 13 случаев в 2013 году) и увеличилось число неучтенных случаев смерти беременных, рожениц и родильниц (с 13 до 16 случаев соответственно) (табл. № 3).

Таблица № 3

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о структуре материнской смертности в Российской Федерации, 2013 год

Структура материнской смертности	Росстат	Минздрав России	Расхождение данных Росстата и данных Минздрава России
Внематочная беременность	4	4	-
Прерывание беременности в сроке до 22 недель (аборт)	13	26	- 13
Беременные (все сроки гестации), роженицы и родильницы	198	214	- 16
Всего умерло	215	244	- 29

Анализ клинико-лабораторных и морфологических исследований свидетельствует о том, что из 9 представленных историй родов и карт наблюдений в ЖК – 2 случая материнской смерти не предотвратимы (запущенный рак молочных желез); в 7 клинических наблюдениях материнская смерть условно предотвратима. В каждом из этих случаев имеются серьезные недостатки наблюдений, обследований, ошибки основного диагноза, неправильная тактика ведения, обусловленные недостаточной профессиональной подготовкой врачей.

7. Заключение

Представленный анализ свидетельствует о небольшом снижении показателя материнской смертности в Российской Федерации в 2013 году (на 1,7% по данным Росстата и на 2,3% по данным Минздрава России к уровню показателя в 2012 году) и его приближении к европейскому уровню.

Среди всех случаев смерти (по данным Росстата) 78,1% произошли вследствие прямых акушерских причин, 21,9% случаев были обусловлены косвенными причинами. Лидирующей прямой причиной материнской смерти явились акушерские кровотечения, составив 19,5% в общей структуре материнской смертности в Российской Федерации.

В 2013 году сохранилась положительная динамика материнской смертности от преэклампсии и эклампсии, септических осложнений, в том числе после аборт, осложнений анестезии, экстрагенитальных заболеваний, тромбоэмболии легочной артерии.

Снизилась материнская смертность после прерывания беременности, а также от внематочной беременности.

В то же время не уменьшается материнская смертность от кровотечений, в 3 раза (по сравнению с 2012 годом) увеличился показатель материнской смертности от разрыва матки, в 1,4 раза – от эмболии околоплодными водами.

На фоне снижения материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в целом, в структуре соматических заболеваний, явившихся причиной летальных исходов, увеличилось число случаев смерти от болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний.

Несмотря на снижение показателя материнской смертности среди всего населения, увеличилась материнская смертность среди сельских женщин. Различия между показателями материнской смертности среди городского и сельского населения в 2013 году достигли 60,8%. Основной причиной смерти сельских женщин явились акушерские кровотечения.

Показатель материнской смертности повысился в трех федеральных округах и в 32 субъектах Российской Федерации.

4. Своевременно не госпитализирована в акушерский стационар высокого уровня. Не осмотрена врачом-кардиологом (!).
5. Несмотря на то, что пациентка не раз обращалась по поводу тяжелых головных болей и болей за грудиной, необходимой квалифицированной помощи не оказано.
6. Смерть пациентки наступила дома (!) от отека головного мозга с дислокацией и вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
7. Субарахноидальное кровоизлияние развилось на высоте церебрального сосудистого криза.
8. Системный анализ клинико-лабораторных и морфологических исследований позволяет исключить преэклампсию и эклампсию. В качестве секционной находки обнаружен пахилептоменингит с окклюзией ликворных путей и внутренней гидроцефалией, множественные кальцификаты сосудистых сплетений мозга. Неврологи, к которым неоднократно обращалась пациентка не провели необходимого диагностического обследования (в том числе МРТ, мультиспиральной КТ).
9. Осложнением лекарственной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются выявленный на аутопсии эрозивно-геморрагический гастрит и возникшее желудочное кровотечение. Это тоже серьезная ошибка врачей, не знающих дозировки, пределы и необходимость лекарственной терапии, назначенной во время беременности.
10. Недостаточном врачебном наблюдении свидетельствуют антенатальная смерть плода (масса 1838 г, длина 41 см, что соответствует сроку гестации 30-31 нед). Причиной родовой смерти плода является заболевание матери, которое привело к нарушению созревания ворсинчатого дерева, субкомпенсированной, а далее – декомпенсированной ФПН, ишемии плодных сосудов, абсолютной короткости пуповины. И эта патология у пациентки с артериальной гипертензией своевременно не была диагностирована.

Заключение: имеет место расхождение клинического и патолого-анатомического диагноза III категории; недооценка клинических данных и состояния пациентки. Диагностические профессиональные ошибки повлекли за собой неверную врачебную тактику, недостаточное и несвоевременное лечение. Наблюдение в ЖК абсолютно некачественное, обследование – не полное, консультированием с более опытными специалистами не проводились, контроль за применением нестероидных противовоспалительных препаратов не применялся, на госпитализацию в стационар III группы не направлена.

В заключение – нарушение стандарта заполнения медицинской документации, неправильная трактовка клинического диагноза, неточности описания, небрежность, грубые орфографические и синтаксические ошибки.

Смерть условно предотвратима.

В структуре материнской смертности по данным Росстата в 2013 году, как и в 2012 году (табл. № 4), первое место заняли экстрагенитальные заболевания (21,9%), второе – акушерские кровотечения (суммарно 19,5%), третье – акушерская эмболия (15,8%).

В 2013 году отмечено снижение материнской смертности (табл. № 4) от внематочной беременности (показатель уменьшился с 0,47 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 0,21 в 2013 году, т.е. на 55,3%), аборт, начатых вне лечебного учреждения и неустановленных (с 0,68 до 0,42, т.е. на 38,2%), прочих причин акушерской смерти (с 1,95 до 1,32, т.е. на 32,3%), кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (с 1,42 до 1,00, т.е. на 29,6%), осложненных медицинских абортов (с 0,32 до 0,26, т.е. на 18,7%), осложненных анестезии (с 0,42 до 0,32, т.е. на 23,8%). Кроме того, на 7,5% снизилась материнская смертность от экстрагенитальных заболеваний (с 2,68 до 2,48).

Вместе с тем в 2013 году, по сравнению с 2012 годом, в 8,4 раза увеличился показатель материнской смертности от разрыва матки (число случаев смерти возросло с 1 до 8), в 2,8 раза – от сепсиса во время родов и в послеродовом периоде (число случаев смерти увеличилось с 4 до 11), в 1,8 раза – от кровотечений в родах и в послеродовом периоде (число случаев смерти возросло с 13 до 23). Кроме того, на 21,8% увеличился показатель материнской смертности от акушерской эмболии (с 1,47 до 1,79 на 100 000 родившихся живыми) и на 13,8% - от отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности (с 1,16 до 1,32).

Таблица № 4

Основные причины материнской смерти в Российской Федерации (все население) в 2012-2013 гг. (по данным Росстата)

Основные причины материнской смерти	2012			2013		
	п	%	показатель*	п	%	показатель*
Внематочная беременность	9	4,1	0,47	4	1,9	0,21
Медицинский аборт	6	2,7	0,32	5	2,3	0,26
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный	13	5,9	0,68	8	3,7	0,42
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	22	10,1	1,16	25	11,6	1,32
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	27	12,3	1,42	19	8,8	1,00
Кровотечения в родах и в послеродовом периоде	13	5,9	0,68	23	10,7	1,21
Осложнения анестезии	8	3,7	0,42	6	2,8	0,32

Сенсис во время родов и в послеродовом периоде	4	1,8	0,21	11	5,1	0,58
Акушерская эмболия	28	12,8	1,47	34	15,8	1,79
Разрыв матки	1	0,5	0,05	8	3,7	0,42
Прочие причины акушерской смерти	37	16,9	1,95	25	11,6	1,32
Экстрагенитальные заболевания	51	23,3	2,68	47	21,9	2,48
ВСЕГО	219	100,0	11,51	215	100,0	11,3

* - на 100 000 родившихся живыми

В 2013 году на фоне снижения показателя материнской смертности среди городского населения на 8,5% (с 10,6 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 9,7 в 2013 году) показатель материнской смертности среди сельского населения увеличился на 13,9% (с 13,7 до 15,6 соответственно).

Таким образом, различия между показателями материнской смертности среди городского и сельского населения увеличились. Превышение материнской смертности сельского населения над аналогичным показателем среди городского населения возросло с 29,3% в 2012 году до 60,8% в 2013 году (рис. № 2).

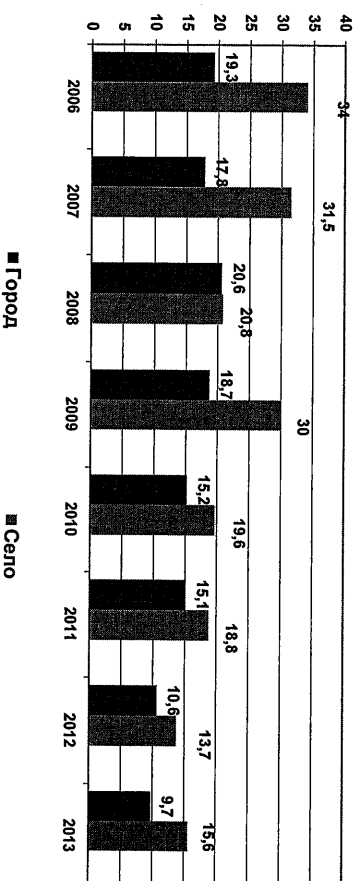


Рис. № 2. Динамика показателя материнской смертности среди городского и сельского населения в Российской Федерации, 2006-2013 гг.

В структуре причин материнской смерти городского населения (табл. № 5) преобладали экстрагенитальные заболевания (26,7%), акушерские кровотечения (суммарно 18,3%) и акушерская эмболия (16,8%).

Среди сельского населения первое место заняли акушерские кровотечения (суммарно 21,4%), второе-четвертое места разделили непрямые причины акушерской смерти, акушерская эмболия и отеки, протенурия и гипертензивные расстройства во время беременности, составив по 14,3% в структуре материнской смертности сельского населения.

Заключительный диагноз:

Основной: Острая желтая дистрофия печени беременной.

Осложнения: Печеночно-почечная недостаточность... ДВС-синдром. Спонтанная гематома брюшной полости, поперечно-ободочной кишки. Острый послеродовой эндометрит. Тромбоз воронко-травовой связки. Тромбоз сосудов микроциркуляторного русла головного мозга, почек, легких. Гематома брюшной полости, забрюшинной и околопочечной клетчатки. Гнойная бронхопневмония. Отек легких. Отек мозга с дислокацией его ствола.

Заключение: основным заболеванием ... 20 лет является острая жировая дистрофия печени с прогрессирующим течением после родов. Мелкокапельных жировой стеатоз печени с обширными очагами некрозов. Мезангиально-пролиферативный гломерулонефрит. Острая печеночно-почечная недостаточность. Присоединение ДВС-синдрома.

Основные ошибки:

1. Недостаточное наблюдение и обследование в ЖК. Своевременно не диагностировано заболевание печени у молодой женщины 20 лет с астенией.
2. Применение во время беременности необоснованных и непоказанных лекарственных средств в количестве 12-15 препаратов (полипрагмазия).
3. Плохо собран соматический и генетический анамнез.
4. Небрежно оформлена документация в ЖК (не отражает состояние беременной).

Смерть условно предотвратима.

2. Повторнородящая 36 лет. Тяжелая гипертоническая болезнь с поражением сердца и почек. Субарахноидальное кровоизлияние больших полушарий головного мозга. Эксцентрическая гипертрофия миокарда. Дилатация полостей сердца. Кардиосклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия. Диффузный отек головного мозга. Аноксическое повреждение нейрона коры головного мозга.

Причина смерти – дислокация ствола мозга.

Заболевание манифестировало стойкой артериальной гипертензией.

Основные врачебные ошибки:

1. В ЖК не проведено необходимого обследования, наблюдения и лечения.
2. Симптоматика артериальной гипертензии ошибочно трактовалась как остеохондроз и НЦД по гипертоническому типу, что следует расценить как профессиональную несостоятельность.
3. Следует отметить особенность этого клинического наблюдения: тяжелая артериальная гипертензия проявилась в 36 лет во время 4-й беременности (1 роды, 2 мед. аборта). Акушерское наблюдение осуществлялось с 7-8 нед беременности, однако, пациентка не получила целенаправленной антигипертензивной терапии.

4. Заболевания легких, героиновая интоксикация – 2 (22,2%).
5. Заболевания крови – 1 (11,1%).

1. Первобеременная 20 лет (учащаяся колледжа). Острая желтая дистрофия печени.

В ЖК наблюдалась с 6 нед. Беременность протекала без особых осложнений. Выявлена умеренная анемия, конституциональная астения. В ранние сроки беременности проведено лечение по поводу «анально-генитальных бородавок». С профилактической целью принимала мочегонные травы, разгрузочные дни, ограничение соли и жидкости, коленно-локтевое положение, фолиевую кислоту, йодомарин, сорбифер, курантил, Mg-B₆, хофитол, свечи с гентероном, бетатином.

С 16.06.2013 (беременность 38 нед) появились боли в эпигастральной области, тошнота, рвота.

20.06.2013 (через 4 дня) поступила в родильный дом с доношенной беременностью, родовым излитием околоплодных вод. Состояние удовлетворительно. Роды прошли через естественные родовые пути без осложнений. Родился живой доношенный мальчик весом 3200 г, 52 см. Оценка по Апгар 7-8 баллов.

С первых дней послеродового периода появилась резкая слабость, субтиричность слизистых и кожи, резкое увеличение печеночных ферментов. Неоднократные консультативные осмотры. Диагноз: Послеродовый период. Острая желтая дистрофия печени. Печечно-печеночная недостаточность. ДВС-синдром. Энцефалопатия. Эндометрит.

Осмотрена инфекционистом. Данных за острый инфекционный гепатит нет.

Проводилось интенсивное лечение вплоть до плазмафереза, сильнейших антибиотиков.

На 6 сутки развилось маточное кровотечение. Произведена лапаротомия. В брюшной полости обнаружено до 2 л серозного выпота, гематомы брыжейки (объемом до 200 мл). Произведена экстирпация матки с трубами. Показанием к операции являются: Острый послеродовый серозный перитонит. Тромбофлебит воронко-газовой связки матки слева. Маточное кровотечение. Особенности операции – повышенная кровоточивость тканей, ступки крови не образуются. Кровопотеря 1200 мл.

После операции состояние резко ухудшилось. Из роддома переведена в городскую клиническую больницу. Появилась олиго-анурия. Креатинин 161 – 187 ммоль/л. Общий белок сыворотки крови 37 г/л.

Через неделю умерла от прогрессирующей полиорганной недостаточности, прогрессирующего ДВС-синдрома, энцефалопатии.

Причины материнской смерти в Российской Федерации среди городского и сельского населения (по данным Росстата), 2013 г.

Основные причины материнской смерти	Городское население		Сельское население	
	п	%	показа- тель *	%
Внематочная беременность	2	1,5	0,15	2,4
Медицинский аборт	4	3,1	0,29	1,2
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный	3	2,3	0,22	5,9
Отеки, протениурия и гипертензивные расстройства во время беременности	13	9,9	0,96	14,3
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	11	8,4	0,81	9,5
Кровотечения в родах и в послеродовом периоде	13	9,9	0,96	11,9
Осложнения анестезии	3	2,3	0,22	3,6
Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	4	3,1	0,29	7,3
Акушерская эмболия	22	16,8	1,62	12,3
Разрыв матки	5	3,8	0,37	3,6
Прочие причины акушерской смерти	16	12,2	1,18	9,7
Непрямые причины акушерской смерти (экстрагенитальные заболевания)	35	26,7	2,58	12,3
ВСЕГО	131	100,0	9,65	100,0

* - на 100 000 родившихся живыми

Среди сельских жительниц в 2013 году отмечен значительный рост материнской смертности от сепсиса во время родов и в послеродовом периоде (с 2 случаев в 2012 году до 7 случаев в 2013 году; показатель материнской смертности увеличился в 3,5 раза – с 0,37 до 1,30 на 100 000 родившихся живыми соответственно); осложненный анестезии (с 1 до 3 случаев; показатель увеличился в 3,1 раза – с 0,18 до 0,56); разрыва матки (с 1 до 3 случаев; показатель увеличился в 3,1 раза – с 0,18 до 0,56); кровотечений в родах и в послеродовом периоде (с 4 до 10 случаев; показатель увеличился в 2,5 раза – с 0,73 до 1,85). Кроме того, на 35,2% увеличился показатель материнской смертности от отеков, протениурии и гипертензивных расстройств во время беременности (с 1,65 до 2,23) и на 16,4% - от кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (с 1,28 до 1,49).

Неблагоприятным является рост смертности городских жительниц от кровотечений в родах и в послеродовом периоде (с 0,66 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 0,96 в 2013 году, т.е. на 45,5%), акушерской эмболии

(с 1,18 до 1,62, т.е. на 37,3%), разрыва матки (с 0 до 0,37), сепсиса во время родов и в послеродовом периоде (с 0,15 до 0,29, т.е. на 93,3%), медицинского аборта (с 0,22 до 0,29, т.е. на 31,8%).

Показатель материнской смертности от всех причин, за исключением экстрагенитальных заболеваний и медицинского аборта, среди сельского населения значительно превышает аналогичные показатели среди городского населения.

Рост показателя материнской смертности (как в целом, так и от большинства причин) среди сельского населения свидетельствует о дефектах в организации оказания медицинской помощи женщинам, проживающим в сельской местности, в том числе о недостатках диагностики и лечения осложнений беременности и родов, несоблюдении маршрутизации пациентов и показаний для госпитализации в учреждение родовспоможения различных групп, утвержденных 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)»; недостаточном использовании мониторинга беременных женщин и дистанционного консультирования; неудовлетворительной работе с социально неблагополучными женщинами.

2. Структура и причины материнской смертности в Российской Федерации (по данным Минздрава России)

Анализ случаев материнской смерти в Российской Федерации за 2013 год проведен на основании данных учетной формы № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», утвержденной приказом Минздравасоцразвития России от 23 июня 2006 г. № 500, а также поисковых записок главных акушеров-гинекологов субъектов Российской Федерации, ежегодно подаваемых в Минздрав России к отраслевому годовому отчету по форме № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

По данным Минздрава России в 2013 году зарегистрировано 244 случая материнской смерти (на 8 случаев меньше, чем в 2012 году); показатель материнской смертности составил 12,9 на 100 000 родившихся живыми, что на 2,3% ниже, чем в 2012 году (13,2 на 100 000 родившихся живыми).

После снижения показателя материнской смертности в 2012 году во всех федеральных округах, в 2013 году отмечен рост материнской смертности в трех федеральных округах (табл. № 6) – Дальневосточном (на 37,3%), Северо-Кавказском (на 16,6%) и Центральном (на 3,5%).

Наименьший показатель материнской смертности в 2013 году, как и в 2012 году, зарегистрирован в Приволжском федеральном округе (9,4 на 100 000 родившихся живыми). Кроме того, в результате снижения на 36,4%, низкий

Осложнения: Эндотоксический шок. ДВС-синдром. Множественные диспепсические кровоизлияния в слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, шлеву, эндокард. Тромбы в сосудах микроциркуляторного русла, тромбоз капилляров; почечных клубочков. Олиго-анурия (по клиническим данным). Отек головного мозга с дислокацией ствола в большое затылочное отверстие.

Основные ошибки:

1. Расхождение диагноза по основному заболеванию, осложнениям, сопутствующим заболеваниям.
 2. Запоздалая диагностика сепсиса.
 3. Сепсис вызван редким бактериальным микробом *Shigaeobacterium meningosepticum*, который развивается (как атипичный) у женщин со сниженным иммунитетом, наличием в организме сенсibilизации. Микроорганизм входит в группу неферментирующих грам-отрицательных бактерий. Распространен в водопроводной воде, мясе, молоке. Вызывает сепсис у иммунокомпрометированных пациентов, пневмонию, бактериальный эндокардит, трахеобронхит, плеврит, эндокардит, гломерулонефрит. Главная особенность – вызывает эндотоксический шок, ДВС-синдром, острую почечную недостаточность, отек головного мозга.
 4. Развитие и прогрессирование эндотоксикоза, системной воспалительной реакции, дыхательной недостаточности, полисегментарной пневмонии свидетельствовали о клиническом проявлении инфекционно-токсического шока на фоне реперфузии, артериальной гипотензии, отсутствия эффекта от стимуляции дилатации.
 5. Релапаротомия, перевязка подвздошных артерий, экстирпация матки – лишние операции. Они только ухудшили состояние пациентки.
 6. Необходимо было проводить десенсибилизирующую и кортикостероидную терапию, получить (sic!) результаты взятых посевов.
- Сепсис, септический шок кроме типичных симптомов генерализации инфекции имеет особенности, зависящие от возбудителя.
- Смерть условно предотвратима.

6.5 Материнская смертность от экстрагенитальных заболеваний

На аудит представлены 9 историй женщин, погибших от экстрагенитальных заболеваний. Из 9 случаев смерти предотвратимых – 2 (22,2%), условно предотвратимых – 7 (77,8%).

Нозологические формы заболеваний:

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе хроническая артериальная гипертензия, заболевания сердца – 3 (33,3%).
2. Заболевания печени – 1 (11,1%).
3. Запущенный рак молочных желез – 2 (22,2%).

ЭКГ – без патологии.

КТ – гепатомегалия, диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

Состояние крайне тяжелое без значительной динамики. В сознании. Контактна. Адекватна. Жалобы на слабость, одышку, тошноту. Объективно: кожные покровы бледные, склеры субиктеричные, отеков нет. ЧДД 28 в мин. АД 80/40 – 90/60 мм рт.ст. Пульс 120-135 в мин. Живот мягкий, перистальтика не выслушивается. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Матка плотная. Предполагается криптогенный сепсис, тромбэмболия мелких ветвей легочной артерии. Диагноз не ясен.

Решено провести диагностическую лапаротомию.

13.08.2013 с 13.35 до 16.45 (3 часа) – срединная лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. Произведена перевязка внутренних подвздошных артерий, экстирпация матки с придатками. Дренаживание брюшной полости и поддиафрагмического пространства, подкожной клетчатки.

После релапаротомии – состояние нарастающей полиорганной недостаточности (сердечно-сосудистой, дыхательной, кишечной, почечной, церебральной). Полисегментарная пневмония, двусторонний экссудативный плеврит. Острый респираторный дистресс-синдром взрослых. ДВС-синдром. Выраженная эндогенная интоксикация, гипопротеинемия, микроциркуляторные и метаболические расстройства.

14.08.2013 в 5 утра констатирована смерть.

Заключительный диагноз:

Основной: Левосторонняя полисегментарная нижедолевая бактериальная плевро-пневмония. Иzosенсибилизация по АВО (1:2).

Осложнения: Сепсис. Бактериально-токсический шок III. Полиорганная недостаточность III. Азотемическая уремия. ДВС-синдром. Острая сердечно-сосудистая недостаточность III. РДСВ III. Острая дыхательная недостаточность III. Анемия сложного генеза III.

Операции: 1. Чревосечение по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Миомэктомия. Катетеризация подключичной вены. Реанимационные мероприятия. 2. Срединная лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Экстирпация матки с придатками. Дренаживание брюшной полости. Реинфузия аппаратом Cell Saver.

Патолого-анатомический диагноз:

Основной: Сепсис, вызванный *Shryseobacterium meningosepticum*. Левосторонняя полисегментарная пневмония. Фибринозно-гнойный плеврит. Острый децидуальный эндометрит, тромбоваскулит. Острый экссудативно-продуктивный гломерулонефрит.

Фоновая патология: Лейомиома матки. Рубец на матке. Иммуносупрессия.

показатель материнской смертности отмечен в Южном федеральном округе (9,8 на 100 000 родившихся живыми).

Таблица № 6

Материнская смертность в федеральных округах в 2012-2013 гг.

