

ВАЖЕН КАЖДЫЙ РЕБЕНОК



unicef 

ПЕРВЫЙ ОТЧЕТ

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА
В ПИЛОТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



Конфиденциальный анализ случаев
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ в
шести пилотных перинатальных центрах
Республики Казахстан
в соответствии с методологией ВОЗ
«Что кроется за цифрами»

Отчет 2017

Отчет разработан сотрудниками КФ
“University Medical Center” Национальный
научный центр материнства и детства
и Представительством Детского фонда
ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.	3
Выражение признательности.	4
Основные 10 рекомендаций.	5
Основные факты	6
Резюме	8
Введение	10
Методология	14
Результаты исследования	18
Заключение.	30
Выводы и рекомендации.	33

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГБН	Гемолитическая болезнь новорожденных
ГрБН	Геморрагическая болезнь новорожденных
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
КОС	Кислотно-основное состояние крови
НЭК	Некротический энтероколит
ОАК	Общий анализ крови
ОАП	Открытый артериальный проток
ООО	Открытое овальное окно
ОРИТН	Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
ПОНРП	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
РДС	Респираторный дистресс синдром
ЭхоКГ	Эхокардиография
СДЛА	Систолическое давление легочной артерии
КТГ	Кардиотокограмма
КАСПС	Конфиденциальный аудит случаев перинатальной смертности
ЭНМТ	Экстремально-низкая масса тела
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
ЗВУР	Задержка внутриутробного развития
ОПЦ	Областной перинатальный центр
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПШП	Подсчет шевеления плода
ПЛГН	Персистирующая легочная гипертензия новорожденных
ВПС	Врожденный порок сердца
УЗИ	Ультразвуковое исследование
РК	Республика Казахстан
МЗ	Министерство здравоохранения
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Центральная Комиссия конфиденциального аудита перинатальной смертности (ЦК КАПС) выражает признательность техническим экспертам и представителям ряда организаций за их вклад в подготовку Отчета.

Настоящий Отчет разработан КФ “University Medical Center” Национальный научный центр материнства и детства. Основные авторы настоящей версии – Тамара Чувакова и Бектурган Карин. Серьезный вклад в подготовку публикации также внесли Алла Куртяну и Виктор Петров из Института матери и ребенка, Республики Молдова. Искренняя признательность Азаматовой Элине, секретарю ЦК КАПС за координацию подготовки Отчета. Мы благодарим Зою Ан за редакцию акушерской части настоящего отчета.

Мы приносим благодарность членам ЦК КАПС, мультидисциплинарным командам из шести пилотных областных перинатальных центров и Республиканскому центру развития здравоохранения за помощь, оказанную в процессе пилотирования перинатального аудита: Айнуре Айыпхановой, Канату Ермекбаеву, Жанибеку Ажмуханову, Гуламу Джуманов, Бахыткали Ибраимову, Каргаш Тлеген кызы, Дине Туракбаевой, Нурбахыт Нарикбаевой, Жулдыз Кучербаевой, Данияру Ахметовой, Светлане Кураш, Сауле Аманбековой, Ирине Березовской, Гайни Беспяевой, Ирине Никитиной, Карине Шарафутдиновой, Рахиме Налибаевой, Гульжанар Идыровой, Гульнаре Нурмухамедовой, Ангелине Амелиной, Василию Власову Айман, Оспановой, Наталье Тумашевой, Иванне Родина, Наталье Суконниковой, Айгуль Айтбаевой, Жанылай Капановне, Айгул Сулейменове, Булбул Рахимбекове, Айсену Куатбекову, Талгат Толыкбаеву, Асхату Балыкову, Салтанат Асанове, Гульстан Кабылове, Мадине Ниязовой, Виталию Луковенко, Светлане Шикановой.

Мы благодарим страновой офис Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) за поддержку, оказанную в процессе внедрения перинатального аудита на национальном уровне и разработку Отчета.

Координацию подготовки настоящего Отчета в рамках ЮНИСЕФ осуществлял Канат Суханбердиев

10 основных рекомендации

1. Всем беременным с бессимптомной бактериурией рекомендуется антибактериальная терапия в течении 7 дней с целью предупреждения персистирующей бактериурии, преждевременных родов и рождения маловесных детей.
2. Разработать коммуникативные материалы для снижения риска мертворождаемости и преждевременных родов:
 - a. Всем беременным проводить консультирование по вопросам здорового питания и физической активности, которые позволяют поддержать хорошее самочувствие и избежать избыточной прибавки в весе во время беременности. Необходимо также проводить консультирование о вреде злоупотребления алкоголем, психоактивными веществами и отказ от курения.
 - b. Всем беременным женщинам во время постановки на учет выдавать памятку о тревожных признаках с разъяснением. Во время каждого визита следует проводить мониторинг знаний о рисках мертворождаемости и преждевременных родов.
3. Внести дополнение/изменения в национальные клинические протокола «Ведение родов», «Оценка состояния плода». Добавить алгоритм действий при нарушении шевеления плода (ПШП). ПШП использовать рутинно в группе риска неблагоприятных перинатальных условий. Разработать алгоритм действий при кардиотокограмме второго типа (сомнительное КТГ)
4. Необходимо разработать информационную памятку для медработников по показаниям и критериям назначения КТГ, УЗИ, Доплер. Результаты всех медицинских обследований, особенно КТГ, УЗИ, Доплер, необходимо интерпретировать с занесением в медицинскую документацию. Определение биофизического профиля плода, доплерометрии сосудов пуповины рекомендуется проводить только в группе риска.
5. Во всех перинатальных центрах необходимо провести тренинги по следующим темам: правильной оценке респираторного и гемодинамического статуса, кислотно-основного состояния крови, водно-электролитного баланса и их коррекции.
6. Всем врачам неонатологам необходимо знать критерии постановки диагноза персистирующей легочной гипертензии новорожденных.
7. При подозрении ПЛГН для подтверждения диагноза необходимо выполнить ЭхоКГ немедленно после назначения.
8. Руководителям родовспомогательных организаций обеспечить условия для постановки диагноза и лечения персистирующей легочной гипертензии.
9. МЗ РК необходимо зарегистрировать на территории Республики Казахстан оксид азот и аппарат для ингаляции и мониторинга оксид азота.
10. С целью улучшения потенциала и навыков медицинских работников системы охраны здоровья матери и новорожденного следует возобновить проведение тренингов по вопросам эффективного перинатального и неонатального ухода, рекомендуемых ВОЗ, ЮНИСЕФ с последующим мониторингом практик.

ОСНОВНЫЕ ФАКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АУДИТА

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

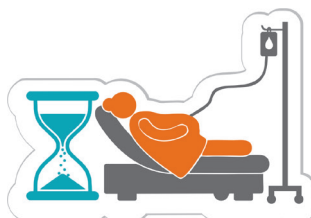
Каждая
3-я беременная женщина
не информирована
об опасных сигналах



В каждом
6 случае
не был
проведен КТГ,
при наличии показаний



8%
поздняя
госпитализация



В каждом **7 случае** были показания
для доплерографического
исследования,
однако не было сделано.

В каждом **10 случае** были показания
для ультразвукового исследования, но не было выполнено.

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

В каждом **4 случае**



отсутствие и неадекватная интерпретации КТГ



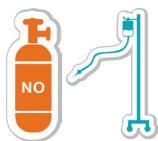
отсутствие мониторинга за состоянием плода во время родов

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ



В каждом **2 случае**
неадекватная коррекция КОС

В каждом **3 случае**
неадекватная коррекция водно –
электролитного баланса и недооценка
легочной гипертензии новорожденных



В каждом **5 случае**

- отсутствие лекарственных средств: добутамин, оксид азота и т.д.
- не проведен ЭхоКГ при наличии показания
- недостаточный мониторинг в отделении совместного пребывания матери и ребенка



В каждом **10 случае**
недооценка артериальной гипотензии



РЕЗЮМЕ

Аудит перинатальной смертности осуществлялся в шести перинатальных центрах Республики Казахстан путем сбора информации о количестве и о причинах мертворождений и смертей новорожденных в раннем неонатальном периоде и проведения анализа качества оказываемой помощи, с применением не предусматривающего обвинений междисциплинарного подхода с целью улучшения качества помощи, оказываемой всем матерям и новорожденным младенцам.