Федеральные округа	2012		2013		Динамика показателя в 2013 году к уровню 2012 года (%)
	всего умерло (n)	доля от общего числа умерших (%)	показатель*	доля от общего числа умерших (%)	
Центральный	63	25,0	14,3	26,6	+ 3,5
Северо-Западный	28	11,1	16,8	25	- 11,3
Южный	27	10,7	15,4	17	- 36,4
Северо-Кавказский	26	10,3	15,7	30	+ 16,6
Приволжский	39	15,5	9,9	37	- 5,1
Уральский	22	8,7	12,0	21	- 8,6
Сибирский	36	14,3	12,5	34	- 13,9
Дальневосточный	11	4,4	12,6	15	- 27,3
Российская Федерация	252	100,0	13,2	244	- 2,3

* - на 100 000 родившихся живыми

По данным Минздрава России (табл. № 30) в 2013 году не зарегистрированы случаи материнской смерти в 15 субъектах Российской Федерации (по данным Росстата – в 18 субъектах Российской Федерации); в 24 регионах (по данным Росстата – в 23) показатель материнской смертности составил менее 10,0 на 100 000 родившихся живыми, т.е. соответствовал уровню показателя в экономически развитых странах.

Максимальные показатели материнской смертности зарегистрированы в Камчатском крае (48,1 на 100 000 родившихся живыми), Калужской области (42,4), Еврейской автономной области (42,5), Ульяновской (40,7), Смоленской (38,7) областях, Чеченской Республике (36,4).

Значительный рост показателя материнской смертности отмечен в Ярославской (с 6,6 в 2012 году до 32,6 в 2013 году), Калужской (с 16,9 до 42,4), Мурманской (с 10,8 до 32,6), Ульяновской (с 20,4 до 40,7), Сахалинской (с 0 до 31,5) областях, Приморском крае (с 0 до 16,3).

Нестабильным остается показатель материнской смертности в Смоленской, Тульской, Нижегородской, Свердловской областях, Республиках Адыгея, Дагестан, Ингушетия, Забайкальском и Красноярском краях; растет материнская смертность в Ленинградской области, Чеченской Республике; показатель материнской смертности не снижается в г. Санкт-Петербурге, Ставропольском крае, Ямало-Ненецком автономном округе.

Учитывая, что показатель материнской смертности является интегральным показателем, характеризующим состояние системы здравоохранения, и имеет важное значение для принятия организаторами здравоохранения управленческих решений по совершенствованию службы родовспоможения, прогнозный показатель материнской смертности в Российской Федерации на 2013-2018 годы утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», а также распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации.

Целевые значения показателей материнской смертности в субъектах Российской Федерации на 2013-2018 годы утверждены региональными «дорожными картами».

Анализ показателей материнской смертности в 2013 году свидетельствует о недосяжении запланированных значений в 28 субъектах Российской Федерации. Наибольшие отклонения фактических показателей от целевых значений зафиксированы в Ульяновской (40,7 на 100 000 родившихся живыми против 7,1), Смоленской (38,7 против 19,2), Калужской (33,9 против 18,0), Мурманской (32,6 против 10,9), Ярославской (32,6 против 7,0), Томской (20,4 против 7,5) областях, Республике Адыгея (35,9 против 0), Камчатском (72,1 против 25,6) и Приморском (16,3 против 4,3) краях.

Руководителям органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и главным акушерам-гинекологам вышеуказанных субъектов Российской Федерации необходимо провести анализ ситуации с целью установления причин недовлечения запланированного показателя материнской смертности и разработать комплекс мер по оптимизации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде с целью профилактики и снижения материнской смертности.

Из 244 умерших в 2013 году женщин проживали в городе 140 (57,4%) женщин, в сельской местности – 104 (42,6%).

Средний возраст умерших женщин составил $29,9 \pm 6,2$ лет (в 2012 году – $30,7 \pm 6,2$ лет).

Не наблюдались во время беременности 58 женщин, т.е. 23,8% (в 2012 году – 27,4%). Встали на диспансерный учет по беременности после 12 недель – 52 пациентки, т.е. 28,0% среди наблюдавшихся (в 2012 году – 29,5%).

Среди умерших женщин доля первобеременных составила 23,4%.

Экстренитальные заболевания имели 88,9% умерших женщин; гинекологические заболевания – 57%.

Беременность протекала с осложнениями у 90,2% женщин.

Кишечное наблюдение 3.

Повторнородящая 39 лет направлена в отделение патологии беременности родильного дома на родоразрешение с диагнозом: Беременность 37-38 нед. Рубец на матке (кесарево сечение в анамнезе). ФПН компенсированная. Иксенсибилизация по АВО (1:2). ВСД по смешанному типу.

В роддоме обследована. Дополнительные данные: крупный плод.

12.08.2013 в 12.30 ухудшение состояния. Пульс 140 уд/мин, ритмичный. АД 90/60 мм рт.ст. Нехватка воздуха. Боли в животе. Озноб. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Предварительный диагноз: Угроза разрыва матки по рубцу. Экстренное кесарево сечение. Рубец на матке состоятельный. Извлечена живая доношенная девочка 4100 г без асфиксии. Платцента удалена без затруднений. По задней стенке матки в области трубного угла обнаружен небольшой 4х4 см субсерозный миоматозный узел на широком основании без внешних изменений, удален (миомэктомия). Брюшная полость защищена наглухо. Дренирование подпоясничного пространства и подкожной клетчатки. Во время операции по катетеру выделено 50 мл светлой мочи. Инфузионная терапия 500 мл кристаллоидов.

После операции состояние женщины не только не улучшилось, но и ухудшилось. Температура 38,2°C. Потрясающий озноб. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 140 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут в верхних отделах, умеренно болезненный в области операции. Высота дна матки 16 см над лоном. Матка плотная, сократилась хорошо. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Мочи нет. В просвете утерального катетера – микрогематурия. Введены анализы 2,0 + диаметр 1,0 + первый лан 100,0 в/в капельно. Стимуляция дуреза, воловон 6%-1000, физ-р 1000, эуфиллин 2,4%-10,0, лазикс 20 мг. Мочи нет.

Сразу после операции взяты анализы: Нб 95 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,3 \times 10^9/л$, креатинин 69 ммоль/л, мочевина 3,6 ммоль/л, билирубин 12,2 ммоль/л.

Через сутки состояние не улучшается и остается тяжелым. Сохраняется олиго-анурия. Артериальная гипотензия.

Повторные анализы: Нб 75 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $23 \times 10^9/л$, п/я 43%, лейкоцитоз, анизоцитоз, креатинин 233 ммоль/л, АСТ 270, АЛТ 82, билирубин 82,53 ммоль/л, общий белок 38,4 г/л, ЦФ 75 ЕД/л. Гемостазиограмма – норма. Прокальцитонинновый тест более 10 нг/мл.

Эзофагогастроскопия – реактивный эзофагит. Небольшой полип желудка. УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения паренхимы печени, умеренное расширение воротной и селезеночной вены. Диффузные изменения паренхимы почек, умеренная пиелодилатация. Свободной жидкости в брюшной полости и полости малого таза нет. Небольшой выпот в плевральной полости с обеих сторон, небольшой выпот в области перикарда.

Патолого-анатомический диагноз:

Основной: HELLP-синдром, развившийся после кесарева сечения в раннем послеоперационном периоде, осложненном сепсисом. Центролобулярные некрозы и кровоизлияния в печени.

Осложнения: ДВС-синдром. Некроз аденогипофиза. Перипортальные кровоизлияния, некрозы надпочечников. Очаговая фибринозно-гнойная пневмония. Гнойный тромбоз вен. Лептотромбоз. Тромбоз задних и средних мозговых артерий. Некротические изменения головного мозга. Септическая селезенка. Гипопротеинемия. Белковая дистрофия печени. Шоковые почки. Анасарка. Аспирация желудочного содержимого в бронхи и альвеолы. Отек легких. Гематома передней брюшной стенки по ходу операционного шва. Массивное пропитывание мягких тканей кровью. Гемоперитонеум (600 мл). Плевральная пункция. Гемодиализ.

Основные ошибки:

1. недостаточное дородовое обследование и несвоевременная госпитализация;
 2. показания к кесареву сечению расширены (оценка новорожденного по шкале Апгар 7-8 баллов);
 3. кесарево сечение на фоне ознобов, высокой температуры было однозначно противопоказано и привело к молниеносной генерализации мочевого (по-видимому, стрептококковой) инфекции;
 4. сепсис спровоцировал тяжелые изменения в печени, почках, развитие ДВС-синдрома, гипотонический шок, синдром полиорганной недостаточности;
 5. катетеризацию мочеточников следует провести до кесарева сечения;
 6. показания к релапаротомии и экстирпации матки при крайне тяжелом состоянии пациентки с нарушением мозгового кровообращения, отек мозга не установлены. Пациентка умерла через 6 часов после этой операции;
 7. пневмония могла быть результатом попадания содержимого желудка в бронхи и легкие при кесаревом сечении (синдром Мендельсона). Указаний на это осложнение в записях анестезиолога нет, у патологоанатома этот диагноз выделен (!);
 8. во всех диагнозах на первом месте (после акушерского диагноза) должен фигурировать «Сепсис» (!). HELLP-синдром, полиорганная недостаточность – проявления сепсиса;
 9. лечение сепсиса было недостаточным и запоздалым.
- Основная ошибка: необходимо катетеризировать мочеточники, провести интенсивное лечение острой гнойной инфекции почек, подготовить женщину к родоразрешению через естественные родовые пути. Расширять показания к оперативному родоразрешению в условиях генерализации инфекции и тяжелой интоксикации нельзя.

Смерть предотвратима.

У 5 погибших женщин беременность наступила после многократных попыток ЭКО (в 2012 году от осложненной беременности, наступившей после ЭКО, погибли 3 женщины). Причинами смерти в двух случаях явились экстрагенитальные заболевания во время беременности (кардиомиопатия и острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу), в двух случаях – тромбозы легочной артерии в послеродовом периоде и в одном случае – синдром гиперстимуляции яичников.

Из 244 женщин 4 погибли после внематочной беременности, 26 – после прерывания беременности до 22 недель, 29 – во время беременности, 11 – во время родов и 174 – в послеродовом периоде.

Таким образом, в структуре материнской смертности в 2013 году (табл. № 7) уменьшился удельный вес умерших после внематочной беременности (с 4,7% в 2012 году до 1,6% в 2013 году) и после прерывания беременности (с 14,3% до 10,7%). Одновременно отмечен рост доли умерших во время беременности до 22 недель (с 3,6% до 4,9%) и во время беременности после 22 недель, родов и в послеродовом периоде (с 77,4% до 82,8%).

Таблица № 7

Структура материнской смертности в Российской Федерации в 2009-2013 гг. (с учетом умерших вне стационара)

Структура материнской смертности	2009		2010		2011		2012		2013	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Умерло всего, в том числе:	459	100,0	332	100,0	311	100,0	252	100,0	244	100,0
- после внематочной беременности	15	3,3	11	3,3	9	2,9	12	4,7	4	1,6
- после аборта до 28 недель (с 2012 г. – до 22 недель)	93	20,3	72	21,7	53	17,0	36	14,3	26	10,7
- во время беременности до 28 недель (с 2012 г. – до 22 недель)	52	11,3	25	7,5	22	7,1	9	3,6	12	4,9
- во время беременности после 28 недель (с 2012 г. – после 22 недель), родов и в послеродовом периоде	299	65,1	224	67,5	227	73,0	195	77,4	202	82,8

Анализ динамики показателя материнской смертности в Российской Федерации за период 2011-2013 годы (табл. № 8, рис. № 3) свидетельствует о снижении за указанный период показателей материнской смертности от тромбоэмболии легочной артерии (на 40,6%), осложнений анестезии (на 36,1%), отеков, протенурии и гипертензивных расстройств (на 36,0%), септических осложнений (на 36%) и экстрагенитальных заболеваний (на 26,8%).

Вместе с тем, в течение последних трех лет практически не снижается смертность от кровотечений, нестабильным является показатель материнской смертности от разрыва матки и эмболии околоплодными водами (табл. № 8, рис. № 3).

Таблица № 8

**Показатели материнской смертности в Российской Федерации
в 2011-2013 гг. (на 100 000 родившихся живыми)**

Основные причины материнской смерти	2011		2012		2013	
	всего умерло (n)	показатель*	всего умерло (n)	показатель*	всего умерло (n)	показатель*
Кровотечения	53	2,95	48	2,52	49	2,59
Отеки, протенурия, гипертензивные расстройства	34	1,89	24	1,26	23	1,21
Септические осложнения	34	1,89	28	1,47	23	1,21
Осложнения анестезии	15	0,83	14	0,74	10	0,53
Эмболия околоплодными водами	33	1,84	21	1,10	30	1,58
Тромбоэмболия легочной артерии	19	1,06	14	0,74	12	0,63
Воздушная эмболия	1	0,06	1	0,05	-	-
Разрыв матки	7	0,39	3	0,16	9	0,48
Прочие акушерские причины	5	0,28	4	0,21	3	0,16
Экстрагенитальные заболевания	110	6,12	95	5,00	85	4,48
Все причины	311	17,31	252	13,25	244	12,87

* - на 100 000 родившихся живыми

В этот же день в 16.50 произведено кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлечен живой недоношенный мальчик 2120 г, 48 см, 7-8 баллов.

С первых суток послеоперационного периода состояние больной тяжелое. Температура 37,8 – 35,5°С. АД 90/60 мм рт.ст. Дыхк обложен белым налетом. Озноб. Диурез 1100 мл.

Со 2 суток – заторможена. На вопросы не отвечает. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 72 уд/мин. Частота дыхания 18-20 в мин. Диагноз: 2-е сутки послеоперационного периода после кесарева сечения. Синдром системной воспалительной реакции (?).

УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, отек поджелудочной железы, спленомегалия, признаки пиелонефрита. Отток мочи не нарушен. Рубец на матке после кесарева сечения состоятельный.

КТ-исследование: признаки спленомегалии. Неоднородность паренхимы печени, вероятно токсического генеза. Не исключен инфаркт правой доли печени. Увеличение размеров поджелудочной железы. Умеренное расширение полостей почек. Гипотония мочеточников. Асцит.

Анализы: сахар крови 0,8 (?). После в/в введения 40%-40,0 мл р-ра глюкозы сахар крови 5,9 ммоль/л. АСТ 1026, АЛТ 518, общий белок 45 г/л, тромбоциты 56x10⁹/л.

Диагноз: Состояние после кесарева сечения. НЕЛР-синдром. Острый гепатит. Острый жировой гепатоз. Острый пиелонефрит. Сепсис. Гипогликемическое состояние.

Заключение: «создается впечатление, что тяжесть состояния обусловлена патологией гепатобилиарной системы (жировой гепатоз). Полиорганная недостаточность. Перевести в отделение реанимации ГКБ».

19.02.2013. ГКБ ОРИТ. Доставлена по санавиации на 2-е сутки после кесарева сечения в тяжелом состоянии с признаками нарушения мозгового кровообращения, снижения мозгового кровотока. Учитывая ознобы, нарастающую интоксикацию на фоне температуры 38,5 - 39°С, произведено родоразрешение путем кесарева сечения, после которого с первых суток появилось ухудшение состояния, поражение печени.

19.02.2013 консилиум. Диагноз: 2-е сутки после кесарева сечения в сроке беременности 32-33 нед. Острый пиелонефрит. Острый жировой гепатоз. НЕЛР-синдром. Рекомендуются катетеризация мочеточников, усиление антибактериальной терапии. Сепсис. Решить вопрос об экстирпации матки.

19.02.2013. Операция – Релапаротомия. Экстирпация матки с трубами. Дренирование брюшной полости.

После операции релапаротомии состояние резко ухудшилось. АД 40/0 мм рт.ст. Умерла в 4.30 утра следующего дня. Результаты посева – роста неп. Кровь стерильна. В мазках из влагалища – Candida albicans.

Основные ошибки:

1. Молодая 22-летняя женщина недостаточно обследована, своевременно не поставлен диагноз разгибания головки плода, при котором ведение родов руп противопоказано.
2. Перерастяжение нижнего сегмента матки (лобное предлежание) является противопоказанием для зашивания матки однократным непрерывным швом.
3. Родоразрешение носило осложненный характер (кровоотечение, релаксация, перевязка внутренних подвздошных артерий, острая анемия), что требовало интенсивной терапии в послеоперационном периоде.
4. Лечение постгеморрагической анемии было недостаточным и неадекватным, о чем свидетельствует низкий гемоглобин, тахикардия, тахипноэ и др. осложнения.
5. Категорически противопоказана столь ранняя выписка домой, которую нельзя объяснить при наличии осложненного родоразрешения и развивающихся септических осложнений (пневмония, субинволюция матки, задержка лохий, парез кишечника и др.).
6. При кесаревом сечении не применялась антибиотикопрофилактика, инфузионная терапия в послеоперационном периоде отсутствовала (!). Частота врачебных осмотров после осложненного кесарева сечения недопустимо редкая. Смерть предотвратима.

Клиническое наблюдение 2.

Пациентка 32 лет поступила в роддом с диагнозом: Беременность 32-33 нед. Гестационный пиелонефрит.

Беременность 1, протекала без особых осложнений за исключением повторяющихся приступов острого цистита.

За 4 дня до поступления появились боли в пояснице, потливость, ознобы. Температура 37,4 - 38°C. Принимала по рекомендации врача ЖК анальгин, димедрол, папаверин. Доставлена машиной скорой медицинской помощи. При УЗИ выявлено увеличение левой почки, расширение лоханок обеих почек. Нарушение оттока мочи. Гиперплазия плаценты, матовидие. Кальциноз и старение плаценты. Хроническая гипоксия плода.

Состояние при поступлении расценено удовлетворительным. Температура 38,5 °С. Пульс 104 уд/мин. АД 100/70 мм рт.ст. Назначен цефотаксим.

Диагноз: Беременность 33 нед. Головное предлежание. Острый гестационный пиелонефрит. Хроническая гипоксия плода.

Консультативное заключение: «провести амниотомию, родовозбуждение. При отсутствии эффекта развития самостоятельной родовой деятельности в/в введением окситоцина, родоразрешить путем кесарева сечения. В/в ввести до 800 мл физ. р-ра, мазок на степень чистоты, инъекции цефотаксима. Угрожаема по гестозу».

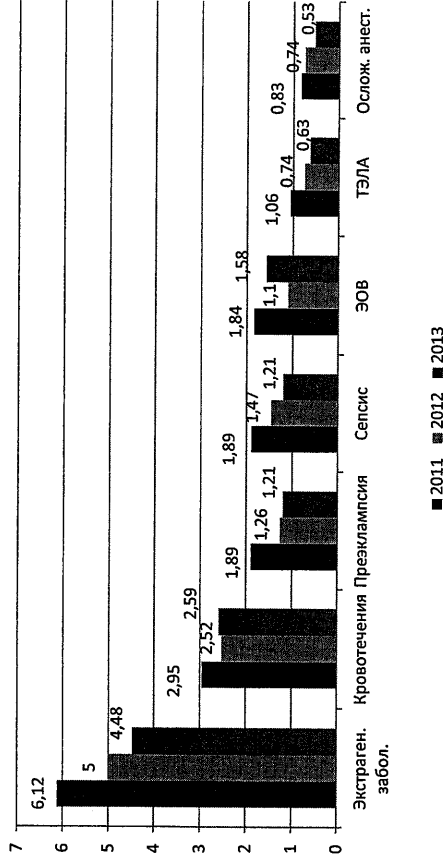


Рис. № 3. Динамика показателей материнской смертности от основных причин в Российской Федерации, 2011-2013 гг.

Анализ причин материнской смертности в 2013 году (табл. № 9) свидетельствует, что в структуре причин смерти первое место (как и в 2012 году), заняли экстрагенитальные заболевания (34,8%), второе (как и в 2012 году) – кровоотечения (20,1%), третье – эмболия околоплодными водами (12,3%) (в 2012 году – септические осложнения).

Таблица № 9

Основные причины материнской смерти в 2013 году (с учетом умерших вне стационара)

Основные причины материнской смерти	Внема- точная беремен- ность	После прерывания беременности в сроке до 22 недель (после аборта)	Беременные в сроке до 22 недель	Беременные в сроке с 22 недель, рожающиеся и рожающиеся	
				п	%
Умерло от всех причин, в т.ч.:	4	26	12	244	100
- кровоотечение	4	2		49	20,1
- отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства			23	23	9,4
- септические осложнения		8	15	23	9,4

- осложнения анестезии		2	1	7	10	4,1
- эмболия околоплодными водами				30	30	12,3
- тромбозомболия легочной артерии		1		11	12	4,9
- разрыв матки		1		8	9	3,7
- прочие акушерские причины		2	1		3	1,2
- экстрагенитальные заболевания		10	10	65	85	34,8

В структуре материнской смертности в Центральном, Северо-Западном, Южном и Сибирском федеральных округах преобладали экстрагенитальные заболевания, в Северо-Кавказском, Приволжском и Уральском федеральных округах – кровотечения, в Дальневосточном федеральном округе – кровотечения и экстрагенитальные заболевания (табл. № 10, № 11).

Таблица № 10

Основные причины материнской смерти в 2013 году в федеральных округах (с учетом умерших вне стационара)

Основные причины смерти	ЦФО		СЗФО		ЮФО		СКФО		ПФО		УФО		СФО		ДФО	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Умерло от всех причин	65	100	25	100	17	100	30	100	37	100	21	100	34	100	15	100
в т.ч.:																
- кровотечение	10	15,4	2	8,0	3	17,6	8	26,7	9	24,3	7	33,3	5	14,7	5	33,3
- отек, протениурия, гипертензивные	7	10,8	2	8,0	4	23,5	3	10,0	2	5,4	-	-	3	8,8	2	13,3
- расстройство свертываемости																
- септические осложнения	4	6,1	4	16,0	1	5,9	6	20,0	4	10,8	1	4,8	3	8,8	-	-
- осложнения анестезии	2	3,1	-	-	-	-	2	6,7	1	2,7	1	4,8	4	11,8	-	-
- эмболия околоплодных	7	10,8	-	-	2	11,8	3	10,0	8	21,6	4	19,0	4	11,8	2	13,3
- илия водами																
- тромбозомболия легочной артерии	2	3,1	2	8,0	1	5,9	2	6,7	2	5,4	2	9,5	-	-	1	6,7
- разрыв матки	2	3,1	1	4,0	-	-	3	10,0	2	5,4	-	-	1	2,9	-	-
- прочие акушерские причины	2	3,1	-	-	-	-	-	-	1	2,7	-	-	-	-	-	-
- экстрагенитальные заболевания	29	44,6	14	56,0	6	35,3	3	10,0	8	21,6	6	28,6	14	41,2	5	33,3

- имеют место ошибки диагностики сепсиса, который ошибочно принимают за энтеровирусную кишечную инфекцию и назначают промывание желудка, клизмы, строгую диету, усугубляющие генерализацию инфекции;
- при осложненном кесаревом сечении (кровоточивая анемия, продление разреза на матке в разрыв, гематометра, субинволюция и т.д.) не обоснована ранняя выписка домой;
- развившийся полисерозит на фоне септических осложнений в послеродовом (послеоперационном) периоде относится к неблагоприятным синдромам;
- в периоды сезонного гриппа, ОРВИ необходимо тщательным образом ограничивать (не допускать) контакты с заболевшими;
- в большинстве историй родов не указана антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении при наличии инфекционных факторов риска в соответствии с протоколом лечения от 6 мая 2014 года №15-4/10/2-3190;
- в ряде случаев периперационный объем инфузионной терапии недостаточен (600 мл вместо 1500 мл).

Клиническое наблюдение 1.

Пациентка 22 года. В перинатальном центре ей проведено родоразрешение путем кесарева сечения по поводу лобного предлежания плода. Кесарево сечение произведено в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Запавание матки – непрерывным однорядным (Шмиденовским) швом. В первые часы раннего послеоперационного периода – релаксация и перевязка внутренних подвздошных артерий по поводу маточного кровотечения. Общая кровопотеря 1400 мл. На 8 сутки пациентка выписана домой (?) якобы по ее просьбе. № 70 г/л. Состояние при выписке оценено как удовлетворительное, несмотря на выраженный анемию и тахикардию (пульс 120 – 80 – 110 – 90 уд/мин). Температура 36,7°C. При влагалищном исследовании – матка увеличена до 12 нед срока беременности, миктоватая. Выделения сукровичные в небольшом количестве (осмотрена зав. отделения, выписка с ее согласия). Дома пациентка почувствовала себя плохо (боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей). На 4 сутки послеродового периода умерла.