Такой аудит представляет собой хорошо разработанный Всемирной организацией

здравоохранения механизм изучения обстоятельств каждой смерти, в том числе любых сбоев в системе оказания медицинской помощи, которые можно было бы предотвратить. Выявление наиболее часто встречающихся устранимых факторов смертельных исходов, связанных с беременностью и родами, может способствовать внедрению в практику вмешательств, направленных на снижение перинатальных потерь.

Цель данного отчета – предоставить информацию, которая может быть использована специалистами в области здравоохранения, планирования медицинской помощи

Таблица 1. Категория смертности при проведении конфиденциального аудита случаев перинатальной смертности.

Категория	Определение	Удельный вес среди всех случаев перинатальной смертности
0	Неадекватность оказания медицинской помощи не выявлена	4%
1	Неадекватная медицинская помощь; другая стратегия ведения не повлияла бы на исход	15%
2	Неадекватная медицинская помощь; другая стратегия ведения могла бы повлиять на исход	61%
3	Неадекватная медицинская помощь; было бы разумно ожидать, что другая стратегия ведения могла бы повлиять на исход	21%

и менеджерами для спасения жизней новорожденных путем совершенствования качества оказываемой помощи.

Для решения поставленной цели был проведен конфиденциальный аудит 113 случаев перинатальных смертей, произошедших в пилотных родовспомогательных центрах шести городов Казахстана.

В качестве инструментов исследования использовались разработанные формы и классификации, а также анкета собеседования с матерью и членом семьи, перенесших перинатальную потерю (вербальная аутопсия), в которые заносилась информация из медицинской документации, отражающей качество оказываемых услуг беременным в ante-, intra- и постнатальном периодах, а также качество ухода и медицинской помощи новорожденным. Инструменты и формы были предоставлены экспертами из Молдовы.

Все случаи смерти были классифицированы в зависимости от выявленных факторов ненадлежащего ухода.

Результаты исследования показали, что

В 4% случаев смерть была отнесена к категории 0, то есть неадекватность оказания медицинской помощи не выявлена.

В 15% случаев смерть была отнесена к категории 1, то есть другое лечение не повлияло бы на исход.

В большинстве случаев (61%) смертей были отнесены к категории 2, то есть неадекватная/субоптимальная медицинская помощь, имеется ввиду что другое лечение

могло бы повлиять исход

В 21% случаев смерть была отнесена к категории 3, то есть неадекватная/субоптимальная помощь, это подразумевает что другое лечение должно было изменить конечный результат.

Самый поразительный вывод заключается в том, что большинство смертей можно было избежать. Доля случаев смерти которые были отнесены к категории 2 и 3 составили преимущественное большинство (82%). Случаи были отнесены к категории 2 и 3 по причине выявления факторов ненадлежащего ухода и самые важные из них это профессиональные факторы, связанные с объемом и качеством оказываемой помощи медицинскими работниками. Следовательно медицинские работники имеют слабый профессиональный потенциал в области антенатального ухода за беременной, также, как и интранатального, и послеродового ухода. Выявленные факторы ненадлежащего ухода не могут обеспечить физиологическое течение беременности и безопасные роды, своевременную диагностику осложнений беременности и родов, а также безопасный уход за женщинами и новорожденными в постнатальном периоде, кроме того своевременную диагностику неотложных состояний у новорожденных и проведение их адекватной терапии. Все эти факторы ненадлежащего ухода, в конечном итоге, приводят к повышению перинатальной заболеваемости и смертности.

ВВЕДЕНИЕ

С начала нового столетия в Казахстане были проведены реформы здравоохранения, направленные на совершенствование управления и организации системы охраны здоровья матери и ребенка, повышение квалификации медицинских работников в области перинатальной медицины и ведения болезней детского возраста по общепринятым мировым стандартам. Все это способствовало снижению показателя младенческой смертности более, чем в 2 раза по сравнению с 2008 годом (когда страна перешла на Международные критерии живорождения), составив в 2015 г 9,6‰.

Согласно заключению Межведомственной Группы Организации Объединенных Наций по оценке уровня смертности «Казахстан, начиная с конца 2000 года, добился значительного прогресса в снижении уровня младенческой и детской смертности на 64% и 65% соответственно». По их расчетам «в Казахстане показатель смертности детей до 5 лет, начиная с 2000 года, снижался примерно на 6,5% в год».

Перинатальные потери являются одним из основных показателей, отражающих качество медицинского обслуживания беременных женщин, младенцев и новорожденных.

Темпы снижения мертворождаемости

были не столь оптимистичны, составляя 10,7‰ в 2008 г и 9,3‰ в 2015 г. Более того, в 2015 г в структуре ПС уровень мертворождаемости повысился и ее соотношение к РНС составило почти 3:1. Причем, в структуре перинатальных потерь 2015-2016 годов по весовым категориям лидируют плоды и новорожденные с нормальной массой тела (2500 г и более). На фоне снижения перинатальной смертности доля антенатальных потерь в 2015-2016 гг в весовой категории 2500 г и более продолжают составлять около 30%.

Согласно официальным данным «Мединформ», причинами ранней неонатальной смертности в весовой категории 2500 г и более в РК за 2016 год явилось: ВПР – 37%, асфиксия – 15%, пневмония – 13%, другие и прочие причины – 11%, аспирационные синдромы – 5%, сепсис – 4%, РДС – 3%, ВЖК – 3%, ГрБН, ГБН и НЭК по 1%.

Известно, что в странах с хорошо поставленной перинатальной службой, потери плодов и новорожденных с нормальной массой встречаются крайне редко, так как для их выживания не требуются дорогостоящие медицинские технологии. Основным условием их выживания является улучшение качества клинической практики.

Следовательно, выяснение причин перинатальных потерь плодов и новорожденных с нормальной массой тела для улучшения качества клинической практики и разработки рекомендаций и мероприятий, нацеленных на устранение недостатков ухода и медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным детям является актуальной задачей здравоохранения Казахстана, что, несомненно, будет способствовать снижению перинатальной смертности.

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности всегда было и остается одной из важнейших задач акушерства, перинатологии и неонатологии. Адекватный уход и медицинская помощь, оказываемые плоду и новорожденному в перинатальном периоде являются важными интегральными показателями качества медицинской помощи населению. По

значимости для становления здоровья детского организма и, следовательно, здоровья каждого человека и, в целом, здоровья нации, перинатальный период уникален и не сопоставим ни с одним другим возрастным периодом. Его уникальность определяется тем, что формирование патологии в этом периоде в 99,5 % случаев обусловлена состояниями, возникающими до и во время беременности, в период родов, а также с состояниями, появляющимися к моменту рождения ребенка, и только в 0,5 % случаев – с состояниями, реализующимися в течение первой недели жизни.

Следовательно, перинатальные факторы, обуславливающие высокие перинатальные потери, должны выявляться и оцениваться до рождения ребенка для определения их потенциальной предотвратимости и устранения или смягчения их действия.

В Казахстане перинатальный аудит проводится в виде анализа анонимизированной медицинской документации

и конфиденциальной анкеты матери, которая позволяет определить качество ухода, факторы и причины, которые привели к смертельному исходу.

Приведенные аргументы свидетельствуют о наличии реальных возможностей снижения плодово-младенческой смертности в РК до уровня развитых стран

при условии внедрения в практику родовспомогательных организаций конфиденциального аудита перинатальных потерь плодов и новорожденных с массой тела 2500 г. и более.

Конфиденциальный аудит случаев перинатальной смертности (КАСПС) представляет собой анонимное, систематическое и многодисциплинарное исследование случаев перинатальной смертности, которая выявляет причины смерти и ее предотвратимые факторы. КАСПС обеспечивает конфиденциальный, обезличенный, научно-обоснованный контекст, который не ищет виновного, а учитывает факторы, которые привели к смерти плода/новорожденного.

В 2016 году по инициативе Министерства здравоохранения и социального развития РК и при технической поддержке Детского фонда ООН в Казахстане было начато внедрение перинатального аудита. В качестве пилотных организаций были выбраны 6 перинатальных центров городов с большим количеством родов, в которых концентрируются случаи с высоким риском перинатальной патологии: Астана, Актюбинск, Тараз, Караганда, Павлодар и Шымкент. Критериями выбора перечисленных организаций явились: количество родов, динамика перинатальной смертности, географическое расположение и поддержка со стороны руководства клиник. Кроме того, имели значение также сведения о пери-

натальных потерях в весовой категории 2500 г и более, полученные в исследуемых регионах за 2016 год (табл.1).

Соотношение ante/интранатальных потерь в ранней неонатальной смертности пред-

Таблица 2. Структура перинатальных потерь в весовой категории 2500 г и более в пилотных регионах за 2016 г

	Число родившихся живыми	Число родившихся мертвыми	Смерть наступила в антенатальном периоде	Смерть наступила в интранатальном периоде	Умерло в раннем неонатальном периоде
Актюбинская	18658	71	60	11	30
Жамбылская	24436	90	83	7	16
Карагандинская	22256	72	61	11	30
ЮКО	74766	270	225	45	62
Павлодарская	11689	34	30	4	11
Астана	25974	66	66	0	15

ставлено в таблице 3.

Министром здравоохранения и социального развития РК 04 октября

Таблица 3. Структура перинатальных потерь в весовой категории 2500 г и более в пилотных перинатальных центрах за 9 месяцев 2017г.

	Число родившихся живыми	Число родившихся мертвыми	Смерть наступила в антенатальном периоде	Смерть наступила в интранатальном периоде	Умерло в раннем неонатальном периоде
Актобе ОПЦ	3940	24	23	1	3
Тараз ОПЦ	4270	12	10	2	6
Караганда ОПЦ	3337	31	31	-	2
Шымкент ОПЦ	6104	18	13	5	5
Павлодар ОПЦ	3218	12	10	2	4
Астана ПЦ	7895	8	7	1	6
		105	94	11	26

2016 года, был утвержден приказ №124-4 «О мерах по организации проведения конфиденциального аудита материнской, перинатальной смертности, критических случаев в акушерской практике».

Цель проведения перинатального аудита:

Выявить тенденции и истинные причины мертворождаемости и неонатальной смертности поддающиеся изменению. Побудить лиц принимающие решения уделять должное внимание проблеме мертворождаемости и неонатальной смертности и решать ее.

Задачи проведения перинатального аудита:

– провести анализ каждого случая мертворождаемости и ранней неонатальной смертности и оценить с позиций последних данных научно-доказательной медицины объем и качество перинатального ухода

и помощи на уровне медицинского учреждения;

– разработать практические рекомендации по предотвращению подобных смертей в будущем;

– оценить отношение женщин и семей к качеству и объему медицинской помощи, по результатам вербальной аутопсии

Следует отметить, что недостаточно только подсчитывать количество смертей и вычислять уровни смертности или даже выявлять системные проблемы, обусловившие эти смерти. Аудит смертности полезен лишь в том случае, если анализ данных приводит к действиям основанных на полученных результатах.



МЕТОДОЛОГИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО АУДИТА СЛУЧАЕВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Конфиденциальный аудит перинатальной смертности может быть определено как систематическое мультидисциплинарное анонимное исследование репрезентативной выборки, случаев перинатальной смертности, имевших место в определенной медицинской организации, которое определяет количество случаев, их причины и связанные с ними факторы, которые можно исправить или которых можно избежать.

Экспертиза случаев перинатальной смерти проводилась в соответствии, принципов и подходов Всемирной организации здравоохранения, опубликованных в руководстве «Важен каждый ребенок. Аудит случаев мертворождения и неонатальной смерти». (Женева, Швейцария, 2016 г).

Для осуществления конфиденциального аудита перинатальной смертности была создана Центральная Комиссия, куда высылались обезличенная медицинская документация по каждому случаю перинатальной смертности из пилотных родовспомогательных организаций.

Деятельность Центральной Комиссии конфиденциального аудита перинатальной смертности

Центральная комиссия конфиденциального аудита анализирует каждый случай перинатальной смертности.

Председатель Центральной Комиссии:

1. обеспечивает надзор за соблюдением проведения конфиденциального аудита на всех его этапах;
2. проводит ежеквартальные заседания по анализу случаев перинатальной смертности в рамках конфиденциального аудита;
3. разрабатывает и публикует отчеты с рекомендациями конфиденциального аудита один раз в три года;
4. представляет анализ результатов конфиденциального аудита в Министерство здравоохранения Республики Казахстан один раз в год для принятия срочных управленческих решений по устранению причин перинатальной смертности.

Секретарь Центральной Комиссии:

1. назначается Председателем Комиссии;
2. сотрудничает с региональными координаторами конфиденциального аудита и региональными секретарями для своевременного оказания технического и методического содействия в сборе данных;
3. проверяет полученную от региональных координаторов документацию (медицинские документы с опросными листами/анкетами) и обеспечивает

- окончательное обезличивание перед представлением к заседанию по оценке случаев перинатальной смертности;
4. запрашивает дополнительные данные в случае не полной информации, полученной от регионального координатора;
 5. подготавливает необходимые документы и материалы по повестке дня заседания Комиссии;
 6. распределяет группе из 5-6 экспертов копии предоставленных в комитет документов (эксперты выбираются заранее из списка членов комитета, состав группы экспертов зависит от того какой случай смертности дискутируется, при ранней неонатальной смертности обычно в качестве экспертов привлекаются врачи: неонатолог, акушер-гинеколог, акушерка, патоморфолог, психолог);
 7. оформляет протокол каждого заседания, визируемый всеми членами Комиссии;
 8. в случае невыполнения секретарем функциональных обязанностей, Председателем ставится вопрос о его досрочном переназначении.

Деятельность регионального координатора конфиденциального аудита перинатальной смертности

Региональный координатор конфиденциального аудита перинатальной смертности – медицинский работник региона (в нашем случае работник пилотного перинатального центра), отвечающий за своевременное информирование Центральной Комиссии о случаях перинатальной смертности, правильное заполнение анкет/опросных листов, своевременную их передачу в Центральную Комиссию конфиденциального аудита.

Региональный координатор:

1. оповещает секретаря Центральной Комиссии о каждом случае перинатальной смертности в течение 24 часов;

2. обеспечивает качественное заполнение опросного листа/анкеты для конфиденциального аудита;
3. осуществляет контроль за обучением специалистов, принимающих участие в конфиденциальном аудите;
4. один раз в год принимает участие в разработке окончательного отчета Комиссии;

Деятельность регионального секретаря конфиденциального аудита перинатальной смертности

Региональный секретарь конфиденциального аудита по перинатальной смертности – работник пилотного перинатального центра, ответственный за сбор и отправку информации в Центральную Комиссию:

1. обезличивает и копирует всю медицинскую документацию по каждому случаю перинатальной смертности: обменно-уведомительную карту беременной (форма 113/у), индивидуальную карту беременной (форма 111/у), историю родов (форма 096/у), историю развития новорожденного (форма 097/у), историю болезни (форма 003/у), копии первичного медицинского свидетельства о перинатальной смерти и протокол патоморфологического исследования;
2. помогает заполнять анкеты участникам оказания медицинской помощи и родственникам;
3. выполняет техническую работу по оформлению медицинской документации перед отправкой в Комиссию;
4. направляет экстренный формуляр регистрации случая перинатальной смертности в Республиканский центр развития здравоохранения в течение 24 часов с момента мертворождения или смерти новорожденного в раннем неонатальном периоде и через 14 дней – обезличенную документацию и анонимные анкеты для проведения

конфиденциального аудита перинатальной смертности. Протокол анатомо-морфологического, в том числе и результаты гистологического исследования, а также Анкета вербальной аутопсии, заполненная подготовленным специалистом или психологом, высылаются также через 14 дней от момента перинатальной смерти.