Диагноз: 1 срочные роды путем кесарева сечения. Лобный эндометрит. Несостоятельность швов. Некроз раны матки. Гематометра. Гемоперитонеум. Острая постгеморрагическая анемия. Признаки ДВС-синдрома. Синдром полиорганной недостаточности. Подострая двусторонняя пневмония.

Смерть наступила от кровотечения из сосудов матки (в брюшной полости до 3 л крови), общей септической интоксикации, несостоятельности швов, некроза раны матки.

Не наблюдались в ЖК 3 пациентки (героиновая наркомания – 1, сильная никотиновая зависимость – 1, ВИЧ-инфекция – 1).

При посеве возбудителей выявлены: редкие формы бактерий – Ацинетобактер (2), Хризиобактерии (3), стрептококки (молниеносный сепсис – 1), клебсиеллы пневмонии (4), пептострептококки (2), стафилококки (2), протей (2). Итого в 16 случаях из 20, что составило 80%. Однако у большинства выявляли ДНК вирусов (справка о редких инфекционных факторах).

Обращает на себя внимание большое количество кесаревых сечений, которые чаще, чем роды через естественные родовые пути, осложнялись кровотечениями, ДВС-синдромом, острой анемией, значительной кровопотерей (от 2,5 до 4,5 л), смертью в ближайшие 1-3 суток послеоперационного периода.

Показаниями к кесареву сечению, которое приводили на фоне инфекции бронхо-легочной системы, острого пиелонефрита, эндометрита, явились: гипоксия плода (6), преждевременная отслойка плаценты (2), рубец на матке при отсутствии возможности родоразрешения через естественные родовые пути (4).

Диагноз «Сепсис» поставлен 23 пациенткам (подтвержден патоморфологическими исследованиями), септический (инфекционно-токсический) шок – у 5.

Пациентки умерли от острой почечной, почечно-печеночной, бронхо-легочной недостаточности (синдром полиорганной недостаточности), отека легких (10), отек мозга (7), менинго-энцефалита (4), HELLP-синдрома (1). Создается впечатление, что причиной полиорганной недостаточности и кровотечений явился ДВС-синдром (тромбоз сосудов, множественные кровоизлияния, ишемия, дистрофия и некроз клеток почек, печени, сердца, бронхов, легких и др. жизненно-важных органов). Интересно отметить, что при септическом процессе происходит отслойка эпителия и эндотелиоцитов от базальной мембраны, что сопровождается гидроперикардом, гидротораксом, асцитом, полисерозитом, отечностью тканей.

Основные ошибки:

1. необоснованное расширение показаний к кесареву сечению при гипоксии плода, который длительное время находится в условиях вирусно-бактериальной интоксикации. При этом у матери имеет место острая (обострение хронической) инфекция (пневмония, ОРВИ, грипп, острый пиелонефрит, лихорадочное состояние (температура 38,5 – 39 °C и выше). или наличие высеянной инфекции (стафилококк, стрептококк, клебсиеллы) в сочетании с вирусной у женщин с иммунной патологией, которые резко ослабляют иммунную защиту и снижают резистентность, компенсаторные и защитные реакции матери и плода;
2. при выявлении инфекционных осложнений во время беременности или в послеродовом периоде необходима госпитализация в многопрофильную больницу (отделение по профилю основного заболевания);

Показатели материнской смертности в 2013 году
в федеральных округах (на 100 000 родившихся живыми)

Основные причины смерти	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО	Российская Федерация
Кровотечения	2,28	1,19	1,72	4,88	2,28	3,81	1,75	5,76	2,59
Отеки, протенирия, гипертензивные расстройства	1,59	1,19	2,30	1,83	0,51	-	1,05	2,30	1,21
Септические осложнения	0,91	2,39	0,57	3,65	1,01	0,54	1,05	-	1,21
Осложнения анестезии	0,46	-	-	1,22	0,25	0,54	1,40	-	0,53
Эмболия околоплодными водами	1,59	-	1,15	1,83	2,02	2,18	1,40	2,30	1,58
Тромбозы легочной артерии	0,46	1,19	0,57	1,22	0,51	1,09	-	1,15	0,63
Разрыв матки	0,46	0,60	-	1,83	0,51	-	0,35	-	0,48
Прочие акушерские причины	0,46	-	-	-	0,25	-	-	-	0,16
Экстрагенитальные заболевания	6,61	8,37	3,45	1,83	2,02	3,27	4,89	5,76	4,48
Все причины	14,82	14,94	9,76	18,29	9,36	11,44	11,89	17,27	12,87

Лидирующее место в структуре материнской смертности в Российской Федерации в 2013 году сохранили **экстрагенитальные заболевания** (34,8% в структуре причин материнской смерти).

Показатель материнской смертности вследствие не прямых причин в целом по Российской Федерации снизился на 10,4% (с 5,00 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 4,48 в 2013 году) (табл. № 8, рис. № 3).

Динамика материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в федеральных округах различна. В частности, в Северо-Кавказском федеральном округе данный показатель снизился на 56,6%, в Приволжском федеральном округе – на 27,3%, в Центральном федеральном округе – на 19,3%, в Сибирском – на 17,1%. Одновременно в Северо-Западном федеральном округе материнская смертность вследствие соматических заболеваний увеличилась на 7,6%, в Уральском федеральном округе – на 20,2%. В Дальневосточном федеральном округе показатель материнской смертности повысился с 0 в 2012 году до 5,76 на 100 000 родившихся живыми в 2013 году.

Случаи материнской смерти от экстрагенитальных заболеваний в 2013 году зарегистрированы во всех федеральных округах. Наибольший показатель материнской смертности вследствие не прямых причин отмечен в Северо-Западном федеральном округе (8,37 на 100 000 родившихся живыми), наименьший – в Северо-Кавказском (1,83) и Приволжском (2,02) федеральных округах (табл. № 11).

Основной причиной смерти беременных женщин, роженцев и родильниц явились болезни системы кровообращения (36 случаев), хотя их доля в структуре смертности от экстрагенитальных заболеваний сократилась с 55,8% в 2012 году до 42,4% в 2013 году. В 2013 году уменьшилось число случаев смерти вследствие разрывов аневризм сосудов различной локализации (с 21 случая в 2012 году до 10 случаев в 2013 году), венозных тромбозов (с 14 до 12 случаев) и врожденных пороков сердца (с 4 до 1 случая). Не уменьшилось число случаев материнской смерти от кардиомиопатии (по 7 случаев в 2012 и 2013 годах). Прочие заболевания системы кровообращения явились причиной смерти в 7 случаях.

Второе место в структуре экстрагенитальных заболеваний, явившихся причиной материнской смерти в 2013 году, заняли болезни органов дыхания, число которых возросло с 7 случаев в 2012 году до 18 случаев в 2013 году (в 17 случаях причиной смерти явилась тяжелая пневмония, в том числе осложнившая течение гриппа, в 1 случае – бронхиальная астма).

В 2013 году увеличилось число женщин, умерших от инфекционных заболеваний (с 8 случаев в 2012 году до 13 – в 2013 году). Причинами смерти явились ВИЧ-инфекция (6 случаев), вирусный менингоэнцефалит (3 случая), туберкулез (2 случая), лептоспироз (1 случай), вирусный гепатит (1 случай).

От болезней органов пищеварения погибли 7 женщин, от злокачественных новообразований различной локализации – 4, прочих – 7.

Из 85 женщин 10 погибли после прерывания беременности в сроке до 22 недель, 10 умерли беременными до 22 недель, 65 погибли во время беременности после 22 недель, в родах и в послеродовом периоде (табл. № 9).

В условиях медицинских организаций погибли 75 (88,2%) женщин, вне лечебных учреждений – 10 (11,8%).

Не наблюдались во время беременности 22 (25,9%) женщины, умершие от экстрагенитальных заболеваний.

Анализ распределения женщин, умерших вследствие соматических заболеваний, по уровню медицинских организаций, где произошла смерть (табл. № 26), свидетельствует, что в 2013 году сохранилась тенденция уменьшения доли женщин, погибших в стационарах I (с 9,6% в 2012 году до 6,7% в 2013 году) и II (с 48,2% до 33,3% соответственно) группы при одновременном увеличении удельного веса женщин, умерших в стационарах III группы (с 42,2% до 60,0%), что свидетельствует о совершенствовании маршрутизации пациентов с экстрагенитальными заболеваниями.

2. Место наложения акушерских шпцов, по-видимому, вместе с вакуум-экстракцией плода применили запрещенный метод «выдавливания», который в нашей стране категорически запрещен.

3. Как следствие использования механического воздействия на дно матки (эпигастральную область) произошли тяжелые травматические повреждения – разрыв матки с отрывом сосудистого пучка, разрыв селезенки, брыжейки (до 8 см), травма поджелудочной железы и др. Плод погиб интранатально.

4. В результате развития тяжелого травматически-геморрагического шока, ДВС-синдрома возникло массивное пропитывание тканей, клетчатки; технически операция имела сложный характер. Общая кровопотеря более 5 л.

Смерть предотвратима.

6.4 Материнская смертность от септических заболеваний

На аудит представлены 23 истории родов (11 карт наблюдений во время беременности в ЖК) погибших во время беременности, родов и в послеродовом периоде от сепсиса и гнойно-септических осложнений.

Средний возраст пациенток 30 ± 9 лет.

Срок беременности до 22 недель (15-21 неделя) имел место у 3 женщин (13,1%); 22-37 недель – 15 (65,2%); 38-40 недель – 5 (21,7%).

У большинства пациенток роли были преждевременными, у 21,7% – срочные, у 13,2% – имели место поздние выкидыши.

Родоразрешение путем кесарева сечения произведено у 12 (52,1%); релaparотомия по поводу кровотечения в послеродовом периоде – у 5 (21,7%); удаление матки (экстирпация) – у 8 (35%), перевязка внутренних подвздошных артерий – у 5 (21,7%).

Причинами акушерских кровотечений явились ДВС-синдром (n=9, что составило 39,1%), который проявился маточным кровотечением чаще после родоразрешения путем кесарева сечения, кровотечением из желудка, пищевода, а также острый эндометрит – у 8 (35%) женщин, несостоятельный шов на матке и гемоперитонеум – у 1 (4,3%), 2 женщинам восполнение кровопотери в родах произведено с помощью реинфузии эритроцитарной массы аппаратом Cell Saver.

При выделении первоначальной основной причины, лежащей в основе септических осложнений, установлено, что ими явились: ОРВИ, грипп, острый трахеобронхит, пневмония (полисептикарная, одно- или двусторонняя), которые имели место у всех 23 умерших женщин (100%). У 4 имел место грипп A/H1N1.

При этом острые респираторные заболевания сочетались с острым (или обострением) пиелонефритом (n=3), вирусным гепатитом (n=1) в результате прямого контакта беременной с больным родственником.

Пациентка срочно переведена в операционную, произведена нижесрединная лапаротомия (16.48-23.44). Обнаружено: в брюшной полости более 2 л крови со сгустками, гематома параметрия, разрыв селезенки длиной 7 см, глубиной 1,5 см, доходящий до ворот селезенки, разрыв брыжейки тонкого кишечника, пропитывание клетчатки кровью вокруг поджелудочной железы, кровоизлияния в большом сальнике, брыжейке и поперечно-ободочной кишке. Произведено кесарево сечение поперечным разрезом. Удален мертвый плод 4100 г, 40 см. После удаления рукой. Справа в области сосудистого пучка имеет место разрыв матки, гематома параметрия больших размеров. Наложены зажимы на кровотокающие сосуды. Учитывая характер повреждений, решено произвести перевязку внутренних подвздошных артерий. Вызван сосудистый хирург... Произведена экстирпация матки, удаление селезенки (разрыв), опорожнение гематомы, доходящей до нижнего края печени, восстановление анатомии, дополнительное сосудов.

Длительность операции 7 часов. Общая кровопотеря более 5 л.

Интенсивная ИТТ в 3 вены, подключичная катетеризация.

Гемодинамика во время операции: АД 60/30 – 70/40 – 45/20 мм рт.ст. ЧСС 130 – 200 – 100 – 90 уд/мин.

Во время операции перелито 18 л жидкости, СЗП, крови и т.д.

Смерть в 0 часов; в реанимации находилась не менее 1 часа.

На основании вскрытия и изучения истории родов заключение: умерла от внутрибрюшного кровотечения из селезенки, разрыва маточной артерии, разрыва матки.

Клинический диагноз: 2 срочные роды. Разрыв матки. Интранатальная смерть плода. Кесарево сечение. Экстирпация матки с правыми придатками. Удаление селезенки. Дренирование брюшной полости. Геморрагический шок III ст.

Патолого-анатомический диагноз:

Основной: Беременность 40 нед. 2 срочные роды (06.03.2013). Лапаротомия. Кесарево сечение. Экстирпация матки с правыми придатками. Интранатальная смерть плода. Перевязка левой подвздошной артерии. Дренирование брюшной полости.

Осложнения: Массивное внутрибрюшное кровотечение из правой маточной связки (?), селезенки. Геморрагический шок. Жидкое состояние крови в полостях сердца и магистральных сосудах. Кровоизлияния в париетальную брюшину, диафрагму. Отек легких. Отек головного мозга.

Основные ошибки:

1. Агрессивно проведены роды у молодой женщины с ОАА, крупным плодом. Без показаний произведена амниотомия и родостимуляция, в результате чего за 4 часа произошло полное открытие маточного зева и головки крупного плода опустилась на тазовое дно. Далее – вторичная слабость потуг.

При анализе медицинских организаций, где завершилась беременность, установлено, что из 62 женщин, умерших после родов (абортов), только у 6 (9,7%) родоразрешение (прерывание беременности) проведено в акушерских стационарах I группы. У большинства женщин беременность завершилась в учреждениях родовспоможения II (27 женщин, т.е. 43,5%) или III (29 женщин, т.е. 46,8%) группы, что исключило необходимость перевода пациенток после родоразрешения в стационар более высокого уровня и свидетельствует о своевременном, в большинстве случаев, направлении беременных женщин в акушерские стационары II-III группы.

Предотвратимым признан только 1 случай смерти (от декомпенсированного врожденного порока сердца), условно предотвратимыми – 25 (29,4%), предотвратимыми – 59 (69,4%).

Второе место в структуре причин материнской смерти в Российской Федерации в 2013 году заняли *акушерские кровотечения*. Показатель материнской смертности от кровотечений составил 2,59 на 100 000 родившихся живыми (в 2012 году – 2,52), т.е. отмечен рост показателя на 2,8% (табл. № 8, рис. № 3).

Показатель материнской смертности от кровотечений в федеральных округах остается нестабильным. В 2013 году сохранилась положительная динамика смертности от кровотечений только в Сибирском федеральном округе (с 3,82 до 1,75 на 100 000 родившихся живыми, т.е. на 54,2%). Снижение смертности от кровотечений также отмечено в Северо-Западном (с 2,99 до 1,19, т.е. на 60,2%) и Приволжском (с 2,53 до 2,28, т.е. на 9,9%) федеральных округах.

Значительный рост материнской смертности от кровотечений зарегистрирован в Северо-Кавказском (с 1,81 в 2012 году до 4,88 в 2013 году, т.е. в 2,7 раза) и Дальневосточном (с 2,29 до 5,76, т.е. в 2,5 раза) федеральных округах. Сохранился рост материнской смертности от кровотечений в Центральном (на 11,2%) и в Уральском (на 40,1%) федеральных округах.

Структура кровотечений, явившихся причиной материнской смерти, в 2013 году изменилась (табл. № 12). На фоне снижения удельного веса смертности от кровотечений вследствие преждевременной отслойки и преждевременной плаценты (с 53,2% в 2011 году и 59,0% в 2012 году до 46,7% в 2013 году), увеличилась доля кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах (с 38,3% в 2011 году и 33,3% в 2012 году до 48,9% в 2013 году).

За период 2011-2013 гг. показатель материнской смертности от кровотечений, обусловленных преждевременной отслойкой и преждевременной плацентой, снизился на 20,1% (с 1,39 на 100 000 родившихся живыми в 2011 году до 1,11 в 2013 году).

Неблагоприятным является рост показателя материнской смертности от кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде на 16% (с 1,00 на 100 000 родившихся живыми в 2011 году до 1,16 в 2013 году).

Таблица № 12

Материнская смертность от кровотечений, 2011-2013 гг.

Причины смерти	2011			2012			2013		
	п	%	показатель*	п	%	показатель*	п	%	показатель*
Преждевременная отслойка и предлежание плаценты	25	53,2	1,39	23	59,0	1,21	21	46,7	1,11
Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде	18	38,3	1,00	13	33,3	0,68	22	48,9	1,16
Прочие причины кровотечений до 22 недель (в 2011 г. – до 28 недель)	4	8,5	0,22	3	7,7	0,16	2	4,4	0,10
Всего	47	100,0	2,61	39	100,0	2,05	45	100,0	2,37

* - на 100 000 родившихся живыми

Необходимо отметить значительный рост материнской смертности от кровотечений вне стационара (с 4 случаев в 2012 году до 11 случаев в 2013 году, в том числе 7 случаев смерти от кровотечений в послеродовом и в послеродовом периоде и 4 случая смерти – вследствие предлежания и преждевременной отслойки плаценты).

Не уменьшилась доля летальных исходов от кровотечений в учрежденных родовспоможения I группы (28,6% в 2012 году, 29,4% в 2013 году). По 12 женщин (35,3%) погибли в акушерских стационарах II и III группы (табл. № 26).

По оценкам экспертов в 10 (22,2%) случаях, в том числе в 7 случаях смерти от кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде, летальный исход можно было предотвратить. К условно предотвратимым отнесены 26 (57,8%) случаев смерти от кровотечений, к непревратимым – 9 (20%).

Третье место в структуре материнской смертности в 2013 году заняла *эмболия околоплодными водами*. Число умерших от эмболии околоплодными водами возросло с 21 в 2012 году до 30 в 2013 году. Показатель материнской смертности увеличился соответственно с 1,10 до 1,58, т.е. на 43,6% (табл. № 8, рис. № 3).

Случаи смерти от эмболии околоплодными водами зарегистрированы во всех федеральных округах, за исключением Северо-Западного федерального округа. Наибольшие показатели материнской смертности от эмболии

Запись патологоанатома: Случай на клинико-анатомической конференции не разобран (!?).

При микроскопическом исследовании удаленного операционного материала обнаружено: истончение передней стенки матки в нижнем сегменте, прорастание стенки матки плацентой на всю глубину, врастание ее в стенку мочевого пузыря. Обнаружены признаки тромбозов мелких ветвей лютеновой артерии. Признаки акушерского шока (травматически-геморрагического) – тромбоз сосудов микроциркуляторного русла, капилляров аденогипофиза с некрозом его части и развитием синдрома Шихана. Непосредственной причиной смерти явился отек головного мозга с дислокацией ствола мозга в большое затылочное отверстие.

Основные ошибки:

1. Не поставлен диагноз «Полное предлежание плаценты. Истинное врастание хориона». Для этого при УЗИ, МРТ, МСКТ следует выявить истончение стенки матки в месте локализации рубца и плаценты. Урологическое обследование для уточнения степени повреждения мочевого пузыря.
2. Не продумана тактика операции (продольный разрез передней брюшной стенки, корпоральный разрез матки, резекция мочевого пузыря, участие хирурга-уролога, реинфузия крови с помощью аппарата Cell Saver).
3. Полная готовность к технически сложной операции. Смерть предотвратима.

4. Трагматичное ведение родов. Неквалифицированно проведенное кесарево сечение.

Пациентка 29 лет. Б 5. Р 2. В анамнезе – 1 развивающаяся беременность, 1 нормальные роды крупным плодом 4200 г, 52 см (ребенок жив, здоров), ручное обследование матки); последующие 2 беременности – развивающиеся.

Настоящая беременность 5-й, протекала без осложнений.

Поступила в роддом 04.03.2013 с предвестниками родов при беременности 40 нед. Крупный плод. OAG. A.

С учетом тенденции к перенашиванию беременности, дежурным врачом в 11 часов произведена амниотомия и родовозбуждение путем в/в введения 5 ЕД окситоцина. Развилась активная родовая деятельность с 12.00.

В 13.00 схватки через 3 мин по 40 сек. Открытие маточного зева 6 см. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз.

В 16.00 начались потуги. Головка плода на тазовом дне, далее не продвигается. В 16.30 в связи с изменением сердцебиения плода произведена неудачная попытка вакуум-экстракции плода аппаратом KIW. Через 10 мин состояние роженицы резко ухудшилось. Поблизости А.Д 90/40 мм рт.ст. Пульс 110 уд/мин. Жалуются на боли в животе (применили прием Кристеллера – выдавливания плода?). Заподозрено внутрибрюшное кровотечение.

рецидивирующим кольпитом, дисбиозом влагалища. После 20 нед беременности обнаружено центральное предлежание плаценты.

Наблюдение в ЖК неудовлетворительное. Несмотря на выявленное при УЗИ центральное предлежание плаценты по передней стенке матки, не проведено прицельное исследование на возможность истинного приращения плаценты. Своевременно не направлена в стационар III уровня, поскольку возможно прорастание хориона через истонченный нижний сегмент матки в окружающие ткани, в том числе мочевой пузырь. В стационар поступила с кровянистыми выделениями из половых путей в небольшом количестве.

В стационаре также не оценили риск возможной плацента асете и не провели необходимых дополнительных обследований для уточнения диагноза. А также не провели обсуждения техники родоразрешения, участия уролога, сосудистого хирурга в операции кесарева сечения, применение новых технологий по кровосбережению (Cell Saver, аутоплазмодонорство и др.).

Кроме того, операцию кесарева сечения провели не в плановом порядке, а отсрочили на сутки, несмотря на продолжающиеся кровянистые выделения. Заключение перед операцией: «Учитывая срок недоношенной беременности, отсутствие УЗИ-признаков отслойки центрально расположенной плаценты, стабильную гемодинамику, принято решение о пролонгировании беременности».

На следующий день кровотечение усилилось и операция родоразрешения проведена в экстренном порядке. Во время операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом извлечено плода с оценкой по Апгар 2-3 балла. Плаценту отделить не удалось. Выявлено прорастание ворсин хориона через всю толщу матки, предпузырную клетчатку, стенку мочевого пузыря. Операция сопровождалась массивной кровопотерей, ДВС-синдромом.

В результате в течение 36 часов произвели: 3 вхождения в брюшную полость (лапаротомия, две релапаротомии) и следующие операции:

- кесарево сечение,
- экстирпация матки без придатков,
- ушивание стенки мочевого пузыря,
- цистотомия,
- коагуляционный и хирургический гемостаз мочевого пузыря,
- тампонада мочевого пузыря,
- перевязка внутренних подвздошных артерий,
- резекция мочевого пузыря,
- удаление придатков матки с обеих сторон,
- повторное дренирование брюшной полости и малого таза.

Оперативное родоразрешение осложнилось геморрагическим травматическим шоком, массивным тромбозом микроциркуляторного русла. Далее – отек мозга с дислокацией ствола мозга в большое затылочное отверстие. Летальный исход.

околоплодными водами отмечены в Дальневосточном (2,30 на 100 000 родившихся живыми), Уральском (2,18) и Приволжском (2,02) федеральных округах (табл. № 11).

Из 30 женщин, умерших вследствие эмболии околоплодными водами, 27 погибли в послеродовом периоде, 2 – во время родов и одна – во время беременности от массивной эмболии околоплодными водами на фоне преждевременной отслойки низко расположенной плаценты.

Распределение умерших женщин по уровню акушерского стационара в 2013 году практически не изменилось (табл. № 26). Как и в 2012 году, большинство женщин погибли в акушерских стационарах II группы (52,4% в 2012 году, 51,7% в 2013 году). В учреждениях родовспоможения I группы погибли 9 женщин, т.е. 31,0% (в 2012 году – 28,6%), в акушерских стационарах III группы – 5, т.е. 17,2% (в 2012 году – 19,0%).

Непредотвратимыми признаны 26 (86,7%) случаев смерти, условно предотвратимыми – 4 (13,3%).

В 2013 году сохранилась положительная динамика смертности от *септических осложнений* после родов и абортот. Показатель материнской смертности снизился с 1,47 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 1,21 в 2013 году (на 17,7%). Доля септических осложнений в структуре материнской смертности уменьшилась с 11,1% в 2012 году до 9,4% в 2013 году (табл. № 9).