Заседания Центральной Комиссии конфиденциального аудита.

Результаты конфиденциального аудита перинатальной смертности обсуждаются на заседании Центральной Комиссии конфиденциального аудита, где дискутируются 4-5 случаев мертворождений и ранней неонатальной смертности. Для каждого случая эксперты заполняют Конфиденциальную Анкету, сравнивая оказанную помощь со стандартами, классифицируют случай смертности согласно классификации причин ante-, интранатальной и ранней неонатальной смертности, определяют степень объема и качества оказанной медицинской помощи и факторы риска, которые повлияли на смертельный исход.

Группа экспертов выбирает докладчика. Перед заседанием эксперты обсуждают причину смерти, объем, качество оказываемой помощи и факторы ненадлежащего ухода, которые привели к смертельному исходу, далее приходят к общему заключению насчет классификации причин смерти по категориям. В случае, когда мнения экспертов расходятся, мнение каждого эксперта заслушивается в отдельности на заседании национальной комиссии. В этом случае председатель и секретарь комиссии не должны влиять на решение экспертов.

Заседание комитета носит образовательный характер для приглашенных врачей специалистов.

Решения Комиссии:

– принимаются открытым голосованием и считаются принятыми, если за них

подано большинство голосов от общего количества членов Комиссии;

– в случае равенства голосов принятым считается решение, за которое проголосовал Председатель;

– секретарь Комиссии не принимает участие в голосовании.

Члены Комиссии имеют право на особое мнение, которое, в случае его выражения, должно быть изложено в письменном виде и приложено к протоколу Комиссии.

Тип исследования

Данный отчет основывается на результатах экспертной оценки конфиденциальной анкеты матери и медицинской документации по ante- и intra- и постнатальному уходу, и медицинской помощи женщинам, беременность которых закончилась при сроке гестации ≥ 37 недель мертворождением или смертью новорожденных в раннем неонатальном периоде (0-168 час. от момента рождения) с массой тела 2500,0 г и более.

Инструмент исследования.

При проведении перинатального аудита в качестве инструментов исследования использовались классификации и формы, которые применяются при проведении конфиденциального аудита в Молдове и адаптированные национальными экспертами в Казахстане (см. приложения 1-9):

- Стандарты
- Классификация причин антенатальной смертности ReCoDe
- Классификация причин интранатальной и ранней неонатальной смертности
- Классификация факторов, связанных с перинатальной помощью
- Классификация: Уровни объема и качества медицинских услуг
- Резюме Комитета по анализу случаев перинатальной смертности
- Анкета вербальной аутопсии (собесе-

дования) родителя, перенесшего перинатальную потерю

- Формуляр экстренной регистрации случая перинатальной смертности

Обучение врачей-экспертов

В мае 2016 года, при организации и поддержке Детского фонда ООН в Казахстане (ЮНИСЕФ), экспертами из Молдовы был проведен обучающий семинар для представителей пилотных регионов по методологии экспертизы и правилам заполнения анкет, используемых в процессе анализа медицинской документации. В дальнейшем, было проведено 3 закрепительных семинара и 3 рабочих совещания с экспертами из пилотных регионов.

Сбор и обработка данных.

Конфиденциальному аудиту подлежали случаи смерти плодов и новорожденных с гестационным возрастом 37 недель и более, массой тела 2500г и более, кроме случаев множественных некорректируемых пороков развития. Вся медицинская документация по каждому случаю перинатальной

смертности (обменно-уведомительная карта беременной (форма 113/у), индивидуальная карта беременной (форма 111/у), история родов (форма 096/у), история развития новорожденного (форма 097/у), история болезни (форма 003/у), копии первичного медицинского свидетельства о перинатальной смерти и протокол патоморфологического исследования) подвергалась обезличиванию с последующим копированием. Для анализа случаев обезличенные копии медицинской документации передавались в другой перинатальный центр. Эксперты с других перинатальных центров разбирают ведение случая и выделяют причину смерти, факторы, которые способствуют наступлению смерти и оценивают качество и объем оказанной помощи. Обработанный материал отправляется в виде заключения в центральный комитет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данный отчет основывается на результатах экспертной оценки 113 случаев перинатальных потерь, произошедших за 9 месяцев 2017 года, из которых 91 (80%) зарегистрированы в антенатальном, 4 (4%) - в интранатальном и 18 (16%) - в ранних неонатальных периодах.

ПОТЕРИ ПЛОДОВ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Наибольшую долю в структуре перинатальных потерь составляли антенатальные

потери (80%). Заболевания или осложнения со стороны матери, обусловившие наступление антенатальной смерти представлены в табл.3, из которой видно, что наиболее частой причиной потерей, была в категории «Плацента», а именно плацентарная недостаточность (31%).

Рассмотрение случаев антенатальной смертности привело к выявлению на каждой стадии перинатального ухода массы моментов, на примере которых можно учиться; они связаны с дородовым наблюдением роста и

Таблица 4. Причины антенатальной смертности в пилотных организациях РК.

Главные причины	Специфические причины	Абс:	%
А. Плод	1. Врожденная летальная аномалия	-	-
	2. Инфекция		
	2.1 Хроническая – например, TORCH (токсоплазмоз, другие инфекции, краснуха, цитомегаловирус, герпес)	6	7%
	2.2 Острая	-	-
	3. Неиммунная водянка плода	2	2%
	4. Изоиммунизация	-	-
	5. Плодово-материнские кровотечения	-	-
	6. Трансфузия от одного близнеца другому	-	-
	7. Внутриутробная задержка развития плода ¹	10	11%
	8. Другие	-	-

В. Пуповина	1. Выпадение	-	-
	2. Узел пуповины или тугое обвитие	3	3%
	3. Прикрепление оболочечное	2	2%
	4. Другие	-	-
С. Плацента	1. Отслойка	8	9%
	2. Предлежание	-	-
	3. Предлежание сосудов	-	-
	4. Плацентарная недостаточность/инфаркт ³	28	31%
	5. Другие	-	-
D. Амниотическая жидкость	1. Хориоамнионит	1	1%
	2. Маловодие ²	2	2%
	3. Многоводие ²	10	11%
	4. Другие	-	-
Е. Матка	1. Разрыв	-	-
	2. Другие	2	2%
F. Мать	1. Сахарный диабет	1	1%
	2. Заболевания щитовидной железы	-	-
	3. Эссенциальная гипертензия	1	1%
	4. Гипертонические состояния, обусловленные беременностью	5	5%
	5. Волчанка/ Антифосфолипидный синдром	1	1%
	6. Холестатические состояния	1	1%
	7. Употребление наркотических веществ	-	-
	8. Другие	6	7%
OG. Интранатальные	1. Асфиксия	-	-
	2. Родовая травма	-	-
H. Травма	1. Внешняя	-	-
	2. Ятрогенная	-	-
I. Неклассифицированные	1. Ни одной выявленной патологии	7	8%
	2. Недостаточно информации	4	4%

движений плода, адекватным мониторингом с использованием кардиотокографии и доплерографии а также назначения лекарств с недоказанной эффективностью. В 30% случаев беременные недостаточно были консультированы по тревожным признакам во время беременности, 8% беременных не прошли скрининг на бессимптомную бактериурию. В 2% до и после зачатия женщинам не назначалась фолиевая кислота, а в 13% случаев женщины не проходили предгравидарную подготовку.

В 15% случаев при наличии показаний не проведены кардиотокография (КТГ) и в 13% случаев – доплерографии сосудов пуповины плода. В 5% случаев кардиотограмма плода была неверно интерпретирована что также повлияло на исход. До сих пор продолжается назначение беременным лекарственных средств с недоказанной эффективностью (3%), либо их несвоевременное применение (2%). Многоводие, как причина антенатальной гибели диагностирована у 11%.

Таблица 5. Факторы, связанные с перинатальной смертностью в антенатальном периоде.

Факторы	Абс:	%
а) Факторы, связанные с женщиной/семьей/социальные:		
1. Отказ от госпитализации	1	1
2. Возраст супруга	1	1
3. Игнорирование врачебных назначений	1	1
4. Поздняя явка/постановка на учет	1	1
5. Отказ от консультации на III уровне перинатальной помощи	1	1
6. Поздняя обращение/госпитализация при гестационном гипертензии	1	1
7. Самовольный уход из стационара	1	1
8. Незапланированная беременность	1	1
9. Дефицит массы тела женщины	1	1
10. Занималась самолечением	1	1
11. Женщина часто меняла адрес проживания	1	1
b) Факторы, связанные с доступом к медицинской помощи		
1. Задержка оказания помощи при поступлении беременной женщины в роддом	1	1
2. Задержка с оказанием оперативных родов	1	1
c) Профессиональные факторы (связанные с объемом и качеством оказанной помощи):		
1. Не информированы о тревожных сигналах	27	30
2. Не проведен КТГ при наличии показания	14	15
3. Не проведена предгравидарная подготовка	12	13
4. Не проведен доплер при наличии показания	12	13
5. Не проведен УЗИ при наличии показания	8	9
6. Не проведен скрининг на скрытую бактериурию	7	8
7. Поздняя госпитализация	7	8
8. Не проведена гравидограмма	7	8
9. Неправильная интерпретация КТГ	5	5
10. Позднее взятие на учет	4	4
11. Отсутствие консультации узкого специалиста	4	4
12. Использование ЛС с недоказанной эффективностью (папаверин, дюфалак, вит. Е, фолатин, магне В6, урожестин)\	3	3
13. Не проведена профилактика фолиевой кислотой	2	2
14. Не своевременно диагностирован ЗВУР	1	1
15. Не обследована на TORCH инфекцию, при наличии показаний	1	1
d) Другие факторы (консультирование, общение, обследование)		
1. Не информированы о тревожных сигналах	27	30
2. Не проведен бактериологическое исследование мочи при наличии показания	7	8
3. При варикозном расширении вен н/конечностей не проводилась исследование на свертываемость	1	1
4. Отсутствие консультации узкого специалиста	1	1
5. Поздняя диагностика ПОНРП	1	1

Таким образом, представленные в таблице 4 и 5, состояния матери и факторы ухода, способствовавшие потерям плодов в антенатальном периоде, свидетельствуют о несоблюдении медицинскими работниками родовспомогательных организаций протоколов ведения беременности и, как следствие, - отсутствие адекватных и верных решений при ее осложнениях. Степень объема и качества медицинских услуг в преобладающем большинстве случаев (81%), оказываемых в антенатальном периоде, позволило оценить экспертам и выставить категорию смертности:

Категория 2 в 60% случаев (Неадекватная медицинская помощь; другая стратегия ведения могла бы повлиять на исход)

Категория 3 в 21% случаев (Неадекватная медицинская помощь; было бы разумно ожидать, что другая стратегия ведения могла бы повлиять на исход)

Среди факторов, повлиявших на перинатальную смертность в антенатальном периоде, профессиональные факторы, связанные с объемом и качеством оказанной помощи, являются самыми распространенными и следующие из них повлияло бы на конечный исход: качественная консультация беременных на уровне ПМСП о тревожных сигналах, своевременное проведение УЗИ, КТГ, доплер при наличии показаний, своевременная госпитализация, качественный мониторинг за состоянием плода и интерпретация результатов КТГ.

ПОТЕРИ ПЛОДОВ В ИНТРАНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

В таблице 6 представлены основные причины, приведшие к интранатальной смертности плодов в пилотных организациях РК.

Таблица 6. Причины интранатальной смертности в пилотных организациях РК

Причины	Абс:	%
Плодово-материнские состояния, предшествующие родам		
а. Презклампися	1	25%
Смерть по причине «асфиксии», «аноксии» или интранатальной «травмы» у нормального ребенка (низкая оценка по шкале Апгар, необходимость реанимации, ацидоз или меконияльная аспирация)	3	75%
А. экстренные интранатальные ситуации	-	-
1. выпадение пуповины	-	-
2. кровотечение	-	-
3. диспропорция (дистоция динамическая или механическая) / разрыв матки	1	25%
4. хориоамнионит	-	-
В. без экстренных интранатальных ситуаций		
1. стимуляция / индукция	1	25%
2. без стимуляции / индукции	1	25%

В интранатальном периоде потери составили 4% (4 случая) от всех перинатальных смертей, но их причины также свидетельствовали о недостаточном знании медперсоналом родовспомогательных организаций технологий эффективного

перинатального ухода и медицинской помощи при осложнениях в родах, что обусловило их неадекватное ведение у беременных с рубцом на матке (25%) и родовым излитием плодных вод (25%). Эти факторы обусловили развитие экстренных

должных действий по устранению асфиксии плода (табл.7).

Для подтверждения заключения приводим клинический пример отсутствия верного решения, обусловившего интанта-льную гибель плода.

Факторы ухода	Абс:	%
а) Факторы, связанные с женщиной/семьей/социальные:		
б) Факторы, связанные с доступом к медицинской помощи		
в) Профессиональные факторы (связанные с объемом и качеством оказанной помощи): Аntenатальные: 1. Не проведено обследование на инфекцию 2. Не проведено УЗИ при наличии показания Интранатальные: 1. Неадекватное ведение родов с рубцом на матке 2. Неадекватное ведение родов с дородовым излитием вод 3. Отсутствие интерпретации КТГ 4. Отсутствие мониторинга за состоянием плода во время родов 5. Не проведен УЗИ при наличии показания 6. Не проведен доплер при наличии показания 7. Не проводился антибиотикопрофилактика при длительном безводном периоде	1 1 1 1 1 1 1	25% 25% 25% 25% 25% 25% 25%
д) Другие факторы (консультирование, общение, обследование)		

Первобеременная, первородящая женщина с диагнозом: Беременность 38 недель 4 дня. Преэклампсия тяжелой степени. Дородовое излитие околоплодных вод. Умеренная анемия.

При госпитализации обследована, выставлен диагноз: преэклампсия тяжелой степени. Дородовое излитие околоплодных вод (ДИОВ). Проведено лечение, по стабилизации состояния. Учитывая тяжелую преэклампсию, доношенный срок беременности начата индукция родов простагландинами. На фоне индукции родов развилась регулярная родовая деятельность. Во втором периоде родов диагностирована интранатальная гибель плода.

Произошли роды мертвым плодом мужского пола, массой тела 3000,0 г, длиной 52 см, без мацерации кожных покровов. Послед массой 520,0 г,

размерами 22х23х3,5 см. Кровопотеря в родах 200 мл. Послеродовый период протекал без осложнений.

Заключительный диагноз: Индуцированные роды в сроке 38 недель мертвым плодом. Интранатальная гибель плода. Презклампсия тяжелой степени. Дородовое излитие околоплодных вод (б/п 43 ч. 35 мин.). Разрыв промежности 1 степени. Индукция простагландинами. Ушивание разрыва.