Несмотря на сохраняющиеся в течение последних трех лет снижение материнской смертности от сепсиса в целом по Российской Федерации, показатель материнской смертности от септических осложнений в федеральных округах нестабильный. После повышения в 2012 году достигнутого снижения в 2013 году показатель материнской смертности от сепсиса в Центральном (на 33,1%), Уральском (на 75,1%) и Южном (на 85,8%) федеральных округах.

В то же время продолжился рост материнской смертности от сепсиса в Северо-Кавказском федеральном округе (на 51,5% к уровню 2012 года). В Северо-Западном федеральном округе показатель увеличился с 0 в 2012 году до 2,39 на 100 000 родившихся живыми в 2013 году.

В 2013 году от септических осложнений всего погибли 23 женщины, из них 8 – от сепсиса после прерывания беременности в сроке до 22 недель и 15 – от послеродового сепсиса.

Из 8 случаев смерти от сепсиса после аборта, в 7 случаях прерывание беременности произошло в 17-20 недель.

Уменьшилось число случаев смерти женщин от септических осложнений после самопроизвольного прерывания беременности (с 6 случаев в 2012 году до 3 случаев в 2013 году), после неуточненного (с 5 до 3 случаев) и криминального (с 3 до 2 случаев) аборта.

В 2013 году уменьшилось число случаев смерти от сепсиса после кесарева сечения (с 8 случаев в 2012 году до 3 случаев в 2013 году).

Неблагоприятным является рост доли женщин, умерших от сепсиса, в условиях ЦРБ (с 22,2% в 2012 году до 31,8% в 2013 году).

Из 23 случаев смерти от септических осложнений предотвратимыми признаны только 2, предотвратимыми – 9, условно предотвратимыми – 12.

Показатель материнской смертности от *преэклампсии* и *эклампсии* в 2013 году снизился незначительно – с 1,26 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 1,21 в 2013 году, т.е. на 4,0% (табл. № 8, рис. № 3).

Случаи смерти от преэклампсии и эклампсии не зарегистрированы только в Уральском федеральном округе. Положительная динамика показателя материнской смертности от гипертензивных расстройств, вызванных беременностью, в 2013 году сохранилась в Приволжском (снижение показателя 66,4% к уровню 2012 года) и Уральском федеральных округах.

По сравнению с 2012 годом, показатель материнской смертности от преэклампсии и эклампсии увеличился в Центральном (на 133,8%), Северо-Кавказском (на 52,5%) и Южном (на 33,7%) федеральных округах.

Клинические проявлениями во время беременности явились преэклампсия и эклампсия – 15 случаев (65,2%), отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства – 8 (34,8%). В структуре тяжелых осложнений, закончившихся летальным исходом, отмечена высокая доля эклампсии (34,8%), острой печеночной недостаточности, острого жирового гепатоза, HELLP-синдрома (34,8%), коагулопатических кровотечений (30,4%).

Частота кесарева сечения составила 78,3%, гистерэктомии – 34,8%.

Из 23 женщин, погибших от преэклампсии и эклампсии, 22 умерли в стационаре. Несмотря на увеличение удельного веса умерших от преэклампсии и эклампсии в акушерских стационарах III группы (с 52,5% в 2012 году до 63,6% в 2013 году), неблагоприятным является рост доли умерших в акушерских стационарах I группы (соответственно с 13,0% до 31,8%).

Анализ случаев смерти 7 женщин, погибших в условиях центральных районных больниц, свидетельствует о наличии во всех случаях длительно текущей гестационной артериальной гипертензии (или преэклампсии) на фоне экстрагенитальных заболеваний (болезней сердечно-сосудистой системы, болезней почек, эндокринной системы), что явилось основанием для перевода женщин в акушерские стационары III группы. Отсутствие своевременного направления пациенток в учреждение родовспоможения III группы не позволило предотвратить случаи смерти этих женщин вследствие нарушения функций центральной нервной системы в результате кровоизлияния в мозг, эклампсии, нарушения функции печени (HELLP-синдромом), ДВС синдрома.

Подводящее большинство (78,3%) случаев смерти от преэклампсии и эклампсии расценены как предотвратимые и условно предотвратимые.

пациенты в течение почти 8 часов (!) пребывания в роддоме не производят кесарево сечение (?), которое в данной ситуации – метод спасения матери и плода.

2. Рекомендации перинатального центра – провести предварительно гемостатическую терапию и профилактику РДС дексаметазоном неправильно. С учетом анамнеза (2 рубца на матке), порока развития матки, небольшого веса пациентки (58 кг), продолжающегося кровотечение приведет только к ухудшению состояния пациентки – геморрагическому шоку, антенатальной смерти плода и неблагоприятному исходу.

3. Кесарево сечение произведено не только с недопустимым опозданием, но и не квалифицировано. Если плацента отделилась с трудом, расположена по рубцу на матке в нижнем сегменте, следовало заподозрить истинное вращение пациентки, произвести операцию удаления матки, но не удалить из брюшной полости при неостановленном кровотечении (!).

4. Привлеченная бригада из ЦП неправильно оценила акушерскую ситуацию: неостановленное кровотечение, риск истинного вращения ворсин плаценты в стенку матки, особенности операции кесарева сечения (плацента отделилась с трудом, располагалась по рубцу, атония нижнего сегмента).

5. Вместо релaparотомии и экстирпации матки принято решение о транспортировке – неадекватной пациентки с неостановленным кровотечением в ЦП, что недопустимо (!).

6. В ЦП операцию релaparотомии сделали не в первые 30 мин, а спустя 3 часа (!). Пациентка погибла практически на операционном столе.

7. На релaparотомии подтверждено неостановленное при кесаревом сечении кровотечение: швы были несостоятельны, матка наполнена жидкой кровью и рыхлыми сгустками, обнаружен нелигированный кровотокающий сосуд (восходящая ветвь маточной артерии), наличие большой гематомы в параметрии.

8. ЖК своевременно не направила пациентку высокого риска с осложненным течением беременности в ЦП, когда повторно возникла угроза преждевременных родов, рубцы на матке, подозрение на локализацию пациентки на рубце.

9. Лекарственные препараты (йодомарин, эссенциале, пренатал форте) отношения к выявленной патологии не имели (!).

Смерть предотвратима.

3. Врачебные ошибки: своевременно не диагностировано истинное приращение плаценты. Неправильно сделанная операция. Четыре повторных чревосечения. Травматический-геморрагический шок.

Пациентка 32 года. В анамнезе – кесарево сечение, варикозное расширение вен таза и нижних конечностей. Наслоившая беременность протекала с угрозой прерывания, плацентарной недостаточностью,

Лечение продолжено в амбулаторных условиях – йодомарин, канефрон, эссенциале, витрум пренатал, инъекции $MgSO_4$ 25%-5 мл в/м №10.

Маточное кровотечение началось внезапно, ночью. АД 140/90 мм рт.ст. В стационаре в/м введен $MgSO_4$ 25%-5 мл (?) с целью уменьшения тонуса матки. Консультация по телефону со специалистами перинатального центра (ПЦ), рекомендации провести гемостатическую терапию, а также ввести дексаметазон для профилактики РСД плода. Далее по санавиации перевести пациентку в ПЦ.

С 1.50 до 9.45 – кровотечение продолжалось (в течение 7 часов). «Состояние пациентки оставалось относительно удовлетворительным (?). До операции кесарева сечения общая кровопотеря оценена в 1500 мл. Введено: 3 л жидкости (рефортан, СЗП, физ. р-р, этамзилат).

В 10.42 – кесарево сечение. Извлечен мальчик 1430 г, 35 см, с оценкой по Апгар 2 балла, умер.

В 12 час – прибыли специалисты из перинатального центра.

12.30 08.08.2013 – состояние в послеоперационном периоде тяжелое. Гемодинамика нестабильная с тенденцией к гипотонии. В/в капельно вводят допамин 4-6 мкг/мин. АД 90/60 – 80/40 мм рт.ст. Пульс 140-120 уд/мин. Диурез снижен (за 10 часов 300 мл). Кожные покровы бледные, цианотичные, холодные на ощупь. Диагноз: Преждевременные оперативные роды в 29-30 нед беременности. ОАА. 3 рубца на матке. Преждевременная отслойка низко расположенной плаценты. Геморрагический шок II ст. Острая анемия. Состояние после кесарева сечения.

Особенности операции: в брюшной полости – спаечный процесс. Плацента отделилась с трудом. Отмечалась повышенная кровопотеря из нижнего сегмента. Плацента находилась в области рубца.

Решено пациентку по санавиации перевести в ПЦ.

09.08.2013 в 1.50 доставлена в ПЦ по санавиации. Состояние крайне тяжелое. Маточное кровотечение продолжается. Общая кровопотеря около 3 л. Перелито 6 л жидкости.

В 17.20 – релапаротомия. Обнаружено: удвоение матки, несостоятельность швов после 3-го кесарева сечения. Из матки удалено около 700 мл крови с рыхлыми сгустками. В параметрии обнаружен кровотокающий сосуд (восходящая ветвь маточной артерии), гематома больших размеров. Произведена экстирпация матки без придатков, перевязка внутренних подвздошных артерий. Общая кровопотеря около 5000 мл.

Несмотря на интенсивную инфузионно – трансфузионную терапию, пациентка умерла через 5 часов (19.40).

На разрезе матки в области плацентарной площадки имеют место участки вращаения ворсин хориона 3x4 и 4x6 см.

Основные ошибки:

1. При наличии продолжающегося маточного кровотечения при беременности 29-30 нед, подозрение на преждевременную отслойку низко расположенной

От *тромбозов легочной артерии* в 2013 году умерли 12 (4,9%) женщин (в 2012 году – 14, т.е. 5,6%). Показатель материнской смертности от тромбозов легочной артерии снизился с 0,74 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 0,63 в 2013 году, т.е. на 14,9% (табл. № 8, рис. № 3).

В 2013 году не зарегистрированы случаи смерти от тромбозов легочной артерии в Сибирском федеральном округе.

Наибольший показатель материнской смертности от тромбозов легочной артерии имел место в Северо-Кавказском (1,22 на 100 000 родившихся живыми), Северо-Западном (1,19) и Дальневосточном (1,15) федеральных округах.

В двух случаях тромбозов легочной артерии развилась в послеродовом периоде у женщин, беременность у которых наступила в результате экстракорпорального оплодотворения.

Из 10 женщин, умерших от тромбозов легочной артерии в стационаре (табл. № 2б), 4 женщины погибли в акушерских стационарах I группы (в 2012 году – 3), 2 – в стационарах II группы (в 2012 году – 6) и 4 – в учреждениях родовспоможения III группы (в 2012 году – 3).

Непредотвратимыми признаны 8 (66,7%) случаев смерти, условно предотвратимыми – 4 (33,3%).

В 2013 году продолжилось снижение материнской смертности от *осложнений анестезиологического пособия*. Показатель материнской смертности снизился на 28,4% (с 0,74 на 100 000 родившихся живыми в 2012 году до 0,53 в 2013 году), число случаев смерти уменьшилось с 14 до 10 (табл. № 8, рис. № 3).

Случаи материнской смерти от осложнений анестезии не зарегистрированы в Северо-Западном, Южном и Дальневосточном федеральных округах.

Максимальный показатель материнской смертности от осложнений анестезии отмечен в Сибирском федеральном округе (1,40 на 100 000 родившихся живыми), минимальный – в Приволжском федеральном округе (0,25 на 100 000 родившихся живыми).

Основными причинами материнской смерти от осложнений анестезиологических пособий и реанимационных мероприятий в 2013 году явились осложнения эпидуральной анестезии и анафилактический шок на препараты для анестезии (табл. № 13).

Не зарегистрированы случаи смерти от осложнений интубации и осложнений катетеризации подключичных вен.

Причины материнской смерти от осложнений анестезиологических пособий и реанимационных мероприятий, 2011-2013 гг.

Причины смерти	2011	2012	2013
Всего	15	14	10
в том числе:			
- аспирационный синдром	4	-	2
- осложнения интубации	3	2	-
- осложнения эпидуральной анестезии	1	4	4
- анафилактический шок на анестетики	4	3	3
- осложнения катеризации подключичных вен	1	4	-
- прочие причины	2	1	1

Из 10 женщин, умерших от осложнений анестезии, 4 погибли в послеродовом периоде, 3 – во время родов, 2 – после артериального аборта в сроке 5-6 недель, 1 – при попытке искусственного прерывания беременности в сроке 21-22 недели по поводу врожденного порока развития плода.

Необходимо отметить увеличение в 2013 году числа летальных исходов от осложнений анестезиологических пособий и реанимационных мероприятий в акушерских стационарах I группы (с 2 случаев в 2012 году до 6 случаев в 2013 году) при одновременном снижении числа случаев материнской смерти в акушерских стационарах II (с 6 до 3 случаев) и III (с 6 до 1 случая) группы (табл. № 26).

Причинами смерти в учрежденных родовспоможения I группы явились все случаи осложнений эпидуральной анестезии (4 случая), анафилактический шок на анестетики (1 случай) и аспирационный синдром (1 случай).

Все случаи смерти в акушерских стационарах I группы признаны предотвратимыми и условно предотвратимыми.

В 2013 году отмечен значительный рост смертности от *разрыва матки* (с 3 случаев в 2012 году до 9 в 2013 году); показатель материнской смертности повысился с 0,16 на 100 000 родившихся живыми до 0,48 (в 3 раза) соответственно.

В 5 случаях спонтанный разрыв матки произошел во время беременности в сроках 21-37 недель по рубцу и в 4 случаях – в родах.

Две пациентки погибли от разрыва матки вне лечебного учреждения, 3 – в акушерских стационарах I группы, 3 – в акушерских стационарах II группы и 1 – в стационаре III группы.

Предотвратимыми признаны 2 случая смерти, условно предотвратимыми – 5, предотвратимыми – 2.

не квалифицированно проведена дифференциальная диагностика «острого живота» и развившегося шока.

3. Не исключено, что столь длительное пребывание пациентки (более 6 недель) перед родами в родовом отделении, тенденции к перенашиванию беременности явились поводом к родостимулирующей терапии. При родовом излитии околоплодных вод шейка матки была «стлажена», открытие маточного зева 4 см. Для таких структурных изменений при доношенной беременности необходима родовая деятельность не менее 4-5 часов.

4. Консервативное наблюдение при геморагически-травматическом шоке в течение 3,5 часов и запоздалая операция ассоциируются с недостаточной квалификацией врачей роддома, с необъективным описанием клинической картины, неумением правильно ее интерпретировать, отсутствием мониторинга лабораторных и гемостазиологических показателей.

5. При первой лапаротомии, массивной кровопотере (более 4,5 – 5 л), развившемся ДВС-синдроме произошли не экстирпация, а надвлагалищную ампутацию матки. Далее – кровотоечение продолжалось из культи шейки матки (ДВС-синдром!). В 13.45 пришлось прозвестить релаксацию для остановки кровотечения.

6. Не квалифицированная медлиническая помощь, нераспознанный разрыв матки, запоздалая операция, длительное пребывание в состоянии геморагического шока, неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия привели к острой анемии, постеморальной энцефалопатии, отеку мозга, полиорганной недостаточности, гнойно-септическим осложнениям (гнойный перитонит, трахеобронхит и т.д.). Через 2 нед пациентка умерла. Смерть предотвратима.

2. Неквалифицированная помощь.

Пациентка 40 лет. Б 7, Р 3 (из низ 2 кесаревых сечений), 4 самопроизвольных выкидыша. Рост 156 см. Вес 58 кг.

В родильный дом поступила с направительным диагнозом: Беременность 29-30 нед. Маточное кровоотечение. 2 рубца на матке. Подозрение на преждевременную отслойку плаценты.

На учете в ЖК с 11 нед, посещала регулярно. Обследована.

В 21-22 нед беременности находилась на лечении в стационаре по поводу угрозы позднего выкидыша. Получала йодомарин, эссенциале, канефрон (цистит), инъекции MgSO₄ 25%-5 мл в/м №10.

В 25-26 нед – повторная госпитализация с угрозой преждевременных родов. Диагноз: Аномалия развития матки. Удвоение шейки матки. Миома матки. 2 рубца после кесарева сечения. Поздний репродуктивный период (40 лет). Хрон. цистит. На УЗИ – преждевременное созревание плаценты.

Проводилась подготовка к родам. 20.06.2013 в 5.50 излились околоплодные воды – светлые. Родовой деятельности нет. При осмотре шейки матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагноз: Беременность 40 нед. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

При подготовке к переводу в родовой блок после очистительной клизмы состояние женщины резко ухудшилось (6.10). АД 40/0 мм рт.ст. Пульс нитевидный. Произведена интубация и ИВЛ. Заподозрена тромбоэмболия легочной артерии. Проводилась интенсивная терапия. Однако при наблюдении в течение 3-3,5 часов АД 40/0 мм рт.ст., выявлена прогрессирующая острая анемия. Геморрагический шок III-IV ст. Сердцебиение плода отсутствует. № 27 г/л.

Через 3 ч 30 мин (в 9.30) произведена лапаротомия. На операции обнаружен неполный разрыв матки по левому ребру. Разрыв прикрыт плотной спайкой между маткой и сигмовидной кишкой. Плод мертвый. Вся предпузырная клетчатка и брюшина имbibированы кровью, огромная гематома в месте разрыва матки, содержащая до 4,5 л крови (!).

Произведена экстирпация матки без придатков. Продолжается интенсивная ИТТ (СЗП, препараты крови, крахмала, фибринолитики).

В 10.50 – релапаротомия, перевязка внутренних подвздошных артерий. После операции – кровотечение из половых путей продолжалось. В 13.45 произведена повторная релапаротомия, резизия, кровотечение имеет диффузный характер (ДВС), кровотечение удалось остановить.

В послеоперационном периоде: Острая анемия. Геморрагический шок. Отек мозга. Кома. Постгеморрагическая энцефалопатия. Перитонит.

Повторная лапаротомия 30.06.2013. Промывание брюшной полости. Дренажирование. Далее – полиорганная недостаточность, анурия (креатинин 279 ммоль/л).

08.07.2013 – летальный исход.

Основные ошибки:

1. Пациентка имела факторы высокого риска: в анамнезе преждевременные роды, ребенок умер, 2 самопроизвольных выкидыша, которые осложнились поздним кровотечением, осложненное течение настоящей беременности (почти постоянная угроза прерывания).
2. Несмотря на неоднократную госпитализацию, длительное родовое пребывание в стационаре с 07.05 по 20.06 в течение более 6 недель (!), произошел нераспознанный самопроизвольный разрыв матки, смерть женщины и плода, что свидетельствует о недостаточном наблюдении, обследовании и неправильной диагностике остро развившейся картины острого живота. Клиническая картина тромбоэмболии легочной артерии не совпадает с картиной травматически-геморрагического шока. По-видимому,

2.1 Материнская смертность после внематочной беременности

После внематочной беременности в 2013 году умерли 4 женщины (в 2012 году - 12); показатель материнской смертности снизился с 0,63 на 100 000 родившихся живыми до 0,21 (в 3 раза).

Во всех случаях причиной смерти явилась массивная кровопотеря.

Вне стационара умерли 2 женщины, в условиях центральной районной больницы – 1, в городской больнице – 1.

Из 4 случаев смерти 3 признаны предотвратимыми, 1 - условно предотвратимым.

2.2 Материнская смертность после прерывания беременности в сроке до 22 недель (после абортов)

В 2013 году сохранилась положительная динамика абортот в Российской Федерации. По данным Минздрава России общее число абортот снизилось с 935 509 в 2012 году до 881 377 в 2013 году (на 5,8%).

Показатель абортот на 1000 женщин фертильного возраста уменьшился на 5,0%, а показатель абортот на 100 родившихся живыми и мертвыми – на 5,6% (табл. № 14).

Таблица № 14

Динамика абортот в Российской Федерации
(по данным Минздрава России)

	2009	2010	2011	2012	2013
Общее число абортот (тыс.)	1 161,7	1 054,8	989,4	935,5	881,4
Показатель на 1 000 женщин фертильного возраста	30,5	28,2	26,7	25,8	24,5
Показатель на 100 родившихся живыми и мертвыми	66,7	59,7	55,9	49,7	46,9

Число летальных исходов после прерывания беременности сократилось с 36 случаев в 2012 году до 26 – в 2013 году; показатель материнской смертности после абортот уменьшился соответственно с 1,89 на 100 000 родившихся живыми до 1,37 (на 27,5%); удельный вес абортот в структуре материнской смертности снизился с 14,3% до 10,7% (табл. № 7).

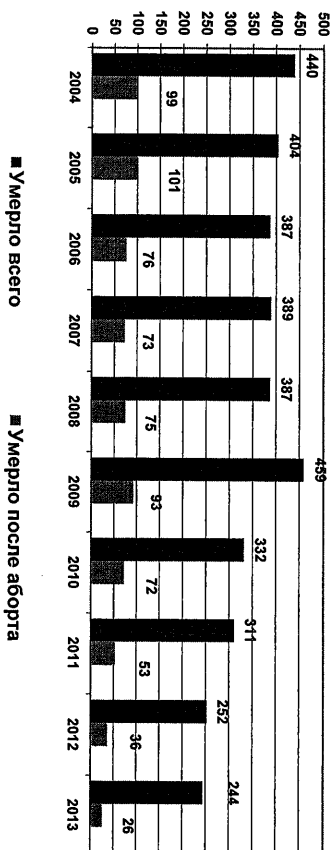


Рис. № 4. Число случаев материнской смерти, в том числе после абортов, в Российской Федерации, 2004-2013 гг.

В 2013 году не зарегистрированы случаи материнской смерти после абортов в Дальневосточном федеральном округе (табл. № 15). В 4 раза уменьшился показатель материнской смертности после прерывания беременности в Южном и Уральском федеральных округах. Кроме того, отмечена положительная динамика материнской смертности после абортов в Северо-Западном (на 50,2%) и Приволжском (на 24,8%) федеральных округах.

В то же время рост показателя материнской смертности после абортов зафиксирован в Центральном (на 43,4%) и Сибирском (на 25,9%) федеральных округах (табл. № 15).

Таблица № 15

Материнская смертность после прерывания беременности в федеральных округах, 2012-2013 гг.

Федеральные округа	2012			2013			Показатель материнской смертности после абортов (на 100 000 род. живыми)	2012	2013
	Всего (n)	В том числе после абортов (до 22 недель)		Всего (n)	В том числе после абортов (до 22 недель)				
		n	% от всех умерших		n	% от всех умерших			
Центральный	63	7	11,1	65	10	15,4	1,59	2,28	
Северо-Западный	28	4	14,3	25	2	8,0	2,39	1,19	
Южный	27	4	14,8	17	1	5,9	2,29	0,57	
Северо-Кавказский	26	3	11,5	30	3	10,0	1,81	1,83	
Приволжский	39	4	10,3	37	3	8,1	1,01	0,76	
Уральский	22	8	36,4	21	2	9,5	4,35	1,09	
Сибирский	36	4	11,1	34	5	14,7	1,39	1,75	
Дальневосточный	11	2	18,2	15	-	-	2,29	-	
Российская Федерация	252	36	14,3	244	26	10,7	1,89	1,37	

- попытка длительного консервативного лечения гипотонии матки, несмотря на репидирующее или продолжающееся кровотечение (в течение от 3,5 до 9 (!) часов);
- запоздалое и неадекватное возмещение кровопотери. Так при кровопотере около 2 л введены только кристаллоидные растворы, тогда как должны быть перелиты коллоиды, СЗЦ, эритроцитарная масса и др. Через 3 часа после остановки кровотечения НЬ 16 г/л, Нт 11%, эритроциты $1,2 \times 10^{12}/л$; единичные случаи (n=2) использования новых технологий в предупреждении и лечении акушерских кровотечений у беременных группы риска аутоплазмотрансфузии, интраоперационной реинфузии эритроцитов для восстановления глобулярного объема при кесаревом сечении;
- имеют место случаи, когда существует запись в истории родов «в роддоме нет эритроцитарной массы», а также «... вызваны специалисты из перинатального центра по санавиации для оперативного лечения, до их приезда рекомендована гемостатическая терапия». Часы ожидания составляют 9 часов у пациентки с преждевременной отслойкой плаценты. Далее – геморрагический шок II-III ст.;
- в ряде наблюдений гистерэктомию, как окончательный этап остановки маточного кровотечения носит запоздалый характер (операция на фоне ДВС-синдрома, геморрагического шока);
- плохо собран анамнез (у пациентки – стромальный эндометриоз, на фоне которого – слабость родовой деятельности, гипотоническое кровотечение);
- в ЖК при наличии факторов риска по развитию акушерского кровотечения не проводят исследование системы гемостаза. Применяют лекарственные средства (йодомарин, эссенциале, витрум пренатал, MgSO₄ 25%-5,0 мл в/м и др) без указаний на их необходимость и обоснованность. Предотвратимость материнской смертности от кровотечений по данным аудита составила 80%.