Оценка данного случая экспертами:

Классификация степеней объема и качества медицинских услуг:

Категория смерти 3, то есть неадекватная медицинская помощь; было бы разумно ожидать, что другая стратегия ведения могла бы повлиять на исход.

Профессиональные факторы (связанные с объемом и качеством оказанной помощи): В родах не диагностировано угрожаемое состояние плода, о чем свидетельствовал патологический тип КТГ, интерпретация которого отсутствовала и, как следствие, не приняты адекватные и верные решения.

1. Считает ли комиссия, что, в целом, индивидуальная помощь в случае перинатальной смертности была оптимальной, адекватной или недостаточной?
- Помощь была недостаточной (имеет место интранатальная гибель плода).
2. Считает ли комиссия, что, в целом, помощь родильного дома, отделения была оптимальной, адекватной или недостаточной?
- Помощь была недостаточной: своевременно не диагностировано угрожаемое состояние плода, и не приняты адекватные и верные решения.
3. Считает ли комиссия, что существовали некоторые проблемы относительно клинических протоколов:
- Да, не соблюдались протоколы: индукции родов, оценки состояния плода, протокол при ДИОВ.

По заполненной анкете женщиной четко прослеживается неадекватность оказанной помощи в стационаре как при обследовании, лечении, так и в родах и послеродовом периоде.

Хотелось бы отметить, что при поступлении проведена полная оценка внутриутробного состояния плода – оценено как удовлетворительное. Несмотря на то, что индукция родов проводилась под постоянным кардиомониторным наблюдением за состоянием плода (состояние плода по КТГ лентам во время индукции родов не страдало), в родах должного внимания на оценку состояния плода по КТГ не было. По КТГ лентам за 2 часа до родов отмечаются выраженные признаки нарушения функционального состояния плода (отмечаются брадикардии до 60 уд в минуту и ниже, вариабельность низкая, имеют место поздние децелерации), т.е. картина явно патологической КТГ, не выявленная врачами акушерами-гинекологами, что обусловило отсутствие своевременной помощи и, в результате - интранатальная гибель плода. При своевременной оценке КТГ плода как угрожающего состояния, необходимо было произвести переоценку акушерской ситуации: при возможности произвести вакуум экстракцию, при отсутствии условия для вакуума экстракции - роды закончить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Таким образом, причинами перинатальных потерь в интранатальном периоде явились плодово-материнские состояния, предшествующие родам, т.е. презклампсия и асфиксия с экстренной интранатальной ситуацией в результате разрыва

матки и без экстренной ситуации на фоне индукции и без индукции родовой деятельности. К управляемым факторам в выше перечисленных причинах явились отсутствие интерпретации КТГ, отсутствие УЗИ, доплер при наличии показаний и недостаточный мониторинг за состоянием плода. Все факторы относятся к профессиональным и все потери в интранатальном периоде были вполне предотвратимыми.

ПОТЕРИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ПИЛОТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.

Причины смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде представлены в табл.8.

Наиболее частой причиной смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде была асфиксия при рождении (44%). Достоверность этого диагноза подтверждалась у 3-х (17%) новорожденных наличием тугого обвития пуповины вокруг шеи

Таблица 8. Причины ранней неонатальной смертности в пилотных организациях РК

		Абс:	%
I	Врожденные летальные или тяжелые пороки	2	11%
II	Преждевременные роды (недоношенность) а. Болезнь гиалиновых мембран б. Внутрочерепное кровоизлияние с. Некротический энтероколит д. Инфекция у недоношенного ребенка	- - - -	- - - -
III	Плодово-материнские состояния, предшествующие родам б. Преэклампсия с. Хронические заболевания тяжелой формы, в том числе материнские инфекции (спецификация) д. Изоиммунизация е. Кровотечение дородовое ф. Задержка развития плода	1 - - - - 1	5% - - - - 5%
IV	Смерть по причине «асфиксии», «аноксии» или интранатальной «травмы» у нормального ребенка (низкая оценка по шкале Апгар, необходимость реанимации, ацидоз или меконияльная аспирация) I. экстренные интранатальные ситуации 1. выпадение пуповины 2. кровотечение 3. диспропорция (дистоция динамическая или механическая) / разрыв матки 4. хориоамнионит II. без экстренных интранатальных ситуаций 1. стимуляция / индукция 2. без стимуляции / индукции	8 4 1 - - 1 -	44% 22% 5% - - 5% -
V	Инфекция а. Ранний сепсис б. Поздний сепсис с. Специфическая неонатальная инфекция (сифилис, герпес и др.)	3 - -	17% - -

VI	Другие специфические причины		
	a. Патологическое предлежание (тазовое, лицевое и др.)	-	-
	b. Болезни плода (легочная гипоплазия при преждевременном разрыве плодового пузыря, синдром близнецовой трансфузии)	-	-
	c. Неонатальные болезни	-	-
	d. SIDS (внезапная смерть ребенка грудного возраста во время сна)	-	-
VII	Неклассифицированные или неизвестные	3	17%

и у 4-х (22%) - выпадением петель пуповины и отслойкой нормально расположенной плаценты. Проведенные меры реанимации не способствовали восстановлению самостоятельного адекватного дыхания, в связи с чем новорожденные были переведены на аппаратную вентиляцию легких. Отсутствие должного мониторинга газов крови и неадекватные режимы вентиляции, недооценка тяжести симптомов персистирующей легочной гипертензии и отсутствие адекватных и верных решений обусловили летальный исход. Описанные неонатальные потери были предотвратимы (категория смертности - 3), так как другое лечение должно было предупредить летальный исход.

Развитие раннего неонатального сепсиса у трех (17%) новорожденных определялось отсутствием антибактериальной профилактики в родах у женщины с преждевременным излитием плодных вод и преждевременными родами, а также недооценкой развившейся при этом заболевании артериальной гипотензии и отсутствием ее коррекции, проведением неадекватной инфузионной терапии с некорректными трактовкой и лечением нарушений водно-электролитного баланса. Следо-

вательно, все три случая были предотвратимы (категория смертности - 3), так как другое лечение должно было изменить конечный результат.

С задержкой внутриутробного развития родился один ребенок, летальный исход которого был обусловлен поздней диагностикой врожденного порока - трахеопищеводный свищ с развитием тяжелого аспирационного синдрома.

Следовательно, в данном случае основной причиной смерти новорожденного с ЗВУР был врожденный порок развития. Смерть была отнесена к категории 2, так как своевременная диагностика порока и раннее хирургическое вмешательство могло бы изменить конечный результат (категория смертности 2 - Неадекватная медицинская помощь; другая стратегия ведения **могла бы повлиять** на исход).

В трех случаях (17%) у новорожденных, несмотря на проводимую, аппаратную вентиляцию легких под положительным давлением с подачей 100% кислорода, состояние не улучшилось вследствие нераспознанной персистирующей легочной гипертензии и отсутствия верного решения по оказанию помощи новорожденным. В качестве доказательства приводим

Клинический пример

Ребенок Н, мужского пола, родился 26.01.2017 года в 15:46, от II беременности, II родов. Извлечен с помощью операции кесарева сечения в сроке 41 неделя 2 суток, с диагнозом: хориоамнионит, угрожающее состояние плода, родовое излитие околоплодных вод, безводный период 32 часа, умеренная анемия, индукция мезопростолом. Масса тела ребенка при рождении 3400 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 3-6 баллов на 1-й и 5-й минутах после рождения.