Примеры врачебных ошибок.

1. Врачебные ошибки: нераспознанный разрыв матки; запоздалая операция лапаротомии, по-видимому применены родоразрешающие.

Пациентка 29 лет. В 3. Р. 2. В анамнезе 1 преждевременные роды (ребенок умер) и 2 самопроизвольные выкидыша (все с поздним кровотечением).

Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания. Трижды лежала в стационаре – проводили сохраняющую терапию. На учете в ЖК с 13 нед беременности.

Поступила на родоразрешение 07.05.2013 г, где находилась до 20.06.2013 г. Выявлена умеренно выраженная анемия (НЬ 107 г/л). Срок беременности 38 нед. Головное предлежание. ОАД (привычное невынашивание).

экстирпация и надвлагалищная ампуляция произведены у 8 (40%); перевязка внутренних подвздошных артерий – у 6 (30%); гемостатические швы на матку – у 7 (35%).

После ряда попыток остановить кровотечение хирургическими методами (гемостатические швы на матку, перевязка маточных и магистральных сосудов, введение сокращающих матку средств и интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия), со значительным опозданием приступали к удалению матки. В 2010 году гистерэктомия выполнена у каждой второй (53,7%), погибшей от кровотечения, в 2013 году – у 40%.

Следует отметить возрастание частоты родоразрешения путем кесарева сечения, которое в группе анализируемых погибших от кровотечения составило 80% (1).

Имеют место случаи, когда у женщины 26 лет в анамнезе имелось уже 2-3 рубца на матке.

Родоразрешение через естественные родовые пути имело место у 4 (20%).

Показания к кесареву сечению:

- рубец на матке (8),
- клинически узкий таз (4),
- слабость родовой деятельности (5),
- миома, аденомиоз (3),
- дородовое излитие околоплодных вод (3),
- выраженное ожирение (7),
- сочетание перечисленных причин (12).

Дети:

Родился 21 ребенок (одна двойня).

Доношенных – 13 (65%).

Недоношенных – 7 (35%).

Мертворожденных – 8 (40%).

Основная причина смерти:

Острая постгеморрагическая анемия – 20 (100%)

Отек головного мозга (постгипоксическая энцефалопатия) – 11 (55%)

Полиорганная недостаточность – 12 (60%)

Основные врачебные ошибки:

1. агрессивное ведение родов (чрезмерное расширение показаний к кесареву сечению, родовозбуждение, родостимуляция);
2. отсутствие прогнозирования и диагностики тяжелых осложнений при родоразрешении (возможность истинного вращающегося плаценты при ее локализации по рубцу после кесарева сечения);
3. ошибки при кесаревом сечении (незащитный угол разреза матки, продленный в разрыв, повреждение мочевого пузыря, сосудов брыжейки, селезенки, наличие гематом, пропитанных кровью);

Анализ структуры абортот, явившихся причиной материнской смерти в 2013 году, показал, что в 2013 году уменьшилось число случаев смерти после самопроизвольных абортов (с 13 в 2012 году до 8 в 2013 году), после прерывания беременности по медицинским показаниям (с 14 до 9 случаев соответственно), после криминальных (с 4 до 2 случаев) и внебольничных неутонченных (с 5 до 4 случаев) абортов (табл. № 16).

Вместе с тем, вновь зарегистрировано 3 случая смерти после медицинских легальных (артифициальных) абортов.

Таблица № 16

Структура абортов среди умерших после прерывания беременности, 2012-2013 гг.

Структура абортов	2012		2013	
	п	%	п	%
Самопроизвольные	13	36,1	8	30,8
Медицинские легальные (артифициальные)	-	-	3	11,5
Медицинские по медицинским показаниям	14	38,9	9	34,6
Криминальные	4	11,1	2	7,7
Внебольничные неутонченные	5	13,9	4	15,4
Всего	36	100,0	26	100,0

Основными причинами смерти женщин после прерывания беременности, как и в 2012 году (табл. № 17), явились экстрагенитальные заболевания (38,5%) и септические осложнения (30,8%).

Таблица № 17

Причины материнской смерти после прерывания беременности, 2012-2013 гг.

Основные причины материнской смерти	2012		2013	
	п	%	п	%
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	1	2,8	-	-
Кровотечения	3	8,3	2	7,7
Сепсис	14	38,9	8	30,8
Экстрагенитальные заболевания	14	38,9	10	38,5
Осложнения анестезии	2	5,5	2	7,7
Воздушная эмболия	1	2,8	-	-
Эмболия околоплодными водами	-	-	-	-
Тромбоз эмболии легочной артерии	1	2,8	1	3,8
Разрыв и перфорация матки	-	-	1	3,8
Прочие	-	-	2	7,7
Всего	36	100,0	26	100,0

Уменьшение числа случаев материнской смерти после аборт в 2013 году произошло за счет сокращения летальных исходов после прерывания беременности в поздние сроки (12-21 неделя) – с 29 случаев в 2012 году до 19 – в 2013 году. Число умерших после абортов до 12 недель не изменилось (табл. № 18).

Таблица № 18

Структура абортов среди умерших после прерывания беременности в зависимости от срока беременности (n), 2012-2013 гг.

Структура абортов	до 12 недель		12-21 неделя		Всего	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Самопроизвольные	2	-	11	8	13	8
Медицинские летальные	-	3	-	-	-	3
(артифициальные)						
Медицинские по медицинским показаниям	4	2	10	7	14	9
Криминальные	-	-	4	2	4	2
Внебольничные	1	2	4	2	5	4
неуточненные						
Всего	7	7	29	19	36	26

Основными причинами летальных исходов после прерывания беременности в поздние сроки в 2013 году (табл. № 19), как и в 2012 году, явились экстрагенитальные заболевания (8 случаев) и сепсис (7 случаев).

По одному случаю смерти в сроки 12-21 недели зарегистрировано от массивного кровотечения при самопроизвольном аборте, разрыва матки по рубцу, рвоты беременных тяжелой степени и осложнения интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия (табл. № 19).

Таблица № 19

Причины материнской смерти после прерывания беременности в зависимости от срока беременности, 2012-2013 гг.

Основные причины	до 12 недель		12-21 неделя		Всего	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Материнской смерти						
Отеки, протениурия, гипертензивные расстройства	-	-	1	-	1	-
Кровотечения	2	1	1	1	3	2
Сепсис	1	1	13	7	14	8
Экстрагенитальные заболевания	3	2	11	8	14	10

6.3 Материнская смертность от акушерских кровотечений

На аудит представлено 20 историй родов и 11 амбулаторных карт наблюдений в ЖК женщин, погибших от акушерских кровотечений в 2013 году.

Средний возраст $32,4 \pm 1,7$ лет, преобладали повторнородящие (75%) с отпущенным анамнезом (аборт, самопроизвольные выкидыши, ручное вхождение в матку и кровотечение в предыдущих родах, воспалительные заболевания матки и придатков).

Основной причиной массивной кровопотери явились:

- Преждевременная отслойка плаценты (n=5, 25%);
- Предлежание плаценты (n=3, 15%), из них истинное вращение плаценты в стенку матки и мочевого пузыря – 2 случая;
- Гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде (n=7, 35%);
- Разрыв матки (n=5, 25%)

Таким образом, наиболее частой причиной материнской смертности от акушерских кровотечений является кровотечение в послеродовом периоде, обусловленное гипо- и атонией матки. У каждой четвертой основной причиной смерти явились преждевременная отслойка плаценты (25%), разрыв матки (25%). Предлежание плаценты имело место у 15%.

Объем кровопотери составил:

- у 2 женщин (10%) в пределах 3500 мл;
- у 8 (40%) – 3600 – 4000 мл;
- у 10 (50%) – более 4000 мл.

Объем кровопотери (свыше 35%, ОПК) свидетельствует о том, что имело место тяжелое (IV степень тяжести) кровотечение сочетанного характера (гипотоническое и коагулопатическое).

У 12 из 20 (60%) развились ДВС-синдром, о чем свидетельствуют замечания, что вытекающая кровь не свертывается или образуются рыхлые, легко распадающиеся сгустки. Диагноз у большинства подтвержден гемостазиограммами.

У 17 (85%) диагностирован геморрагический шок II-IV степени, из которого вывести пациенток не удалось.

У четырех рожениц геморрагический шок сочетался с травматическим (обширный разрыв матки, применение приема Крестеллера в родах, четыре лапаротомии в течение суток при истинном вращении ворсин плаценты в стенку мочевого пузыря, транспортировка пациентки с неостановленным кровотечением из ЦРБ в перинатальный центр).

Массивные кровотечения чаще возникали при родоразрешении путем кесарева сечения, что отмечено у 16 женщин (80%).

Релапаротомия по поводу неостановленного или рецидивирующего кровотечения произведена у 5 женщин, у 3 из 16 – в первые 1-3 часа после кесарева сечения, что составило 50% (!) оперированных. Из 20 пациенток

АД повысилось до 210/100 мм рт.ст. (стресс!). Госпитализирована повторно в роддом. При поступлении жалоб не предъявляет. Пастозность голеней. В моче – следы белка. АД 130/80 – 120/70 – 110/70 – 140/90 мм рт.ст.

Диагноз: Беременность 31-32 нед. Головное предлежание. Угроза преждевременных родов. Гестоз второй половины беременности. Нейроциркуляторная дистония. Дисфункция плаценты. СЗРП на 2 нед по данным фетометрии. Отеки беременных. Артериальная гипертензия.

Заключение: продолжить наблюдение и лечение гестоза П. Назначены гипотензивные и спазмолитические препараты. При отсутствии эффекта от лечения в течение 1-2 дней поставить вопрос о досрочном родоразрешении в зависимости от акушерской ситуации.

На 3 сутки пребывания в стационаре АД 230/130 мм рт.ст., протеинурия 13-16 г/л, снижение диуреза (800 мл/сут). Гипопротеинемия 47 г/л.

Через 6 часов – судорожный приступ эклампсии. Кома. Экстренное кесарево сечение. Извлечен гипотрофичный плод мужского пола 1830 г, длиной 35 см в состоянии асфиксии (оценка по Апгар 6-6 баллов). Матка сокращается плохо. Кровопотеря достигла 2,5 л, несмотря на введение окситоцина, простенона, гемостатические швы, перевязку внутренних подвздошных артерий. Интенсивная гемостатическая, метаболическая терапия.

В раннем послеродовом периоде – серия судорожных припадков.

Смерть от отека мозга (повторной эклампсии).

Основные ошибки:

1. Раннее начало ПЭ, прогрессирующее течение. Своевременно не диагностирована тяжелая ранняя форма ПЭ.
2. Рецидивирующее длительное течение ПЭ.
3. Тяжелая артериальная гипертензия (АД 160/100 мм рт.ст. и более – до 210/100 мм рт.ст.). Отсутствие суточного мониторинга АД, протеинурии, исследования функции печени, почек, гемостаза в динамике.
4. При первой госпитализации следует поставить диагноз «тяжелой ПЭ» и прервать опасную прогрессирующую беременность.
5. Недооценка степени тяжести ранней ПЭ. Неадекватная терапия – не назначен сульфат магния. Упущено время для родоразрешения путем кесарева сечения.
6. Запоздалое родоразрешение молодой первобеременной женщины привело к серии приступов эклампсии (status eclampticus).
7. Кесарево сечение проведено в условиях развернутого ДВС-синдрома, отсюда массивная кровопотеря, острая постгеморрагическая анемия, усугубившие отек мозга.

Осложнения анестезии	1	2	1	-	2	2
Воздушная эмболия	-	-	1	-	1	-
Тромбоэмболия легочной артерии	-	1	1	-	1	1
Разрыв и перфорация матки	-	-	-	1	-	1
Прочие	-	-	-	2	-	2
Всего	7	7	29	19	36	26

2.3 Материнская смертность беременных женщин

В 2013 году во время беременности умерло 29 женщин, из них 5 – в сроке до 12 недель, 7 – в сроке 12-21 неделя, 6 – в сроке 22-27 недель, 11 – в сроке 28 недель и более (табл. № 20).

Основной причиной смерти женщин во время беременности явились экстрагенитальные заболевания (23 случая).

Таблица № 20

Причины смерти беременных в зависимости от срока гестации (п), 2013 г.

Причины материнской смерти	до 12 недель	12-21 неделя	22-27 недель	28 недель и более	Всего
Экстрагенитальные заболевания	4	6	5	8	23
Осложнения анестезии	-	1	-	-	1
Разрыв матки	-	-	1	1	2
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	-	-	-	1	1
Эмболия околоплодными водами	-	-	-	1	1
Прочие акушерские причины	1	-	-	-	1
Всего	5	7	6	11	29

2.4 Материнская смертность в родах и в послеродовом периоде

Причинами смерти рожениц (табл. № 21) явились кровотечения во время домашних родов (2 случая кровотечений, обусловленных патологией прикрепления плаценты в III периоде родов, и кровотечения вследствие краевого предлежания плаценты), осложнения анестезии (3 случая), эмболия околоплодными водами (3 случая) и разрыв матки по рубцу (2 случая).

В послеродовом периоде женщины чаще погибали от экстрагенитальных заболеваний (30,0%), кровотечений (23,0%) и эмболии околоплодными водами (14,9%).

Таблица № 21

Причины материнской смерти рожениц и родильниц, 2013 г.

Основные причины материнской смерти	Во время родов		В послеродовом периоде	
	п	%	п	%
Умерло от всех причин	11	100,0	174	100,0
В том числе:				
- кровотечения	3	27,3	40	23,0
- отеки, протениурия, гипертензивные расстройства	-	-	22	12,6
- септические осложнения	-	-	15	8,6
- осложнения анестезии	3	27,3	4	2,3
- эмболия околоплодными водами	3	27,3	26	14,9
- тромбоэмболия легочной артерии	-	-	11	6,3
- разрыв матки	2	18,1	4	2,3
- непереносимые причины акушерской смерти (экстрагенитальные заболевания)	-	-	52	30,0

3. Материнская смертность юных женщин в Российской Федерации

В 2013 году в Российской Федерации увеличилось число случаев смерти юных женщин.

Всего умерли 5 женщин в возрасте до 18 лет, в том числе одна 15-летняя - от анафилактического шока на препараты для анестезии во время аргипициального аборта, три 16-летних (причинами смерти явились эклампсия во время беременности, острый вирусный гепатит во время беременности и сепсис после родов) и одна 17-летняя от эклампсии во время беременности.

Показатель материнской смертности среди юных женщин увеличился в 1,8 раза (с 13,4 на 100 000 родившихся живыми у женщин в возрасте 14-17 лет в 2012 году до 24,2 в 2013 году).

Таблица № 22

Причины материнской смерти среди юных женщин в Российской Федерации, 2009-2013 гг.

Основные причины материнской смерти	2009	2010	2011	2012	2013
Умерло от всех причин (всего):	6	2	1	3	5
В том числе:					
- кровотечения	1	-	-	1	-

признаки. Не проведено полноценного клинико-лабораторного и функционального обследования для уточнения диагноза.

2. В родильном доме основной диагноз «Сочетанной ПЭ» также не был выставлен. Соответственно неправильно составлен план ведения. Назначенные мед. препараты (фенотезам, но-шта, недостаточные для ПЭ дозы сульфата магния – 2,5 г/сут) направлены на прекращение схваток-предвестников, хотя при доношенной беременности и это противопоказано.

3. Показаний к родоразрешению путем кесарева сечения не было: у повторнородящей молодой женщины имели место вполне благоприятная акушерская ситуация (зрелая шейка матки, не крупный плод, нормальные размеры таза, доношенная беременность, головное предлежание, удовлетворительное состояние матери и плода).

4. Кесарево сечение произведено не квалифицированно. По-видимому, из-за недостаточного разреза, он продлился в не диагностированный разрыв. Повреждены брюшина вплоть до прямой кишки, произошел разрыв прямокишечной артерии (?). Почему-то наложены швы между стенкой сигмовидной кишки и маткой (?).

5. Несмотря на восстановление кровоотока, пациентка не справилась с агрессивным родоразрешением, возникшими осложнениями, массивной кровопотерей, интенсивной инфузионно-трансфузионной терапией.

6. Ошибками следует считать прекращение маточной терапии во время родоразрешения и после кесарева сечения, недостаточные дозы сульфата магния, запоздалая диагностика внутрибрюшного кровотечения, слишком ранняя экзугубация и др.

7. Главной ошибкой следует считать отсутствие диагноза «тяжелая сочетанная ПЭ на фоне хронической артериальной гипертензии», запоздалую госпитализацию, неадекватную терапию на всех этапах наблюдения, некалифицированное родоразрешение путем кесарева сечения.

Абсолютным показателем тяжести ПЭ является приступ эклампсии.

6. Врачебные ошибки:

- запоздалое родоразрешение;
- недооценка степени тяжести ПЭ;
- позвонная госпитализация.

Первобеременная 26 лет. С 24 нед гестации появились отеки, протениурия (следы белка в моче), повышение АД до 140/90 – 150/100 мм рт.ст. Назначены: фитотерапия, допетит, актовегин, ограничение соли и жидкости.

Состояние постепенно ухудшалось: отеки проходили после приема фуросемида, мочеточных трав, но через несколько дней рецидивировали. Индекс АД повышается до 160/100- 170/11- мм рт.ст. Белка в моче 1,5 г/л. Находилась в стационаре с 27 нед до 28-29 нед. Обследована, выписана с улучшением и рекомендациями контролировать АД 3-4 раза в день. В 32 нед

– 60/0 мм рт.ст., пульс 120 – 128 – 130 уд/мин, несмотря на инфузионную терапию (эр-масса 2 дозы, СЗП, инфукол, транексам и др.). При УЗИ в брюшной полости обнаружена свободная жидкость (кровь ?).

Проведен расширенный консилиум. Заполозрено внутрибрюшное кровотечение. Произведена релапаротомия (совместно с хирургом общего профиля), ревизия брюшной полости и малого таза. Приводим краткое описание: «... распущены швы матки с мочевым пузырем. Операционное поле заливают кровью. Обнаружены швы матки с сигмовидной кишкой ... В левом маточном углу – гематома больших размеров, незащитый угол матки, продленный в разрыв. Кроме того – имеет место разрыв брюшины до прямой кишки с повреждением ветви прямойкичной артерии, откуда струйкой выбрасывается кровь... После остановки кровотечения анатомия восстановлена. Дренирование брюшной полости. Кровотечение прекратилось. Из-за тяжелого состояния пациентки от экстирпации матки решено отказаться (!)».

Общая кровопотеря оценена в 2-2,5 л. Объем ИТГ 6 литров.

Экстубирована через 2 часа. Переведена на самостоятельное дыхание. Через 30 мин произошел судорожный приступ эклампсии. АД 180/120 мм рт.ст., тахикардия, олигурия (мочи 50мл).

Анализ в конце операции: Нб 60 г/л, Нт 19%, Эритр. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, SpO_2 89-91%, тромбоциты 250 тыс. Общий белок 47 г/л. Протеинурия 5,3 г/л.

В последующие 3 суток состояние постепенно ухудшалось. Олиго-анурия. Кома. АД 190/130 мм рт.ст. Тахикардия 120-140 уд/мин. Далее – отек легких. Острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

По санитарной авиации переведена в республиканскую больницу.

Смерть через 6 часов после перевода.

Последние анализы: Нб 85 г/л, Нт 26%, Лейк. – $8,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 390×10^9 /л. СОЭ 55 мм/ч. Общий белок 58 г/л. Сахар крови 7 ммоль/л. Креатинин 125 ммоль/л. МНО 1,58. Протромбиновый индекс 68.

По данным патоморфологического исследования с учетом клинических и лабораторных данных у умершей пациентки имел место не диагностированный и нелеченый «поздний гестоз», который манифестировал приступом эклампсии, развитием отека мозга, отека легких, ДВС-синдромом, кровоизлиянием в мозг. Морфологически – системная васкулопатия с некротическими изменениями в органах-мишенях. Состояние пациентки, по-видимому, усугубилось массивной кровопотерей при кесаревом сечении.

Прорыв крови в желудочки мозга, ишемическая перифокальная деструкция мозга, дислокация ствола мозга привели к параличу жизненно важных центров и смерти родильницы на 6 сутки после оперативного родоразрешения.

Основные ошибки:

1. В этом клиническом наблюдении в ЖК не поставлен основной диагноз: «Сочетанная ПЭ на фоне ХАГ», несмотря на типичные клинические

- отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	-	1	-	-	2
- септические осложнения	1	-	-	-	1
- экстрагенитальные заболевания	4	1	1	1	1
- осложнения анестезии	-	-	-	-	1
- прочие акушерские причины	-	-	-	1	-

4. Материнская смертность вне стационара

В 2013 году сохранилась неблагоприятная тенденция роста материнской смертности вне стационара. Общее число летальных исходов вне медицинских организаций увеличилось с 26 случаев (10,3% от общего числа умерших женщин) в 2012 году до 30 случаев (12,3%) – в 2013 году (табл. № 23).

Таблица № 23

Число случаев материнской смерти в Российской Федерации, 2009-2013 гг.

Год	Всего	В том числе			
		в стационаре		вне стационара	
		n	%	n	%
2009	459	427	93,0	32	7,0
2010	332	301	90,7	31	9,3
2011	311	290	93,2	21	6,8
2012	252	226	89,7	26	10,3
2013	244	214	87,7	30	12,3

В структуре материнской смертности вне медицинских организаций преобладали случаи смерти беременных с 22 недель, рожищ и родильниц (табл. № 24).

Таблица № 24

Структура материнской смертности вне стационара, 2009-2013 гг. (абсолютные числа)

Структура материнской смертности	2009	2010	2011	2012	2013
Внематочная беременность	6	3	1	4	2
После аборта до 22 недель (до 2012 года – до 28 недель)	6	5	2	1	2
Беременные до 22 недель (до 2012 года – до 28 недель)	6	5	1	3	3
Беременные с 22 недель (до 2012 года – с 28 недель), рожищ и родильницы	14	18	17	18	23
Всего	32	31	21	26	30

Основной причиной летальных исходов вне медицинских организаций явились акушерские кровотечения и экстрагенитальные заболевания (табл. № 25).

Необходимо отметить, что число случаев материнской смерти в результате кровотечений увеличилось с 8 в 2012 году до 13 в 2013 году, вследствие соматической патологии – снизилось с 12 до 10 случаев соответственно.

Таблица № 25

Причины материнской смерти вне стационара в 2013 году

Основные причины материнской смерти	Внезапная точная беременность	После аборта (до 22 недель)	Беременные до 22 недель	Беременные с 22 недель, рожденные и родившиеся	Итого	
					п	%
Кровотечение	2	-	-	11	13	30,8
Отеки, протениурия, гипертензивные расстройства	-	-	-	1	1	3,8
Сепсис	-	1	-	-	1	3,8
Разрыв матки	-	-	-	2	2	3,8
ТЭЛА	-	1	-	1	2	7,7
Эмболия околоплодными водами	-	-	-	1	1	3,8
Экстрагенитальные заболевания	-	-	3	7	10	46,2
ВСЕГО	2	2	3	23	30	100,0

5. Материнская смертность в стационаре

Распределение умерших женщин в зависимости от медицинской организации, где произошла смерть, представлено в таблице № 26.

В отличие от 2012 года, когда большинство случаев смерти женщин ($n=108$, т.е. 47,8% от общего числа) произошло в городских больницах, родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах (как правило, учреждения родовспоможения II группы), в 2013 году большинство женщин ($n=91$, 42,5%) погибли в областных (краевых, республиканских) больницах, родильных домах (отделениях), перинатальных центрах, научно-исследовательских институтах (учреждения родовспоможения III группы).

Увеличение доли женщин, погибших в стационарах III группы (с 33,6% в 2012 году до 42,5% в 2013 году), отражает тенденцию концентрации

На учете в ЖК с 14 нед. Посетила 10 раз. Обследована. Выявлены: артериальная гипертензия в последние 2 года (АД 140/90 мм рт.ст.), умеренно выраженная анемия (Hb 108 г/л).

С 34 нед беременности появились отеки, следы белка в моче. Иногда АД повышалось до 150/100 – 145/100 мм рт.ст. В последние 2 нед – боли внизу живота, ухудшение самочувствия. В 38 нед направлена в роддом с диагнозом: Беременность доношенная. Повторнородящая. Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ), отеки беременных, легкая протениурия. Умеренная анемия.

В родильном доме состояние пациентки оценили как вполне удовлетворительное. Диагноз ЖК был полностью подтвержден: Беременность 38-39 нед. Головное предлежание. Предвестники родов. ХАГ, отеки беременных. Анемия.

Диагноз ПЗ не поставлен, несмотря на наличие классических признаков, появившихся во второй половине беременности.

План ведения: продолжить наблюдение, измерение АД 2-3 раза в день, антигипертензивная и спазмолитическая терапия, лечение анемии. Назначены допелит, феносепам, но-шпа, сорбифер, $MgSO_4$ 2,5%-10 мл 1 раз в сутки.

Через 16 часов – дорожное излитие околоплодных вод. При осмотре: шейка матки по центру, умеренно размягчена, шейный канал проходим для 1 пальца (1,5 см). Головка плода плотно прижата ко входу в малый таз. Воды подтекают светлые.

Диагноз: Беременность 38-39 нед. Головное предлежание. Дорожное излитие вод. Отеки беременных. ХАГ. Анемия.

Заключение: начать родовозбуждение методом в/в введения энапроста 5 мг на 500 мл физиологического раствора.

Через 4 часа наблюдения состояние удовлетворительное. Жалоб нет. АД 150/100 мм рт.ст. Схватки редкие, короткие, через 5-6 мин по 15-20 сек. Сердцебиение плода 140-150 уд/мин, ясное, ритмичное. Отеки на нижних конечностях, лице, поясничной области, передней брюшной стенке. Р. V. status idem. Диагноз: тот же. Заключение: принимаю во внимание дорожное излитие околоплодных вод, первичную слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта от родовозбуждения энапростом, повышение АД до 150/100 мм рт.ст., решено родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Произведена операция кесарева сечения по Джозел-Кохену. Извлечен живой доношенный плод весом 3700 г, длиной 52 см с оценкой по Апгар 7-8 баллов. Операция произведена быстро (35 мин), но не квалифицированно. Матка и передняя брюшная стенка защищены наглухо. Кровопотеря 650 мл.

Особенности операции: плод извлечен с определенными затруднениями, пациентка отделена рукой с трудом, поэтому произведен кюретаж матки. Перитонизация не производилась.

После операции в течение 1,5 часов состояние больной постепенно ухудшалось. АД со 160/110 мм рт.ст. снизилось до цифр 110/70 – 100/60 – 90/40

Основные ошибки:

1. Имеют место:

- расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов; расхождение диагноза по основному заболеванию, по осложнению, по сопутствующему заболеванию;
- запоздалая диагностика основного заболевания и степени его тяжести;
- запоздалая диагностика осложнений ПЭ;
- случай не разобран на патолого-анатомической конференции.

2. Врачи ЖК и стационара игнорируют основные клинико-лабораторные показатели тяжелой ПЭ: раннее начало (24-26 нед), повышение АД до 160/110 мм рт.ст. и выше, высокую протеинурию, выраженную гипотензию, тромбоцитопению, анемию, развившиеся во второй половине беременности.

3. Внимание и терапия направлены на предупреждение преждевременных родов и соматические заболевания, которые усугубили течение тяжелой ПЭ. Диагноз тяжелой ПЭ так и не поставлен. Вместо этого используется неопределенный термин «гестоз второй половины беременности» без оценки тяжести.

5. Клиническая картина ПЭ усугубилась сопутствующими соматическими заболеваниями (бронхит, ОРВИ), угрозой преждевременных родов, что требовало углубленного обследования, дифференциальной диагностики, квалифицированного осмотра акушера-гинеколога.

6. Не обосновано заключение терапевта о подозрении на эндокардит, миокардиодистрофию и наличие НЦД. При наличии тяжелой (не диагностированной) ПЭ курс антибиотикотерапии только ухудшил состояние пациентки. Консультативный осмотр терапевта вызывает сомнение в его компетентности.

7. Для уточнения диагноза следует вызвать более квалифицированного специалиста «на себя», т.к. множественные консультации с инфекционистом и т.д. без осмотра пациентки усугубили неясность диагноза.

8. Ошибка диагноза, недостаточная квалификация врачей, запоздалое родоразрешение, неадекватная терапия ассоциируется с недостаточными знаниями проблемы «преэклампсия», современных возможностей предупреждения тяжелых осложнений.

5. Врачебные ошибки: пример не диагностированной тяжелой ПЭ, непоказанной операции кесарева сечения, неправильно сделанной операции, неадекватной терапии ПЭ и Э.

Повторнородящая 26 лет. Б.З. Р.З.

беременных женщин и рожен, угрожаемых по материнской смертности, в учреждениях родовспоможения высокого риска.

В то же время, крайне неблагоприятным является рост числа умерших в условиях центральных районных больниц (как правило, акушерские стационары I группы) – с 42 (18,6% от общего числа умерших в стационаре) в 2012 году до 52 (24,3%) в 2013 году.

Детальный анализ распределения умерших женщин по группам акушерских стационаров в зависимости от основной причины смерти свидетельствует об увеличении доли женщин, умерших в учреждениях родовспоможения III группы, от экстрагенитальных заболеваний (с 42,2% от числа всех умерших от экстрагенитальных заболеваний в 2012 году до 60,0% в 2013 году), преэклампсии и эклампсии (с 52,2% до 63,6%), сепсиса (с 25,9% до 36,4%) и акушерских кровотечений (с 25,7% до 35,3%).

Вместе с тем, в акушерских стационарах I группы значительно увеличилась доля умерших от преэклампсии и эклампсии (с 13,0% в 2012 году до 31,8% в 2013 году), сепсиса (с 22,2% до 31,8% соответственно) и осложнений анестезии (с 14,3% до 60,0%).

Таблица № 26

Распределение женщин, умерших в Российской Федерации в 2013 г., по типам медицинских организаций, где произошла смерть (% от числа женщин, умерших в стационаре)

Основные причины материнской смерти	Учреждения родовспоможения								Всего умерло в стационаре
	Родильные отделения центральных районных больниц		Городские родильные дома (отделения), перинатальные центры		Областные (краевые, республиканские) родильные дома (отделения), перинатальные центры, НИИ				
	п	%	п	%	п	%			
Внематочная беременность Акушерские кровотечения Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	1	50,0	1	50,0	-	-		2	
	10	29,4	12	35,3	12	35,3		34	
	7	31,8	1	4,5	14	63,6		22	
	7	31,8	7	31,8	8	36,4		22	
Сепсис Экстрагенитальные заболевания Разрыв матки	5	6,7	25	33,3	45	60,0		75	
	3	42,9	3	42,9	1	14,3		7	
	6	60,0	3	30,0	1	10,0		10	
	9	31,0	15	51,7	5	17,2		29	
Эмболия околоплодными водами Тромбоз/эмболия легочной артерии	4	40,0	2	20,0	4	40,0		10	
	-	-	2	66,7	1	33,3		3	
Прочие	52	24,3	71	33,2	91	42,5		214	

При этом необходимо отметить, что в акушерских стационарах I группы в 2013 году снизилось число случаев тяжелой преэклампсии и эклампсии (с 705 случаев в 2012 году до 546 случаев в 2013 году, т.е. на 22,6%), а также кровотечений (с 7 931 до 6 589, т.е. на 16,9%) и послеродового сепсиса (с 68 до 43, т.е. на 36,8%).

В то же время, число случаев смерти в акушерских стационарах I группы от преэклампсии и эклампсии возросло с 3 в 2012 году до 7 в 2013 году, от акушерских кровотечений – не изменилось (10 и 10 случаев соответственно), от послеродового сепсиса – увеличилось с 2 до 3.

Таким образом, летальность в акушерских стационарах I группы от преэклампсии и эклампсии возросла в 3 раза (с 0,43% до 1,28%), от послеродового сепсиса – в 2,4 раза (с 2,9% до 7,0%), от акушерских кровотечений – в 1,2 раза (с 0,13% до 0,15%).

Сравнение показателей летальности от критических акушерских состояний в учрежденных родовспоможения I и III группы свидетельствует, что показатель летальности от преэклампсии и эклампсии в акушерских стационарах III группы был в 2,7 раза ниже, чем в акушерских стационарах I группы (0,47% и 1,28% соответственно), от акушерских кровотечений – не отличался от аналогичного показателя в акушерских стационарах I группы (0,15% и 0,15% соответственно), от послеродового сепсиса – составил 6,5% в акушерских стационарах III группы и 7,0% в акушерских стационарах I группы. Анализ показатели материнской смертности, рассчитанный для акушерских стационаров различных групп, показал следующее (табл. № 27).

Таблица № 27

**Показатель материнской смертности
в акушерских стационарах I, II и III группы, 2012-2013 гг.**

Показатели	Акушерские стационары I группы		Акушерские стационары II группы		Акушерские стационары III группы	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Число умерших	42	52	108	71	76	91
Число родившихся живыми	264 388	233 577	1 168 202	1 217 017	430 530	413 465
Показатель материнской смертности (на 100 000 родившихся живыми)	15,9	22,3	9,2	5,8	17,7	22,0

Минимальный показатель материнской смертности в 2013 году, как и в 2012 году, зарегистрирован в учрежденных родовспоможения II группы (5,8 на 100 000 родившихся живыми в 2013 году, 9,2 – в 2012 году).

Р.У. – длина шейки матки 1,5 см, первичальный канал открыт на 2 см. Предлагаемая часть плода не определяется (первый плод – косо расположенный, второй – продольно, голова вверх).

Осмотр и наблюдение терапевта: подозрение на миокардиодистрофию, эндомиокардит. ННД. Острая дыхательная недостаточность. Правосторонняя пневмония. Гестоз второй половины беременности. Лечение в течение 5 дней (антибиотики – амоксилав, инталитин, амброксол, беродуал, дибазол, папаверин). Состояние ухудшается: нарастает одышка, повторная рвота на фоне непрерывного кашля. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 120 уд/мин. В 3 часа ночи проведен консилиум. Поставлен диагноз: Беременность 32 нед. Двойня. Угроза преждевременных родов. Потерянное положение первого плода. Гестоз I-II (легкой – средней степени). Острый бронхит. Дыхательная недостаточность 0-1 ст. Миокардиодистрофия. Острая сердечная недостаточность. Анемия II ст.

В 5 утра больная консультирована по телефону в режиме по линии санавиации с инфекционистом, кардиологом, нефрологом, зав. акушерским отделением ОВ-2. По рекомендации специалистов следует провести дополнительное обследование: УЗИ сердца, смена антибактериальной терапии, перевод в реанимационное отделение. Посев крови на стерильность. Пульс-урежающая терапия. Повторить лабораторные обследования. УЗИ почек. ЭКГ, рентгенограмма ОГК повторно. Повторная консультация после обследования.

Женщина переведена в реанимационное отделение. Повторный консультативный осмотр. Диагноз: Острый миокардит вирусной этиологии (?) с дилатацией полостей сердца. Недостаточность кровообращения I. Легочная гипертензия. Острая сердечная недостаточность. Правосторонняя пневмония. ОДН II ст. ОПН Гестоз второй половины беременности средней степени.

Произведена срочная лапаротомия. Кесарево сечение. Перевязка внутренних подвздошных артерий с двух сторон и восходящих ветвей маточных артерий (повышенная кровопотеря во время операции из-за гипотонии матки и кровотока тканей). Масса плодов 1000 г и 960 г. ЗРП – III ст.

После операции состояние пациентки быстро ухудшилось. Умерла через 16 часов после операции, на 7 сутки от момента поступления в стационар.

Патолого-анатомические изменения с применением иммуногистохимических методов исследования свидетельствуют о тяжелой ПЗ, HELLP-синдроме, гепато-ренальной недостаточности, отеке легких, дистрофии во время родоразрешения, наличии сочетанного поражения митрального и трехстворчатого клапанов. Выявлены двухсторонний гидроторакс, ДВС-синдром. Массивный тромбоз сосудов микроциркуляции. Множественные кровоизлияния в слизистые желудка, брыжейки, кишечника. Кортикальные некрозы почек и надпочечников. Обширные некрозы печени. Правосторонняя пневмония.

Релапаротомия – ревизия органов брюшной полости. Обнаружен самопроизвольный разрыв печени. Гемостаз. Реанимация. ИВЛ. Гемотрансфузия.

Умерла на 4 сутки послеоперационного периода.

При патолого-анатомическом исследовании выявлено повреждение печеночной ткани (центрлобулярные и перипортальные некрозы, геморрагии, плазматическое пропитывание тканей печени и почек). Вторично сморщенная почка. Признаки ДВС-синдрома. Отек головного мозга.

Основные ошибки:

1. Пациентка относилась к группе высокого риска по развитию ранней ПЭ (юный возраст первородящей, указания на заболевание почек в детстве).
2. Недостаточное обследование в ЖК. Не проводилось суточное мониторирование АД, динамическое определение протеинурии, протеинемии, состояния гемостаза, УЗИ почек (!). Не диагностирована вторично сморщенная почка. Осмотр терапевта некалтифицированный.
3. Отеки и артериальная гипертензия с 26-27 нед беременности растенили не как раннюю ПЭ, а как «Гипертензию беременных», «Отеки беременных».
4. Запоздалая госпитализация в 33 нед с признаками отека мозга (эклампсия при поступлении), несмотря на то, что за неделю до этого АД неоднократно повышалось до 190/110 – 200/120 мм рт.ст. Назначены не показанные спазмолитики (но-шпа, папаверин) и таблетированные гипотензивные препараты.
5. О тяжелой ПЭ на фоне заболевания почек свидетельствует разрыв печени, отек головного мозга.

4. Врачебные ошибки:

- **несовпадение клинического и патоморфологического диагнозов;**
 - **недооценка тяжести ПЭ;**
 - **позднее родоразрешение.**
- Пациентка 29 лет. Б-2. Р-2. Срок беременности 31-32 нед. Двойня. Угроза преждевременных родов.

Анамнез: с 23-24 нед появились рецидивирующие отеки, АД 140/90 – 150/100 мм рт.ст., следы белка в моче. Страдает хроническим бронхитом, иногда возникают головные боли (мигрень?). После перенесенного ОРВИ - кашель, субфебрильная температура, боли за грудиной и внизу живота. В стационаре (МБУЗ ЦРБ) обследована. При измерении АД в течение дня 110/70 – 160/100 – 170/110 – 130/85 мм рт.ст. В отдельных пробах мочи протеинурия 3 г/л – 0,33 г/л – 1 г/л. Общий белок крови 53-47 г/л, снижение количества тромбоцитов (250-150 x 10⁹/л), анемия (Hb 97 г/л).

Самочувствие постепенно ухудшилось (бессонница, тошнота, потеря аппетита). Появилась одышка, тахикардия (пульс 100-120 уд/мин). Матка в состоянии повышенного тонуса.

Необходимо отметить рост показателя материнской смертности в акушерских стационарах I группы (с 15,9 в 2012 году до 22,3 в 2013 году, т.е. на 40,3%) и учреждений родовспоможения III группы (с 17,7 до 22,0 соответственно, т.е. на 24,3%).

Таким образом, руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, главным акушерам-гинекологами субъектов Российской Федерации необходимо активизировать работу по соблюдению этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде с целью своевременной госпитализации женщин в акушерские стационары более высокого уровня.

Согласно заключениям экспертов в 2013 году предотвратимыми признаны всего 23 (9,4%) случая материнской смерти (в 2012 году – 9,1%). Количество предотвратимых случаев смерти составило 121 (49,6%); в 2012 году – 124 (49,2%).

6. Результаты конфиденциального аудита материнской смертности в Российской Федерации

Целью конфиденциального аудита является снижение материнской смертности - важнейшего показателя, отражающего уровень медицинской помощи беременным в стране, совершенствование профессиональных знаний, умений и практических навыков в системе послевузовской подготовки.

Проведен анализ 95 обезличенных копий первичной медицинской документации (медицинские карты амбулаторного больного, индивидуальные карты беременной и родильницы, истории родов, медицинские карты стационарного больного, медицинские карты прерывания беременности, протоколы патолого-анатомического исследования) на случаи материнской смерти в 2013 году от акушерских кровотечений, преэклампсии и эклампсии, экстрагенитальной патологии, сепсиса.

6.1 Предотвратимость материнской смертности

По результатам конфиденциального аудита 75,8% случаев материнской смерти признаны предотвратимыми и только 24,2% - предотвратимыми, тогда как по официальным данным эти показатели составили 50,4% и 49,6% соответственно (рис. № 5).

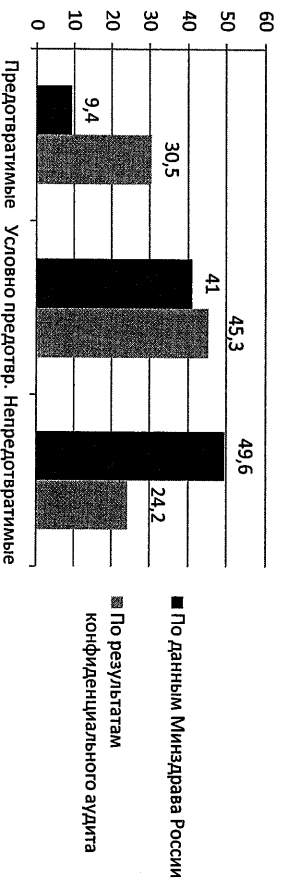


Рис. № 5 Сравнительная характеристика соотношения предотвратимости и непредотвратимости (%) случаев материнской смерти по данным Минздрава России и результатам конфиденциального аудита.

6.2 Материнская смертность от преэклампсии и эклампсии

Задачи:

1. Изучить применяемому в настоящее время терминологию, классификацию и оценку степени тяжести гипертензивных расстройств во время беременности.
2. Оценить используемые клинико-лабораторные, функциональные и иные критерии диагностики преэклампсии и ее осложнений.
3. Проанализировать спектр показателей для динамического контроля и мониторингования состояния пациенток с артериальной гипертензией, преэклампсией и эклампсией, а также для оценки тяжести преэклампсии и гипертензивных расстройств.
4. Определить показания и обоснованность лекарственных препаратов, назначаемых во время беременности, фармакоэпидемиологическую антигипертензивных средств, необходимых при преэклампсии и эклампсии.
5. Выяснить квалификационные ошибки при ведении беременных с преэклампсией, эклампсией и артериальной гипертензией, которые могли бы усугубить неблагоприятные исходы для матери, плода и новорожденного.
6. Оценить предотвратимость (в том числе условную) и непредотвратимость летального исхода.

Проведен ретроспективный анализ 34 историй беременности и родов, протоколов патолого-анатомических исследований погибших от преэклампсии (далее – ПЭ) и ее осложнений в субъектах Российской Федерации за 2013 год.

Возраст погибших женщин составил от 16 до 41 года (в среднем $27,6 \pm 5,1$ лет), 19 женщин (55,9%) – умерли в возрасте 20-28 лет; каждая третья – старше 28 лет. Число первородящих и повторнородящих достоверно не отличалось –

Основные ошибки:

1. Недооценка тяжелой ПЭ, попытка (в 35 нед) пролонгирования беременности, быстрое прогрессирование полиорганной недостаточности, запоздалое решение о необходимости родоразрешения путем кесарева сечения привели к status eclampticus (4 судорожных приступа, кома) в родоопомогательном учреждении.
 2. Дважды (?) переведена из ЦРБ в ОПЦ, из ОПЦ в ОАР. Заключение: «...учитывая крайне тяжелое состояние пациентки и отсутствие адекватной помощи в ЦРБ (?)» принято решение о переводе по санации.
 3. Родоразрешение с опозданием на фоне отека мозга, острой печеночно-почечной недостаточности (после перевода в ОПЦ).
 4. В послеоперационном периоде (2-е сутки) пациентку, находящуюся в крайне тяжелом состоянии, вновь перевели из ОПЦ в ОАР (мотивация: необходимость применения эфферентных методов в связи с нарастающим отеком головного мозга, тотальной ишемией по данным МСКТ. Через неделю – летальный исход.
 5. Заключение: недостаточное обследование, недооценка истинной тяжести ПЭ, запоздалое родоразрешение, неправильная организация неотложной помощи. Отсутствие магнезиальной терапии для профилактики эклампсии, применение неадекватных лекарственных средств (но-шпа, кристаллоиды), плохое наблюдение (один из приступов эклампсии в отсутствии мед. персонала).
- 3. Врачебные ошибки:**
- не диагностировано тяжелое заболевание почек;
 - своевременно не госпитализирована в стационар;
 - разрыв капсулы печени, эклампсия;
 - запоздалое прерывание беременности.
- Пациентка 16 лет. Б-1. Практически здорова. На учете в ЖК с 10 нед беременности. Посетила 8 раз. С 26-27 нед беременности протеинурия (следы белка в моче), повышение АД 140/90 мм рт.ст. Поставлен диагноз: Нефропатия. Назначена спазмолитическая (но-шпа, папаверин) и антигипертензивная терапия.
- В 33 нед без видимой причины АД повысилось до цифр 190/110 -200/120 мм рт.ст. Доставлена в роддом машиной скорой помощи.
- При поступлении на фоне высокой гипертензии – судорожный приступ эклампсии. Осложнения: HELLP-синдром. Отек головного мозга. Отек легких. ДВС-синдром.
- Экстренное кесарево сечение. Извлечен мертвый плод 1650 г, 41 см. Через 3 часа после операции состояние ухудшилось. Признаки внутрибрюшного кровоизлияния. Острая анемия. Гипотония. Тахикардия.

Пациентка 23 года. Б-1. В ЖК наблюдалась с 30 нед беременности.

В течение последнего времени (?) появилась ухудшение самочувствия, отеки, повышение АД (140/90-160/100 мм рт.ст.).

Госпитализирована в 35 нед в ЦРБ.

Отеки приняты общий характер; в каждом анализе протеинурия 0,66 – 1 г/л. В анализах крови – признаки гемоконцентрации, гипопротеннемии, ДВС-синдрома. АД повысилось до цифр 180/120 мм рт.ст., несмотря на антигипертензивную, спазмолитическую и «вазоактивную» терапию в течение 5 дней. «Неоиданно» (?) в стационаре произошли 3 приступа эклампсии (подряд). Назначена магнезиальная терапия, диуретам, спазмолитики (?). Беременная осмотрена бригадой ДКЦ перинатального центра в условиях ЦРБ. При осмотре «оглушена», сознание спутанное. АД 140/90-150/100 мм рт.ст. В динамике отмечено прогрессивное снижение тромбоцитов, почасовой прирост высокого содержания АСТ, АЛТ, креатинина (140-180 ммоль/л). Состояние пациентки расценено как крайне тяжелое. Диагноз: Беременность 34-35 нед. Эклампсия. HELLP-синдром. Полиорганная недостаточность.

Пациентка обсуждена консультативно. Заключение: Учитывая крайне тяжелое состояние пациентки, отсутствие возможности адекватной помощи в ЦРБ (?), принято решение о переводе в перинатальный центр. С целью обеспечения транспортировки пациентка переведена на ИВЛ.

Доставлена в перинатальный центр авиатранспортом (вертолет) в крайне тяжелом состоянии на ИВЛ. Сатурация 98%. АД 180/110 мм рт.ст. Олигурия. Субиктеричность. Диагноз: Беременность 35 нед. Эклампсия во время беременности. HELLP-синдром. Острая печеночно-почечная недостаточность. ДВС-синдром. Острый фибринолиз. Отек головного мозга. ИВЛ.