Предварительный диагноз: Асфиксия в родах. РДС I типа. Дыхательная недостаточность II – III степени. Риск реализации ВУИ. Риск реализации ГБН по

фетальное кровообращение» от 09 июня 2016 года, при высокой потребности в кислороде необходимо было провести дифференциальную диагностику с ВПС, основным методом диагностики является ЭхоКГ. У данного ребенка ЭхоКГ была проведена только на следующий день – 27.01.2017 г, т.е. было упущено время. Также, необходимо было проверить наличие разницы между преддуктальной (на правой руке) и постдуктальной (на левой руке или на ногах) сатурации, которая косвенно указала бы на наличие персистирующей легочной гипертензии. Кроме того, для исключения ВПС, а именно коарктации аорты, необходимо было проверить наличие пульсации на бедренных артериях.

Согласно клиническому протоколу, при данной патологии устанавливается центральный катетер, правильность расположения которого должно подтверждаться рентгенологическим исследованием (в истории отсутствует информация об этом). Одним из доступных методов дифференциальной диагностики являются гипервентиляционный и гипероксический тесты, эти методы также не были выполнены.

Основным методом лечения легочной гипертензии с доказанной эффективностью является оксид азота, однако данный препарат на территории Казахстана не зарегистрирован. Но имеются и другие препараты, действие которых направлено на снятие спазма легочных сосудов, они, к сожалению, не использовались.

Данному случаю эксперты присвоили категорию 3 (Категория смертности 3 – Неадекватная медицинская помощь; было бы разумно ожидать, что другая стратегия ведения могла бы повлиять на исход).

Профессиональные факторы (связанные с объемом и качеством оказанной помощи):

1. Считает ли комиссия, что, в целом, индивидуальная помощь в случае перинатальной смертности была оптимальной, адекватной или недостаточной?
 - Помощь в данном случае перинатальной смертности была недостаточной, так как не была диагностирована персистирующая легочная гипертензия и, как следствие, не были приняты адекватные и верные решения.
2. Считает ли комиссия, что, в целом, помощь родильного дома, отделения была оптимальной, адекватной или недостаточной?
 - Помощь родильного дома, отделения была недостаточной, так как поздно проведена ЭхоКГ, не определено наличие разницы между преддуктальной (на правой руке) и постдуктальной (на левой руке или на ногах) сатурации, что косвенно указало бы на наличие персистирующей легочной гипертензии, а также не проверено наличие пульсации на бедренных артериях, отсутствовала гипервентиляционная проба.

Таким образом, в 16 случаях из 18 смерть новорожденных была предотвратимой или условно предотвратимой и только у 2-х новорожденных смерть была непредотвратимой из-за наличия критического врожденного порока сердца, несовместимого с жизнью.

Таблица 9. Факторы ненадлежащего ухода, связанные с перинатальной смертностью в раннем неонатальном периоде

Факторы	Абс:	%
а) Факторы, связанные с женщиной/семьей/социальные:		
Аntenатальные:		
1. Поздно встала на учет	2	11%
б) Факторы, связанные с доступом к медицинской помощи		
	-	-
с) Профессиональные факторы (связанные с объемом и качеством оказанной помощи):		
Аntenатальные:		
1. Не проведен КТГ при наличии показания	3	17%
2. Несвоевременное родоразрешение	2	11%
3. Неадекватное ведение артериальной гипертензии	1	5%
4. Несвоевременная диагностика ПОНРП	1	5%
5. Недооценка состояния плода по КТГ	1	5%
6. Нет скрининга на бессимптомную бактериурию	1	5%
7. Не заполняется гравидограмма	1	5%
8. Поздно выявлен ВПР плода	1	5%
Интранатальные:		
9. Несоответствие шкалы Апгар и проведенных мер реанимации	4	22%
10. Нет доплер при наличии показания	1	5%
11. Нет УЗИ при наличии показания	1	5%
12. Нет интерпретации КТГ	1	5%
13. Несвоевременная диагностика угрожающего состояния плода	1	5%
Неонатальные:		
14. Неадекватная коррекция КОС	8	44%
15. Неадекватная коррекция водно - электролитного баланса	6	33%
16. Недооценка легочной гипертензии новорожденных	6	33%
17. Не проведен ЭхоКГ при наличии показания	3	17%
18. Отсутствие лекарственных средств: добутамин, оксид азота и т.д.	3	17%
19. Недостаточный мониторинг в отделении совместного пребывания матери и ребенка	3	17%
20. Неадекватная инфузионная терапия	2	11%
21. Недооценка артериальной гипотензии	2	11%
22. Необоснованное применение лечебной гипотермии	1	5%
23. Отсутствие медицинского оборудования - аЭЭГ	1	5%
24. Неполный КОС: отсутствует НСО ³	1	5%
д) Другие факторы (консультирование, общение, обследование)		
Неонатальные:		
1. ЭхоКГ проводится в 2 раза в неделю из-за отсутствия специалиста	2	11%

Известно, что неонатальные потери определяются состоянием здоровья матерей во время беременности и в родах. В анализируемых случаях рождение больных новорожденных было обусловлено неадекватным ведением артериальной гипертензии беременных, несвоевременной диагностикой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, недооценкой состояния плода по данным кардиотокографии, отсутствием мониторинга состояния плода в родах по партограмме и т.д. (Таблица 9). К сожалению, эти факторы не выявляются своевре-

менно и не предпринимаются меры по их устранению, либо смягчению их неблагоприятного воздействия на плод и новорожденного.

Следовательно, неонатальные потери были вполне предотвратимы, не требовали наличия дорогостоящих технологий и лекарственных препаратов и также свидетельствовали о недостаточной квалификации медперсонала родовспомогательных организаций, их неосведомленности о технологиях эффективного неонатального ухода и медицинской помощи больным новорожденным детям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экспертная оценка 113 случаев перинатальных потерь плодов и новорожденных, родившихся при сроке гестации ≥ 37 недель с массой тела 2500 г и более показала, что антенатальная смертность составила 80%, в ранняя неонатальная смертность 16% и в интранатальном периоде было 4% случаев.

Во время анализа, экспертами были выявлены различные факторы ненадлежащего ухода, которые были отнесены к различным видам:

- **профессиональные факторы, связанные с несоблюдением клинических протоколов, и, как следствие, – некачественным уходом и помощью со стороны медицинских работников;**
- **факторы, связанные с женщиной/семьей/социальные. Эти факторы также связаны с неадекватными и неверными решениями по антенатальному и интранатальному уходу со стороны медицинских работников.**

Факторы ненадлежащего ухода, приводящие к летальным исходам

Профессиональные факторы

- Задержка оказания помощи при поступлении беременной женщины в роддом
- Задержка с оказанием оперативных родов
- Неадекватный мониторинг во время родов за женщиной и плодом
- Неадекватная первичная оценка состояния беременной женщины и ведение
- Неспособность медицинских работников провести ключевые вмешательства
- Пропущенные или неумелые роды в ягодичном предлежании
- Неадекватное ведение заболеваний беременных женщин, связанных с артериальной гипертензией
- Отсроченное направление женщины

медицинским работником на стационарное лечение

- Недостаточная диагностика/лечение инфекции матери/плода
- Недостаточный мониторинг новорожденного в послеродовом периоде
- Неадекватное использование партограммы
- Неадекватное вмешательство при слабости родовой деятельности
- Неадекватное вмешательство при дистрессе плода
- Недостаточная оценка дистресса плода
- Неадекватная первичная реанимация новорожденного
- Недостаточная диагностика и лечение неонатальной инфекции

Факторы, связанные с пациентом

- Запоздалое обращение беременной женщины за медицинской помощью
- Недостаточный антенатальный уход
- Использование лекарственных средств с недоказанной эффективностью
- Незнание опасных симптомов

Административные факторы или факторы, связанные с обеспечением

- Дефицит/отсутствие лекарственных средств (оксид азота, добутамин)

- Отсутствие/дефицит медицинского оборудования (проведение ЭхоКГ только два раза в неделю, аппарат для ингаляции и мониторинга оксид азота)

Факторы, связанные с транспортировкой или направлением пациента

- Отсроченная транспортировка/перевод

Таким образом, проведенный анализ перинатальных потерь в пилотных родовспомогательных организациях показал, что в большинстве случаев - 60% относилась к категории 2, и в 21% случаев - к категории 3.

Таким образом, доля смертности категории 2 и 3 составила преимущественное большинство (81%). Преимущественно факторами ненадлежащего ухода в этих категориях было несоблюдение клинических протоколов медицинскими работниками и, как следствие, отсутствие правильного лечения. Антенатальный уход за беременной, также как каждые роды и послеродовой уход должны осуществляться квалифицированными работниками здравоохранения, что не только обеспечит физиологическое течение беременности, безопасные роды, но и последующий уход женщинам и новорожденным в постнатальном периоде.

Внедрение конфиденциального аудита и проведенный анализ 113 случаев перинатальной смертности позволил установить

Таблица 10. Уровень объема и качества медицинских услуг.

Классификация: уровни объема и качества медицинских услуг	Аntenатальный %	Инtranатальный %	Неонатальный %	Всего %
0	5%	-	6%	4%
1	14%	-	17%	15%
2	61%	50%	55%	60%
3	20%	50%	22%	21%

причины смерти и факторы, которые этому способствовали. Так в антенатальном периоде основными причинами явились патология плаценты 36 случая (40%) – плацентарная недостаточность 28 (31%), отслойка 8 (9%), патология плода 18 (21%) – хроническая инфекция 6 (7%), задержка внутриутробного развития плода 10 (11%), неиммунная водянка плода 2 (4%) и патология матери 15 (16%) – другие причины 6 (7%), гипертензивные состояния обусловленные беременностью 5 (5%), сахарный диабет, эссенциальная гипертензия, антифосфолипидный синдром, холестатические состояния по 1 случаю (1%). Факторы ненадлежащего ухода, которые способствовали наступлению летального исхода в антенатальном периоде в основном относятся к профессиональным: женщины не информированы о тревожных сигналах, страдает мониторинг за состоянием плода, не выполняется УЗИ при наличии показаний, поздняя госпитализация, неверная интерпретация КТГ. Факторы, связанные с женщиной/семьей/социальные и с доступом медицинской помощи, как правило редкие и не имеют системного характера. К ним относятся отказ от госпитализации, игнорирование врачебных назначений, поздняя явка/постановка на учет, отказ от консультации на III уровне перинатальной помощи, позднее обращение/госпитализация при гестационном гипертензии, самовольный уход из стационара, самолечение, миграция женщины.

В интранатальном периоде, основной причиной явилось асфиксия и все способствовавшие факторы ухода относятся к профессиональным: отсутствие интерпретации результата КТГ, неадекватный мониторинг за состоянием плода, отсутствие выполнения доплерографического исследования при наличии показаний.

В неонатальном периоде основными

причинами потерь явились асфиксия, инфекция и неклассифицированные/неизвестные причины. Способствующими факторами неонатальных потерь в антенатальном периоде явились отсутствие КТГ при наличии показаний, несвоевременное родоразрешение, неадекватное ведение артериальной гипертензии, несвоевременная диагностика ПОНРП, недооценка состояния плода по КТГ. В интранатальном периоде к факторам ненадлежащего ухода относятся несвоевременная диагностика угрожающего состояния плода, отсутствие интерпретации КТГ. Основная доля способствующих к летальному исходу факторов в неонатальном периоде относятся к профессиональным: неадекватная коррекция газового состояния крови, водно-электролитного баланса, недооценка легочной гипертензии новорожденных, отсутствие ЭхоКГ при наличии показаний, отсутствие лекарственных средств (добутамин, оксид азота и т.д.), недостаточный мониторинг в отделении совместного пребывания матери и ребенка, неадекватная инфузионная терапия, недооценка артериальной гипотензии, необоснованное применение лечебной гипотермии, отсутствие медицинского оборудования – аЭЭГ, аппарата для ингаляции и мониторинга оксид азота.

Рассмотренные случаи привели к выявлению систематических факторов ненадлежащего ухода в клинической практике, их улучшение может способствовать изменению практической работы. Основные причины перинатальной смертности, выявленные в настоящем отчете, являются устранимыми. Улучшение аспектов медицинской помощи могут помочь нам получить положительные результаты. Прогресс станет возможным только тогда, когда у каждого ребенка и у каждой женщины, будет доступ к качественному медицинскому обслуживанию.

Выводы:

1. На основании анализа случаев мертворождаемости в категории антенатальных потерь по заключению экспертов наиболее частыми причинами явились: ЗВУРП – 11%, многоводие – 11%, гипертензивные состояния матери – 5%, ПОНРП – 9%, плацентарная недостаточность – 31%.
2. Случаи антенатальных потерь отнесенные ко 2-3 категориям смертности, вероятно могли быть предотвращены изменением/улучшением существующей практики. К ним относятся случаи задержки внутриутробного развития плода, беременные с многоводием, случаи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.
3. Такие причины антенатальных потерь как хроническая инфекция матери (7%), плацентарная недостаточность (31%), выявленная экспертами на основании ИФА и ретроспективного гистологического исследования плаценты требуют дальнейшего уточнения в плане правомочности диагноза. В частности наличие инфекции, влияющей на беременность, должно быть подтверждено ПЦР в динамике. Изолированная плацентарная недостаточность, как причина мертворождения встречается редко, не более чем в 1-2% в мире.
4. При анализе интранатальных потерь во всех случаях имели место значимые материнские и плодовые факторы риска:преэклампсия тяжелой степени, рубец на матке, дородовое излитие околоплодных вод, индукция родов.
5. Все случаи интранатальных потерь отнесены экспертами к категории 3, т.е. имели место значительные факторы ненадлежащего ухода в процессе родов, в частности были проблемы наблюдения за плодом.

Рекомендации:

1. Разработать информационный материал (плакаты, буклеты, памятки, брошюры, видео, выступления в СМИ) для целевых групп о важности предгравидарной подготовки (нормализации веса, прохождения скрининга на гестационный сахарный диабет, отказ от курения).
2. Внести дополнения в национальные протокола в виде алгоритма действий при нарушении шевеления плода (ПШП). ПШП использовать рутинно в группе риска неблагоприятных перинатальных исходов.
3. Определение биофизического профиля плода, доплерометрии сосудов пуповины проводить только среди беременных с факторами риска.
4. Внести изменения и дополнения в клинический протокол «Ведение родов», «Оценка состояния плода» в виде алгоритма действий при кардиотокограмме второго типа (сомнительное КТГ).
5. Всем медицинскому персоналу осуществляющих антенатальный уход акцентировать внимание беременных на знание тревожных сигналов, особенно в поздних сроках беременности и своевременное обращения за помощью.
6. Постоянно повышать потенциал и навыки врачей неонатологов по правильной оценке респираторного и гемодинамического статуса, кислотно-основного состояния крови, водно-электролитного баланса и их коррекции.
7. Всем врачам неонатологам необходимо знать критерии постановки диагноза персистирующей легочной гипертензии новорожденных.
8. Руководителям родовспомогательных организаций обеспечить условия для постановки диагноза и лечения персистирующей легочной гипертензии.
9. С целью улучшения потенциала и навыков медицинских работников системы охраны здоровья матери и новорожденного необходимо возобновить проведение тренингов по вопросам эффективного перинатального и неонатального ухода, рекомендуемых ВОЗ, ЮНИСЕФ.
10. Распространить отчет среди всех медицинских организаций системы родовспоможения через отделы охраны здоровья матери и ребенка управления здравоохранения области. Провести областные семинары с целью информирования всех медицинских работников, оказывающих помощь беременным женщинам и новорожденным, о принятых рекомендациях.