Анализ: протеинурия 4,6 г/л, свободный Нб более 250 г/л, АСТ 316, АЛТ 124, прямой билирубин 64 мкмоль/л, креатинин 183 ммоль/л, тромбоцитопения < 100x10⁹/л, фибриноген 5 г/л, агрегация тромбоцитов 24%, ПТИ 86%.

В связи с отсутствием возможности экстренного родоразрешения через естественные родовые пути, пациентка родоразрешена путем кесарева сечения на фоне введения СЗП, тромбоконцентра, глюкокортикоидов, ингибиторов фибринолиза. Кровопотеря 600 мл. В послеоперационном периоде продолжена ИВЛ, симптоматическая терапия.

На 2-е сутки после кесарева сечения принято решение о переводе пациентки в ОАР № 4, учитывая необходимость применения эфферентных методов лечения (нарастание отека головного мозга, кома). Произведена мультиспиральная томография головного мозга, ЭЭГ. Обнаружена тотальная ишемия головного мозга, «картина стоп-контраст». Через неделю констатирована смерть головного мозга, биологическая смерть.

На аутопсии – картина тотального некроза головного мозга, который явился осложнением эклампсии во время беременности.

Смерть на фоне некроза головного мозга.

16 (47,1 %) и 18 (52,9 %) соответственно. Число первобеременных составило 14 (40 %), повторобеременных – 20 (60 %).

Большинство погибших регулярно наблюдались в женской консультации с ранних сроков беременности. 5 пациенток (14,7%) либо не посещали врача, либо отказывались от предложенной госпитализации, не выполняли врачебные назначения.

При изучении соматического анамнеза только у 4 погибших женщин не было выявлено никакой экстрагенитальной и гинекологической патологии (так называемый «чистый» гестоз), в остальных случаях (88,2 %) гестоз (преэклампсия) был сочетанным. Экстрагенитальные заболевания у погибших пациенток представлены в таблице № 28.

Таблица № 28

Экстрагенитальные заболевания у погибших пациенток, n=34

	абс. число	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы:		
- ХАГ (в т. ВСД)	17	50
- варикозная болезнь	2	5,9
- пороки сердца	3	8,8
- миокардиодистрофия	1	2,9
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта:		
- хронический гастрит	1	2,9
- хронический гепатит В	1	2,9
- хронический холецистит	1	2,9
- хронический панкреатит	2	5,9
- первичный билиарный цирроз печени	1	2,9
Заболевания органов дыхания:		
- хронический бронхит	3	8,8
- бронхиальная астма	1	2,9
- хронический тонзиллит	3	8,8
Заболевания почек и мочевыводящих путей:		
- хронический пиелонефрит	8	23,5
- хронический гломерулонефрит	2	5,9
- аномалии развития почек	2	5,9
- мочекаменная болезнь	1	2,9
- гидронефроз почек	2	5,9
Нейрообменно-эндокринные заболевания:		
- ожирение	7	20,6
- дефицит массы тела	5	14,7
- заболевания щитовидной железы	3	8,8
- сахарный диабет	1	2,9
Мальформация сосудов головного мозга	3	8,8
Дисплазия соединительной ткани	1	2,9

	абс. число	%
Миелиопластический синдром (выявлен при патолого-анатомическом исследовании)	1	2,9

Таким образом, более половины погибших пациентов страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, каждая третья – заболеваниями почек, нейрообменно-эндокринными заболеваниями, мальформациями сосудов мозга выявлена у 3 (8,8%) женщин. В 24 (70,6 %) наблюдениях имелось место сочетание 2-3-х и более заболеваний, т.е. крайне отягощенный соматический анамнез.

Гинекологические заболевания в анализируемой группе отражены в таблице № 29.

Таблица № 29

Гинекологические заболевания у погибших пациентов, n=34

	абс. число	%
Миома матки	3	8,8
Бесплодие	2	5,9
Эндометриоз, аденомиоз	2	5,9
Инфекции органов репродуктивной системы	7	20,6

Из гинекологических заболеваний чаще всего встречались хронические воспалительные заболевания матки и придатков (в 20,6 %), миома (8,8%) и эндометриоз (5,9 %). В 5,9 % имело место бесплодие.

В 2 (5,9%) наблюдениях беременность была многоплодной (дихориальные диамниотические двойни).

Особенности течения беременности проанализированы у 29 погибших, наблюдавшихся в женских консультациях. Среди осложнений в первом триместре беременности отмечены в основном угроза прерывания, ранний токсикоз, анемия. Однако у 10 женщин (29,4%) первый триместр протекал без осложнений.

Второй триместр беременности практически во всех наблюдениях протекал с осложнениями. Отмечена высокая частота угрозы прерывания беременности (32,4 %), обострения хронических заболеваний почек (26,5 %), ухудшение течения заболеваний сердечно-сосудистой системы (23,5 %), декомпенсации сахарного диабета (2,9 %), что свидетельствует об истощении компенсаторно-приспособительных реакций организма в эти сроки беременности.

Экстренное кесарево сечение, после которого через 6 часов состояние резко ухудшилось: потеря сознания. Судорожный синдром (эклампсия). Анурия. АД 230/130 мм рт.ст. Диагностировано кровоизлияние в мозг. Произведена декомпрессионная трепанация черепа. В первые сутки – смерть.

Патоморфологическое исследование: Тяжелая ПЭ. Внутримозговое кровоизлияние. НЕЛР-синдром. ДВС-синдром. Рядом с зоной кровоизлияния – обширные ишемические зоны в головном мозге. Нейроны в состоянии некролиза и острого некроза. Перипеллюлярный, периваскулярный отек мозга. Множественные рассеянные микрогеморрагии в сосудах мозга, печени, почек.

Заключительный диагноз: Беременность 35 нед. Головное предлежание. Эклампсия. Внутримозговое кровоизлияние с участками ишемии. НЕЛР-синдром. ДВС-синдром. Декомпрессионная трепанация черепа.

Совпадение клинического и патоморфологического диагнозов.

Основные ошибки:

1. Недостаточное обследование пациентки с факторами риска (молодая первобеременная). Не проводилось суточное мониторирование АД, не диагностирована гипертоническая болезнь.
2. Рано начавшаяся ПЭ (с 23 нед). Нормализация АД при назначении антигипертензивных препаратов не останавливает прогрессирование ПЭ, искажает клиническую картину, многократно ухудшает прогноз.
3. Ошибка в оценке степени тяжести. Имел место не легкий или среднетяжелый токсоз, а тяжелая ПЭ, по-видимому, сочетанная на фоне предрасполагающей артериальной гипертензии неуточненного генеза.
4. Слишком запоздалая госпитализация (длительность течения ПЭ не мене 13 недель (!). Изменения, происходившие при такой длительности эндотелиальной дисфункции приводят к необратимым изменениям (выпот до отслойки эндотелиоцитов сосудов мозга) и стремительному прогрессированию необратимых изменений в почках, печени, системе гемостаза – «жить не может» - переход в необратимую степень ПЭ/Э.
5. Слишком запоздалое родоразрешение, которое усугубило состояние и прогноз. Неадекватная медикаментозная терапия.
6. Раннее начало (23 нед), длительность течения 13 нед. высокая артериальная гипертензия, тяжелая протеинурия, гипонатриемия, тромбоцитопения, гиперферментемия – это классические признаки тяжелого осложнения и необходимость раннего родоразрешения (в 23 нед, когда АД повышалось до 180/110-190/110 мм рт.ст., протеинурия 3 г/сут).

Смерть женщины предотвратима.

2. Врачебные ошибки:

- дважды переведена из одного стационара в другой и третий после приступов эклампсии в крайне тяжелом состоянии ?!
- эклампсия в стационаре.

за собой отсутствие немедленной госпитализации и незамедлительного родоразрешения.

6. Отдельно следует указать на отсутствие диагностики рано начавшейся ПЭ (до 34 недель беременности). У 85% женщин, погибших от ПЭ, ее длительность составила 6-10 недель.

7. Ни в одном наблюдении мы не встретили назначения лекарственных средств профилактического направления (ацетилсалициловой кислоты 75 мг/сут, воздействующей на тромборезистентность эндотелия сосудов; фолиевой кислоты 5 мг/сут, предупреждающей метаболические и гемостазиологические нарушения; антикоагулянтов в случае активации внутрисосудистого свертывания крови).

Примеры врачебных ошибок

1. Врачебные ошибки:

- недостаточное обследование;
- запоздалая диагностика тяжелой ПЭ;
- запоздалая госпитализация и слишком запоздалое родоразрешение;
- клинико-лабораторные показатели свидетельствуют о сочетанной тяжелой ПЭ, ЗРП III ст.

Женщина 22 года. Б-1. Беременность 34-35 нед. Головное предлежание.

На учете в женской консультации (далее - ЖК) с 6 нед, посетила 16 раз (!).

Из анамнеза: лечилась по поводу уреаламоза, псориаза, хр. опита, артропатии коленного сустава. АД 120/80-135/85 мм рт.ст.

I триместр – без осложнений.

С 23 нед – ухудшение самочувствия (слабость, усталость), иногда подьемы АД до 160/100 мм рт.ст., патологическая прибавка массы тела (за 7 дней до 900 г). Далее – отеки. Принимала мочегонные и антигипертензивные препараты (капотен, допетит). АД нормализовалось (120/80 – 130/75 мм рт.ст., однако отеки рецидивировали. Самочувствие ухудшилось. Однажды АД повысилось до цифр 190/110 мм рт.ст., в анализе мочи – протеинурия до 3 г/сут.

В 34-35 нед госпитализирована в роддом с диагнозом: Беременность 35 нед. Гестоз средней тяжести. Заключение: провести обследование. «Угрожаема по утяжелению гестоза». Назначены: допетит при повышении АД, курантил 75 мг/сут, фенозепам, папаверин. При обследовании - ФПН (отставание показателей на 3 нед).

Через сутки – состояние резко ухудшилось. Появилась головная боль, вялость, сонливость. АД 180/120 мм рт.ст. Брадикардия 32-47 уд/мин. Протеинурия 12 г/сут. Креатинин 163 ммоль/л. Выраженная гипотензия (общий белок крови 49 г/л), АСТ 591 ед/л, АЛТ 275 ед/л. Олигурия. Острая почечно-печеночная и церебральная недостаточность. Срочный консилиум.

В третьем триместре угроза преждевременных родов отмечена в 35,3 %, анемия – в 23,5 %.

У всех погибших женщин имело место сочетание нескольких осложнений. Ведущие из них, послужившие причиной материнской смерти:

- судорожный припадок (эклампсия (далее – Э)) имел место у 9 из 34 (26,5%) пациенток (у 2 женщин – отмечены повторные приступы эклампсии в послеоперационном периоде);
- кровоизлияние в мозг – у 9 (26,5%);
- отек мозга – у 27 (79,4%);
- преждевременная отслойка плаценты – у 11 (32,4%);
- HELLP-синдром – 9 (26,5 %);
- острый жировой гепатоз – 5 (14,7%);
- синдром полиорганной недостаточности – у 26 (76,5%);
- острая анемия, усугубившая состояние женщины – у 13 (38,2%);
- острая почечная недостаточность (анурия) – 14 (41,2%);
- ДВС-синдром – 24 (70,6%);
- отек легких, ОДН - 13 (38,2%);
- сепсис, инфекционно-токсический шок – 14 (41,2%).

У погибших женщин имело место большое количество оперативных вмешательств, что свидетельствует о сложности родоразрешения при тяжелой ПЭ. Из-за необходимости досрочного родоразрешения, тяжелого состояния матери и плода, неготовности родовых путей более чем у 90 % женщин проведено кесарево сечение. Почти у каждой второй в родах возникло кровотечение, обусловленное гипотонией матки и нарушением коагуляционных свойств крови, что потребовало релапаротомии, перевязки сосудов матки и малого таза, удаления матки.

Родоразрешены путем кесарева сечения – 31 (91,2 %).

Перевязка магистральных сосудов, гемостатические швы на матку, лигирование внутренних подвздошных сосудов – 7 (20,6 %).

Релапаротомия – 7 (20,6%).

Экстирпация матки, надвлагалищная ампутация матки – 12 (35,3%).

Попытка вакуум-экстракции плода – 1.

Декомпрессионная трепанация черепа, опорожнение гематомы – 3 (8,8%).

Роды через естественные родовые пути – 2 (5,9%).

1 пациентка самостоятельно ушла из стационара на 29 день госпитализации (не родоразрешена с диагнозом: 26 недель, гепатоз беременных, гестоз средней степени, хроническая гипоксия плода, ДВС-синдром).

Сроки родоразрешения погибших женщин:

22-27 недель – 5 (14,7%);

28-33 недель – 11 (32,4%);

34-37 недель – 14 (41,2%);

38 и > неделя – 3 (8,8%).

Таким образом, подавляющее большинство погибших женщин (91,2%) родоразрешены досрочно.

Состояние плодов и новорожденных.

Родилось 36 новорожденных (2 двойни) с массой тела от 620 до 3700 г (диабетическая фетопатия). Антенатальная смерть плода зарегистрирована у 8 женщин, 1 из которых – с двойней (9 плодов из 36 – 25%).

Еще 8 (22,2%) родившихся живыми получили оценку по Апгар менее 5 баллов.

При изучении протоколов вскрытия выявлены следующие характерные изменения внутренних органов.

Матка и придатки матки. В плацентарном ложе матки выявляются морфологические эквиваленты ПЗ и Э (маркеры преэклампсии), которые указывают на недостаточность второй волны инвазии цитотрофобласта. Поверхностная цитотрофобластическая инвазия способствует сохранению узких просветов, эндотелиальной выстилки и эласто-мышечных компонентов эндо- и миометриальных сегментов бывших спиральных артерий, замедляет их перестройку в маточно-плацентарные артерии. Подобные изменения описаны у женщин с ранней ПЗ. Кроме того, отмечены дистрофия и фратментация миоцитов; множественные периваскулярные, массивные расширяющие кровоизлияния; отек стромы (более, чем в половине случаев); острые и хронические воспалительные заболевания матки и придатков; множественная миома матки (3 случая).

Плацента. Признаки хронической плацентарной недостаточности обнаружены у 28 (83%) погибших. При этом отмечены очаги кальциноза и склероз стромы ворсин. Задержка созревания плаценты на уровне 28-30 недель имела место у 10 (29%), а также диссоциированное развитие ворсин, увеличение слоев фибриноида. Выявлены выраженные компенсаторно-приспособительные реакции в виде ангиоматоза терминальных ворсин и большого количества синцитиальных почеч (поздняя ПЗ).

Среди изменений **печени** отмечены отек стромы; множественные субкапсулярные и внутрипеченочные кровоизлияния; жировая и белковая дистрофия гепатоцитов; признаки хронического активного гепатита в стадии обострения; лимфоцитарная инфильтрация перипортальных пространств; очаги некроза гепатоцитов; острое венозное полнокровие; очаги отложения гемосидерина; микроабсцессы.

В почках выявлен интерстициальный отек; дистрофия эпителия извитых канальцев; геморрагические инфаркты в корковом веществе; очаги некроза эпителия извитых канальцев; артериоло-склеротический, пиелонефритический нефросклероз, склероз и гиалиноз клубочков; клубочки с выраженной пролиферацией мезангиальных клеток; венозное полнокровие; микроабсцессы.

Для поражения **головного мозга** были характерны следующие признаки:

Таким образом, предотвратимость и условная предотвратимость материнской смертности от ПЗ и Э составила 85,3%. Непреотвратимость, обусловленная разрывом аневризмы сосудов мозга, расхождением аорты, декомпенсированным сахарным диабетом, на фоне которого возникла рано начавшаяся тяжелая ПЗ, составила 14,7%.

В 2011 г. и 2012 г. эти показатели по стране составили соответственно 77% и 23%, 84% и 16%. Т.е. качество медицинской помощи при столь сложной и еще недостаточно изученной патологии постепенно улучшается.

Хотя несомненно в рубрики «предотвратимые и условно предотвратимые случаи МС», как основной компонент, входит ошибка врача (недооценка состояния и степени тяжести ПЗ, запоздалые госпитализация и родоразрешение, некачественно проведенная операция, недостаточная терапия, запоздалое и неадекватное восполнение кровопотери).

Основные замечания

1. По-прежнему в ряде учреждений родостоможения России не применяются общепринятых (утвержденных Минздравом России) критериев диагностики гипертензивных расстройств, преэклампсии, единых принципов формулировки диагноза, терминологии, классификации и оценки степени тяжести ПЗ, не используются предикторы развития ПЗ у женщин с артериальной гипертензией.
2. В должной степени не используются необходимые клинико-лабораторные и функциональные исследования для оценки состояния беременной женщины и ее плода; разработанные и утвержденные Минздравом России критерии тяжелой ПЗ, а также не применяются суточное мониторирование АД, определение суточной протеинурии, микроальбуминурии, которая является ранним маркером поражения почек, недостаточно исследуется динамика изменений системы гемостаза, нарастание признаков гиповолемии.
3. Сохраняются множество несогласованных аспектов в вопросах лечебно-диагностической тактики при ПЗ и Э: отмена маточной терапии во время родоразрешения, введение большого количества кристаллоидов, попытка пролонгирования беременности при критических формах ПЗ, несвоевременное и неадекватное родоразрешение, как единственный в настоящее время метод предупреждения материнской смертности от ПЗ и Э.
4. Имеет место необоснованная полипраксия во время беременности.
5. В женской консультации не прогнозируют риск развития ПЗ на основе научно обоснованных предикторов ПЗ в ранние сроки беременности, не используют в достаточной степени диагностические критерии умеренной и тяжелой ПЗ, а также ПЗ на фоне хронической артериальной гипертензии. В отдельных историях болезни при наличии симптомов, предшествующих эклампсии, «гестоз» оценивают как легкий или средней степени, что влечет

- Допускается неправильная транспортировка в родовспомогательные учреждения III уровня непереносимых крайне тяжелых больных, которые умирают при перекладывании.
- Имеют место случаи эклампсии в стационаре при пребывании пациентки свыше 3-5 суток, при этом диагнозы «ПЭ», «гестоз» не поставлены.
- В женской консультации назначают до 10-15 лекарственных препаратов, которые не являются обоснованными и необходимыми. При этом в дневниках отсутствуют показания для их применения. Полипрагматизация при беременности может искажать клинико-лабораторную симптоматику ПЭ, тем более, что подавляющее большинство не имеют уровня достоверности и доказательных рекомендаций.
- Имеют место недооценка объема кровопотери, несвоевременное и неадекватное восполнение массивной кровопотери, развившейся при ДВС-синдроме, нарушение соотношений коллоидов, кристаллоидов и компонентов крови (Эр-массы), когда Нб достигает менее 30 г/л.
- В ряде случаев своевременно не назначают магнетиальную терапию или прекращают ее в момент родоразрешения, нарушаются дозировки ее введения.
- Имеет место неправильная интерпретация полученных лабораторных показателей, указывающих на гемоконцентрацию, гиповолемию, нарушение функции печени (HELLP-синдром), почеч, гемостаза (ДВС-синдром) и др. Применение гепарина при очень высокой артериальной гипертензии ($\geq 180/110$ мм рт.ст.), тромбоцитопении, кровотечения недопустимо.
- Анализ медицинской документации указывает на необходимость улучшения работы терапевтов и других смежных специалистов, которые не достаточно точно диагностируют соматическую патологию, не уточняют причины артериальной гипертензии (первичная, вторичная).

Предотвратимость материнской смертности от пре- и эклампсии по данным конфиденциального аудита материнской смертности в 2013 году:

- предотвратимая МС от ПЭ/Э – 12 (35,3%)
- условно предотвратимая – 17 (50%)
- не предотвратимая – 5 (14,7%)

Непредотвратимые клинические наблюдения отмечены у 5 женщин из 34, что составило 14,7%. К ним относятся:

- 1) ПЭ на фоне декомпенсированного сахарного диабета 2 типа, при котором беременность была противопоказана (от лечения и прерывания беременности пациентка и ее родственники отказывались) (n=1);
- 2) разрыв аневризмы сосудов мозга (мальформация) при высокой артериальной гипертензии (210/130 мм рт.ст.) у больной с тяжелой ПЭ (n=3);
- 3) расслоение аорты (n=1).

периваскулярный и перипеллюлярный отек; очаги некрозов нейронов и глии; периваскулярные кровоизлияния в коре больших полушарий, внутримозговые кровоизлияния; субдуральные, субарахноидальные, внутримозговые гематомы; гипоксические, дистрофические изменения нейронов; склероз, гиаиноз стенок артерий; очаги электрического некроза в коре больших полушарий, белом веществе, подкорковых ядрах; острое венозное полнокровие.

В тканях сердца выявляется жировая дистрофия кардиомиоцитов; некроз и фрагментация кардиомиоцитов; отек стромы миокарда; субэндокардиальные кровоизлияния; гипертрофия кардиомиоцитов; диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

В легких обнаружены множественные субплевральные, внутрилегочные кровоизлияния; геморрагические инфаркты легочной ткани; множественные участки ателектазов и дистелектазов, в верхних отделах легких – очаги буллезной эмфиземы; отечная жидкость в просвете альвеол; картина бронхопневмонии; тромбы в стволе и основных ветвях легочной артерии; эритроцитарные сгустки, фибриновые и тромботические микроотромбы в просвете расширенных сосудов; очаги отложения гемосидерина; множественные гиалиновые мембраны; перибронхиальный, периваскулярный фиброз, диффузный пневмосклероз; микроабсцессы.

Поражения **надпочечников** характеризовались множественными периваскулярными кровоизлияниями, а также кровоизлияниями в мозговое и корковое вещество; делиминацией клеток коркового слоя, свидетельствующей о шоковой реакции; очагами некрозов в корковом и мозговом веществе, аденоматозной гиперплазией коркового вещества.

В ткани **поджелудочной железы** имели место массивные некрозы с геморрагическим пропитыванием и отек стромы.

В **желудке** обнаружены множественные кровоизлияния в слизистой оболочке, острые эрозии и язвы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при тяжелой ПЭ и Э почти в 90% имеют место поражение головного мозга, полиорганная недостаточность (почечно-печеночная, дыхательная, сердечно-сосудистая, нарушение системы гемостаза).

Ухудшает исход значительная и массивная кровопотеря при родоразрешении (от 800 до 3600 мл), а также несвоевременная инфузионно-трансфузионная терапия (преобладание кристаллоидов, невосполненная тромбоцитопения, запоздалое переливание эритроцитарной массы).

Причинами повышенной и массивной кровопотери являются не только преждевременная отслойка плаценты (n=7), несвоеременно распознанное истинное приращение плаценты (рубцев, двурогая матки, 5 и более аборт), гипотония матки в сочетании с коагулопатией (ДВС-синдром), но и травматичное родоразрешение (родовозбуждение, родостимуляция, высокая частота оперативного родоразрешения).

Данные патоморфологических исследований указывают на патологию сосудисто-тромбоцитарного звена в органах-мишенях (головной мозг, почки, печень, легкие). На этом фоне внезапные изменения АД в сочетании с гипотензией, тромбоцитопенией, гиперферментемией являются фактором тяжелых, порой необратимых изменений в сосудах мозга.

Многие акушерские ошибки и варибельность частоты гипертензивных нарушений, в том числе ПЗ, вызваны сохранением устаревшей терминологии, которая присутствует в медицинской документации погибших от ПЗ и Э, кровотечений и септических осложнений.

Понятие преэклампсии в соответствии с МКБ-Х, стандартом, протоколом, порядком, утвержденными Минздравом России, и преэклампсией, используемое для диагностики гипертензивных расстройств в ряде субъектов Российской Федерации, неоднозначны и различны по сути.

С точки зрения современных представлений (ВОЗ), «преэклампсия – это осложнение второй половины беременности, которое характеризуется впервые возникшей артериальной гипертензией, протеинурией и общими отеками». При этом ПЗ классифицируется на умеренную (возможно пролонгирование беременности) и тяжелую (необходимо родоразрешение). Далее идет только эклампсия.

Однако в ряде медицинских организаций понятие «преэклампсия» трактуется как кратковременное состояние у женщин с респозом при появлении у них неврологической симптоматики (головная боль, нарушение зрения, судорожная готовность), боли в эпигастриальной области, которые непосредственно предшествуют судорожному приступу эклампсии. Достаточно врачу отметить в истории болезни: «головной боли нет, зрение ясное», что означает отсутствие «преэклампсии», опасности эклампсии, ситуации с пациенткой становится спокойной. При этом АД может быть 180/110 мм рт. ст. и более, отеки имеют генерализованный характер, протеинурия 3-5 г/сут. Но врач уверен – преэклампсии нет, можно пролонгировать беременность...

Эклампсия, по мнению авторов, настаивающих на устаревшей терминологии, развивается последовательно: претестоз, отеки беременных, нефропатия I-II-III, поздний тестоз (легкий, умеренно выраженный, тяжелый), преэклампсия, эклампсия. Такой подход наиболее часто сопровождается недооценкой состояния беременной, неправильной оценкой тяжести преэклампсии, запоздалой госпитализацией, приводит к несопоставимости статистических показателей.

Основным недостатком в ведении беременных с ПЗ является недооценка степени тяжести этого осложнения. При этом до настоящего времени всегда используются современные критерии, основанные на доказательных принципах, выделяют легкий тестоз, для которого критерии научно не доказаны и не утверждены нормативными и методическими документами. Неправильно представлены гипертензивные критерии АД, по которым следует

вперед (кроме беременности) – «отеки беременных», «угроза преждевременных родов», «ВСД», «НПД», «артериальная гипертензия (неуточненная)»).

Все это не способствовало выделению главного диагноза – «тяжелая ПЗ», «ранняя ПЗ».

Видимо, необходимо улучшение деятельности терапевтической службы, тесно связанной с акушерской практикой. Такие диагнозы, которые неожиданно и, главное, неоправданно появились во второй половине беременности – «миокардиодистрофия», «эндокардит» (вместо ПЗ) - способствовали ошибочной тактике ведения тяжелых пациенток (перевод их в другое учреждение вместо родоразрешения, в нетранспортибельном состоянии вместо вызова бригады «на себя»).

Патоморфологические изменения указывают на генерализацию сосудистых повреждений в головном мозге, почках, печени, бронхо-легочной системе, маточно-плацентарной области.

Следует обратить внимание на то, что критическая артериальная гипертензия (170/110 мм рт.ст. и выше) имела место у 35% погибших (не столь уж часто), генерализованные отеки в 65%, протеинурия почти в 90%.

➤ Как и в предыдущие годы, по-прежнему имеет место недооценка истинной тяжести ПЗ, несмотря на раннее начало и длительное течение (свыше 4-6 недель) этого осложнения. Преобладают так называемые ранние формы ПЗ (до 34 недель), которые почти в 100% сочетаются с плацентарной недостаточностью, ЗРП, смертью плода.

➤ Имеет место несоблюдение терминологии, классификации ПЗ, принятых в стране и рекомендуемых критериев тяжести ПЗ и предикторов Э.

➤ По-прежнему в женских консультациях не выделяется срок беременности, когда появились клинико-лабораторные признаки, позволяющие поставить диагноз ПЗ.

➤ Почти не применяется суточное мониторирование АД, протеинурии, основных биохимических критериев ПЗ, не выделяются известные факторы риска ПЗ, позволяющие индивидуально во 2 триместре беременности исследовать антигенный и антиангиогенные факторы, белки беременности, с помощью 3D-эхографии и доплерометрии оценить васкуляризацию плаценты, ее сосудистую систему (даже в перинатальных центрах).

➤ Продолжает иметь место запоздалая госпитализация пациенток с ПЗ в стационар; несвоевременное родоразрешение у женщин с тяжелой ПЗ. Имеют место случаи недостаточно квалифицированного оперативного родоразрешения (травма селезенки, незащитный укол матки, разрез на матке при кесаревом сечении, переходящий в разрыв сосудистого пучка, не диагностированное до 18 суток послеоперационного периода истинное вращение плаценты).

ориентации на пролонгирование «ранней» ПЭ, неполноценном наблюдении без мониторингования АД, протеинурии, КТГ плода, доплерометрии, а также отсутствие оценки предикторов эклампсии.

Все это уже известно в литературе, изложено в протоколах, стандартах, но почему-то не выполняется.

Оценка степени тяжести ПЭ

Одним из важнейших вопросов акушерской практики является правильная оценка степени тяжести ПЭ.

Многие врачи остаются на старых позициях, применяя термины «гестоз», «гестоз второй половины беременности», выделяя 5 степеней тяжести: прегестоз, водянка беременных, нефропатия, легких, среднетяжелый и тяжелый гестоз. Практика показала, что достоверных критериев «прегестоза», «легкой степени гестоза» не существует, они не разработаны, что сопровождается множеством ошибок в оценке состояния пациентки.

Целесообразно выделять умеренно выраженную и тяжелую ПЭ. При тяжелой ПЭ необходимо прерывать беременность (родоразрешение); при умеренно выраженной ПЭ возможно ее пролонгирование в ряде случаев до 34 недель, когда исходы для плода значительно более благоприятные. Не целесообразно дожидаться срока 39-40 и более недель, т.к. при доношенной беременности происходит инволюция плаценты и скорость прогрессирования ПЭ и плацентарной недостаточности повышается.

Итак, оценка степени тяжести – главный вопрос, на который должен обоснованно ответить практический врач акушер-гинеколог, ведущий беременную женщину с ПЭ.

В настоящее время разработаны и научно обоснованы критерии тяжелой ПЭ («Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.». Клинические рекомендации (протокол лечения) Минздрава России от 23 сентября 2013 г. № 15-4/10/2-7138).

Заключение

Материнская смертность при тяжелой ПЭ/Э связана чаще всего с развитием полиорганной недостаточности, отеком головного мозга, острым ДВС-синдромом и массивными кровотечениями, а также сочетанными экстрагенитальными заболеваниями.

Клиническая оценка тяжести ПЭ со стороны врачей акушеров-гинекологов была ошибочной более чем в половине наблюдений. Вместо диагноза «тяжелая ПЭ», который ассоциируется с незамедлительным родоразрешением, предпочтение отдается устаревшей и неопределенной терминологии «гестоз второй половины беременности», «поздний гестоз», при этом почти у каждой четвертой этот диагноз был поставлен на последнее место;

диагностировать артериальную гипертензию у беременных (130/85 мм рт.ст., а не 140/90 мм рт.ст. и более).

Следует принимать во внимание специфические особенности ПЭ:

1. Развивается только во второй половине беременности (после 20 недель). По рекомендации ВОЗ, если артериальная гипертензия (АД 140/90 мм рт.ст. и более), протеинурия (0,3 г/сут) возникают у женщины во второй половине беременности следует в первую очередь поставить диагноз «Преэклампсия». Если эти симптомы появились до 20 нед гестации, это не преэклампсия; необходимо верифицировать соматическую патологию. Генерализованные (общие), рецидивирующие или быстро нарастающие отеки в сочетании с артериальной гипертензией и протеинурией, скопление жидкости в полостях (асцит, гидроторакс, гидроперикард) следует расценивать как неблагоприятные прогностические критерии.

2. ПЭ имеет только прогрессирующее течение, хотя скорость прогрессирования может быть медленной, быстрой и очень быстрой. ПЭ не останавливается в своем развитии и не исчезает.

3. Вылечить ПЭ в настоящее время невозможно, поэтому при тяжелом течении, преимущественном поражении мозга (еклампсия, отек мозга), печени (HELLP-синдром, острая жировая дистрофия), почек (олиго-анурия, острая почечная недостаточность), легких (отек легких, острая дыхательная недостаточность) и/или синдроме полиорганной недостаточности (СПОН) необходимо родоразрешение. Одновременно при ПЭ происходит нарушение системы гемостаза (ДВС-синдром) и повреждение эндотелиальной сосудистой выстилки (эндотелиальная дисфункция) с потерей реперитивности и нарушением специфических функций сосудов микроциркуляции.

4. Клиника ПЭ не всегда отражает истинную тяжесть происходящих патологических изменений в жизненно важных органах (почки, печень, бронхо-легочная система, головной мозг, гемостаз, сосуды системы микроциркуляции), поэтому необходимо учитывать лабораторные и функциональные изменения, их динамику.

5. Важно учесть срок беременности, при котором манифестирует ПЭ. Следует выделять раннюю (до 34 недель) и позднюю (после 34 недель) ПЭ. Ранняя ПЭ почти в 93% сочетается с плацентарной недостаточностью (ишемические нарушения в плаценте, задержка роста плода, маловодие). Поздняя ПЭ чаще развивается на фоне материнских факторов (более прогнозируемая).

Самые неблагоприятные исходы наблюдались при ПЭ, развившейся до 28 недель гестации.

В настоящем анализе мы не встретили диагнозов ранняя и поздняя ПЭ. Но, по-видимому, выделение ранней ПЭ будет настораживать врача на пристальное внимание к пациентке высокого риска.

Ранняя и поздняя преэклампсия

Манифестация клинико-лабораторных показателей ПЭ (в виде повышения АД (140/90 – 160/100 мм рт.ст.), протеинурии (0,066 – 0,3 г/л и более), рецидивирующих, а также общих отеков) в 25-33 недели гестации имела место у 29 женщин (85,3%) – «ранняя ПЭ». У 5 (14,7%) эти симптомы отмечены в 34-38 недель – так называемая «поздняя ПЭ». У 2 пациенток диагноз ПЭ поставлен не был и только в послеоперационном периоде произошел судорожный приступ эклампсии, что с абсолютной достоверностью, подтвержденной патоморфологическими исследованиями, свидетельствует о предшествующей тяжелой ПЭ. У 1 женщины имели место 4 приступа эклампсии с последующей комой.

Имеются явные различия в возрасте, преморбидном фоне, осложнениях при ранней и поздней ПЭ. По возрасту в группе ранней ПЭ преобладали молодые, первобеременные и первородящие женщины 16-34 лет. Из фоновых заболеваний отмечены хронический бронхит, анемия, нейродипсульторная (вегето-сосудистая) дистония, дилатация полой сердца, пиелонефрит, атензия почки (n=2), сахарный диабет (n=2), у 3 диагностирована (при патоморфологическом исследовании) мальформация сосудов мозга.

К сожалению нельзя было выявить семейную предрасположенность к артериальной гипертензии, т.к. ни в одной карте наблюдения такие сведения не отмечены.

У пациенток с рано начавшейся ПЭ ведущими симптомами являлись артериальная гипертензия и протеинурия. Длительность течения ПЭ превышала 4-6 недель. Около 10 % пациенток первоначально от предложенной госпитализации отказались и поступили в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Из осложнений ранней ПЭ следует выделить повреждение сосудов мозга (эклампсия, отек и внутримозговое кровоизлияние), отек легких, синдром полиорганной недостаточности. Из особенностей осложнений ПЭ/Э следует выделить акушерские кровотечения, возникшие в результате преждевременной отслойки плаценты, ДВС-синдрома. Расслоение аорты, разрыв аневризмы мозговых сосудов также имели место в группе ранней ПЭ.

Таким образом, проведенный анализ еще раз подчеркивает, что раннее начало, сочетание ПЭ с нарушением развития плода (ЗРП, плацентарная недостаточность, снижение маточно-плацентарного кровотока, маловодие), длительное течение ПЭ являются факторами высокого риска неблагоприятного исхода беременности и летального исхода.

Самые тяжелые осложнения для матери, плода и новорожденного отмечены в группе ранней ПЭ до 28 недель (5 женщин – у всех эклампсия, отек мозга, ишемические и геморрагические изменения коры мозга, кровоизлияния в белое вещество мозга с прорывом крови в желудочки мозга, дислокационный синдром).

кровоизлияния в мозг в возрасте 47 лет, у матери – сахарный диабет. АД до беременности пациентка не измеряла, считала себя здоровой.

Мониторирование АД в женской консультации не проводилось.

При обследовании в первые сутки обнаружено: АД при измерении в течение суток составило 140/90 – 150/105 – 140/100 мм рт.ст. Отметки носят общий характер (конечности, поясничная область, передняя брюшная стенка). Протеинурия 0,3 г/л в однократной пробе мочи.

С учетом, казалось бы, удовлетворительного состояния, «гестоза легкой степени», принято решение продолжить наблюдение, провести терапию, направленную на сохранение беременности, назначить антигипертензивные препараты, спазмолитики, активевит.

В течение последующих 10 дней состояние существенно не менялось. В анализах крови: Нв 130 г/л, Нг 42%, тромбоциты 120 х 10⁹/л, фибриноген 6,2 г/л, АЧТВ 40 сек, общий белок крови 47 г/л, креатинин 105 мкмоль/л. В анализе мочи – белок 11,3 г/л. Снижение диуреза до 800 мл/сут (но не 500 мл/сут, что по стандарту относится к олигурии).

Допплерометрия – снижение маточно-плацентарного кровотока, наличие диспротической вилки.

В ночь на 11 сутки пребывания в стационаре в роддоме у пациентки без видимой причины (ночью) появились резкие боли в животе, тошнота, рвота. Сердцебиение плода не прослушивается.

Срочная лапаротомия, кесарево сечение. Извлечен мертвый плод массой 1540 г. Кровотомер 1800 мл. На выходе из наркоза – приступ эклампсии, далее постэкламптическая кома.

В послеоперационном периоде – отек мозга, отек легких, анурия.

Умерла на 5-е сутки после родоразрешения.

Основными ошибками врача явились недооценка состояния пациентки и тяжести ПЭ (раннее начало, рецидивирующее течение, АД 160/100 мм рт.ст., ЗРП 2 ст. Сочетание ПЭ с выраженной плацентарной недостаточностью. Отягощенный семейный анамнез. Лабораторные показатели свидетельствовали о неуклонном прогрессировании ПЭ: гиповолемия, ДВС-синдром, нарушение функции печени (гипотрофическая), значительная потеря белка с мочой. Допплерометрия отражает ухудшение маточно-плацентарного кровотока и нарушение кровоснабжения плода.

Высокий уровень креатинина, протеинурия, снижение диуреза до 800 мл/сут – все это ассоциирует с тяжелой ПЭ.

Выжидание на 10-14 дней при ЗРП, прогрессирующей плацентарной недостаточности может привести только к неблагоприятному исходу беременности. Не проведена магистральная терапия, что было необходимо для предупреждения приступа эклампсии. Следует подчеркнуть, что возникновение эклампсии в стационаре и антенатальная смерть плода свидетельствуют о недооценке состояния пациентки, неправильной

- ожидание специалистов из перинатального центра для проведения кесарева сечения у больной с тяжелой ПЭ и преждевременной отслойкой плаценты; безуспешная гемостатическая терапия 3,5 часа;
- ошибки диагноза: при наличии симптоматики ПЭ проводят лечение по поводу «миокардиодистрофии», «ревматоидного порока сердца», «вегетососудистой дистонии в сочетании с отеками беременных» и др.;
- попытка пролонгирования беременности без учета ранней манифестации ПЭ (24-26 недели), эпизодов высокой артериальной гипертензии (180/110 мм рт.ст.), общих отеков, высокой протеинурии, гипопротенемии, ДВС-синдрома, тромбоцитопении (в итоге – эклампсия, кровоизлияние в мозг, антенатальная смерть плода).

При клиническом анализе выявлено, что только у 14 пациенток (42%) ПЭ оценена правильно – как тяжелая. В остальных наблюдениях диагноз звучал как «Гестоз 2 половины беременности», «Гестоз легкой и средней тяжести», «Гестоз 1-2 степени», или имело место перечисление основных симптомов – «Отеки беременных», «Гипертензивная болезнь» и т.д. и в конце перечисления «Гестоз».

Одной из врачебных ошибок является попытка пролонгировать беременность при тяжелой ПЭ, когда защитно-приспособительные механизмы у пациентки на исходе из-за длительного течения осложнения. При возникновении ранней ПЭ до 28 недель гестации сохранение беременности бесперспективно, т.к. выживаемость и здоровье плода (новорожденного) весьма сомнительны. В сроки до 34 недель, когда необходимо провести профилактику дистресс-синдрома плода, пролонгирование беременности возможно не более 2 дней. В более поздние сроки (после 34 недель) чаще всего возможно родоразрешение с благоприятным исходом для матери и плода. Следует только избрать правильный метод родоразрешения в соответствии с общей и акушерской ситуацией.

Пример.

В родильный дом поступает женщина 23 лет с диагнозом: «Беременность 30 нед. Гестоз второй половины беременности. Задержка роста плода на 2-3 нед. от должного гестационного срока. Угроза преждевременных родов».

Неопределенная терминология «гестоз второй половины беременности» не настораживает врача на оценку истинной тяжести ПЭ.

Состояние при поступлении оценено вполне удовлетворительно. Жалобы на слабость, отеки, иногда головную боль, которая появилась 2 дня назад. Признаки гестоза (отеки, повышение АД до 140/90 – 160/100 мм рт.ст., следы белка в моче) появились с 23 нед. При УЗИ выявлено отставание роста плода на 2 нед. Из анамнеза выяснено, что отец пациентки умер от

Пациентки с поздней ПЭ (после 34 недель) относились чаще к повторнородящим в возрасте 35-43 года. Каждая из них имела 4-5 сопутствующих (фоновых) заболеваний (гипертензивная болезнь, кардиоваскулярные расстройства, гастрит, холецистит, колит, панкреатит, ожирение, у 3 пациенток диагностирован пиелонефрит (1), поликистоз почек (1), сахарный диабет 2 типа (1), ПЭ в анамнезе).

Ведущими симптомами ПЭ были умеренная гипертензия и отеки (в том числе генерализованные). Большинство женщин до и во время беременности принимали антигипертензивные препараты. У 2 пациенток имела место многоплодная беременность, наступившая самопроизвольно.

Манифестация ПЭ в группе поздней ПЭ началась с 33-34 недель беременности и протекала не менее 3-4 недель. У половины из них развивался HELLP-синдром, острая почечно-печеночная недостаточность. Если удавалось продлить жизнь пациентки на 3-10-14 дней, они погибали от гнойного трахеобронхита, двусторонней пневмонии, отека легких, анурии, сепсиса.

Если в первой группе (ранняя ПЭ) осложнения развивались быстро и большинство женщин погибали на 1-3 сутки после родоразрешения, то в группе поздней ПЭ - продолжительность жизни составляла 5-14 дней.

У большинства погибших женщин осложнения и ухудшение патологии развивались постепенно, но неуклонно: нерезко выраженная клиническая симптоматика (пастозность, следы белка в моче, умеренные изменения биохимических показателей); далее – период стабилизации состояния, внезапно – резкое ухудшение, вплоть до приступа эклампсии, анурии, почечно-печеночной недостаточности.

Следует принимать во внимание, что тяжесть ПЭ не всегда коррелирует с величиной артериальной гипертензии и уровнем протеинурии. У каждой 5-й умершей выраженных отеков не было. У 4 из 13 (30 %) приступ эклампсии возник при АД 150/100-160/110 мм рт.ст.

Резкое ухудшение состояния беременной, роженницы, родильницы зафиксировано после длительной транспортировки, возникшего трахеобронхита, пневмонии, неудачной попытки наложения вакуум-экстрактора для извлечения крупного плода, длительной операции.

Недаром с давних времен существовал неизбывный принцип быстрого и бережного родоразрешения женщин с ПЭ и Э.

Анализ медицинской документации больных, погибших от ПЭ/Э в 2013 году показал:

1. Умирают не просто от «гестоза второй половины беременности» (отеки, протеинурия, артериальная гипертензия), а от тяжелой сочетанной преэклампсии, эклампсии и ее осложнений: HELLP-синдрома, синдрома полиорганной недостаточности, отека головного мозга, акушерских кровотечений.

2. Наиболее часто тяжелая ПЭ развивается у больных беременными женщинами:

- хроническая артериальная гипертензия, патологии сосудистой системы (васкулопатии), нарушение регуляции сосудистого тонуса;
- хронический пиелонефрит, гломерулонефрит или другая патология почек;
- сахарный диабет, метаболический синдром, нарушение жирового обмена (2-3 ст.);
- хронический бронхит (курение);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, колит, гепатит).

Каждая умершая от ПЭ/Э женщина имела от 2-3 до 4-6 заболеваний. Следует отметить, что на аутопсии у 3 умерших выявлена мальформация сосудов мозга. Ранее эти осложнения встречались крайне редко. Повышение частоты выявляемости нарушения строения сосудистой стенки (отсутствие или недоразвитие мышечного слоя в артериях, тонкая стенка с участками дилатации, образование «клубка» сосудов с варикозным расширением вен в головном мозге) может быть связано с нарушением перинатального развития плода и плаценты (доказано снижение продукции ангиогенных факторов). Не исключено влияние полипрагмазии, которая весьма распространена при ведении беременных.

При анализе ведения беременных в женской консультации обращает на себя внимание слишком широкое назначение многих лекарственных препаратов без указания их необходимости: рибоксин, аскорутин, куратин, йодомарин, викасол, папаверин, дибазол, хофитол, поливитамины (компивит, витрум пренатал и др.), актовегин, магне-В6, воэнзим, белково-энергетические добавки.

Многим беременным, начиная с 1 триместра и вплоть до родоразрешения, назначают до 10-15 препаратов. Для удобства врача в карту наблюдения вклеивают листы с перечислением рекомендуемых лекарственных препаратов. Врач только подчеркивает рекомендуемые из них, но не обосновывает их назначение в диагнозе, дневниках и заключениях.

В то же время необходимые и показанные антигипертензивные препараты назначаются неправильно (неадекватная дозировка и кратность применения, отсутствие суточного мониторинга АД для коррекции дозы, продолжение терапии в одной и той же дозе, несмотря на отсутствие приемлемых цифр АД и т.д.).

3. Несмотря на высокую частоту соматических заболеваний у погибших от ПЭ и Э женщин, обращают на себя внимание поверхностные осмотры терапевта, редкие консультации смежных специалистов (кардиолога, невролога, инфекциониста, эндокринолога), отсутствие развернутых полноценных рекомендаций по лечению и профилактике соматической патологии.

До морфологического (секционного) исследования ни в одном случае не был поставлен диагноз «дисплазия соединительной ткани», которая приводит к слабости и дискоординации родовой деятельности.

4. Врачи женских консультаций не фиксируют в карте наблюдения срок гестации, когда произошла манифестация клинико-лабораторных признаков ПЭ для того, чтобы выделить «раннюю» форму этого осложнения. Соотношение ранней и поздней ПЭ по материалам аудита у умерших от ПЭ составляет 85% : 15% (по данным литературы – 60% : 40%, 55% : 45%).

Не проводится суточное мониторирование АД, протеинурии, микроральбуминурии (ранние показатели нарушения функции почек), показателей функции печени, почек, системы гемостаза.

Дневники предельно краткие, небрежно написанные, не отражающие обоснованность назначения лекарственных препаратов.

5. Ни у одной беременной с плацентарной недостаточностью, ЗРП, ранней ПЭ нет данных доплерометрии, в том числе на аппарате УЗИ-3D, которая позволяет рано диагностировать изменение пульсационного индекса в маточных артериях, индекса резистентности, оценить снижение васкуляризации плаценты. Нет доплерометрического скрининга в 20-22 недели в группах риска.

При ожирении, метаболическом синдроме не определяют дислипидемию, нарушение толерантности к глюкозе. Даже в перинатальных центрах не определяют биомаркеры ранней ПЭ. В настоящее время доказано, что в 22 недели гестации использование доплерометрии маточных артерий в совокупности с оценкой соотношения содержания антигенных и антиангиогенных факторов является высоко эффективным способом прогнозирования ПЭ и ЗРП у женщин с факторами высокого риска (ПЭ в анамнезе). Врачи не принимают во внимание гипертензивное расстройство, ЗРП в ранние сроки беременности (с 22-24 недель).

6. Типичными («стандартными») ошибками являются:

- недооценка состояния женщины, степени тяжести ПЭ;
- запоздалая госпитализация в стационар;
- ошибочный направляемый диагноз: «Легкая или средней тяжести ПЭ» (при АД 160/100 и выше), «ВСД по гипероническому типу», «Нейроциркуляторная дистония» и др.

7. Нельзя не отметить, что у каждой третьей пациентки выявлены профессиональные ошибки врачей:

- неправильная транспортировка поступившим транспортом больной с ПЭ без сопровождения врача (в дороге 9 часов, резкое ухудшение состояния – Э, преждевременная отслойка плаценты);
- транспортировка нетранспортибельных больных (крайне тяжелое состояние – умерла при перекладывании, перевод с неостановленным маточным кровотечением – на вскрытии «пустые сосуды»);