

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии,
детской и подростковой гинекологии ФИПО

Критические акушерские состояния: ориентир на снижение «near miss»

В.К. Чайка – зав. кафедрой, д.мед.н., профессор

Т.Н. Демина – д.мед.н., профессор

А.А. Железная – д.мед.н., профессор

2021 г.

Материнская near miss

«...*Maternal near miss* это случаи, **когда женщина была при смерти, но выжила** после осложнения, случившегося во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности...»

(Souza J.P, Cecatti J.G. et al., 2009)

Смерть матери – это всегда трагедия:


для родственников;

медперсонала;

организаторов здравоохранения

Если женщина чудом выживает, то все выкладываются по полной, проявляя чудеса мастерства и возможностей.

Почему?


- 
- ✦ Привлекаются лучшие специалисты: реаниматологи, акушеры-гинекологи, смежные специалисты.
 - ✦ Все осознают «вдруг» серьезность проблемы (проявленный «героизм» должны оценить по достоинству все: родственники, организаторы, эксперты и т.д.)

Почему нужно изучать когорту «near miss» матерей?



С одной стороны,
врачи – победители!
Спасли женщину!

С другой стороны, хотя
врачи и чувствуют себя
победителями в борьбе за
жизнь этих пациентов, но,
как ни парадоксально,
пациенты near miss
порождают гораздо больше
судебных исков и
официальных жалоб, чем
случаях с материнской
смертностью.



- ✦ Соотношение случаев материнской смертности к near miss различается по регионам.
Например во Франции этот показатель составляет 1 : 9,
в Лондоне – 1 : 118, в Индии – 1 : 6, в России – 1 : 8.

Парадоксы «near miss» матерей

**Женщина
выжила!**

**Врачи-
победители!
НО!!!**

**Колоссальные
усилия по
спасению
женщины**

Проблемы только начинаются:

Состояние здоровья?

Утрата репродуктивной функции?

**Начинается накопление дефектов
в оказании помощи после
разрешения критической
ситуации?**

**Рост недовольства родственников
– жалобы, судебные иски...**

Почему повезло?

Сама во всём
виновата

Виновата
женская
консультация

ПОВЕЗЛО

Попала
в стационар
соответствующего
уровня

Лечением
занималась
команда
компетентных
специалистов

Правило трёх «Почему?»

Почему женщина
оказалась в
критическом
состоянии?

Почему не
выявлены (или их
не было) ранние
предикторы
будущих грозных
проблем?

Почему не
использованы
профилактические
приёмы по
предотвращению
случаев Near
Miss?

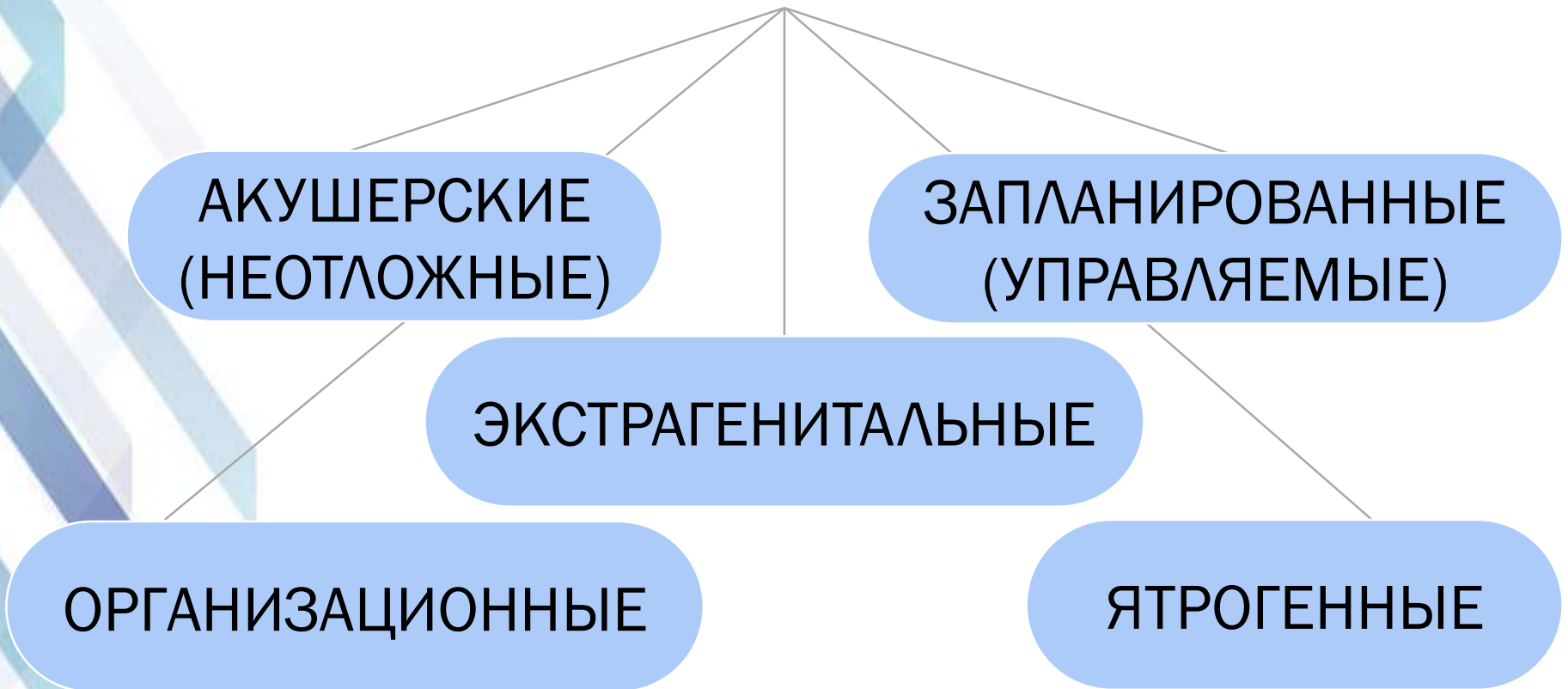
**Почему
женщина
оказалась в
критическом
состоянии?**

**Ответ на этот вопрос
может дать только
конфиденциальный
независимый аудит**

Почему не
выявлены
(или их не было)
ранние
предикторы
будущих грозных
проблем?

**По-прежнему
отсутствует
подсчёт факторов
акушерского риска
или подсчёт
производится
с их занижением**

Классификация maternal near miss



ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ NEAR MISS

Устойчивое нежелание и формальное ведение беременных с ЭГЗ специалистами по профилю основного заболевания

Отсутствие координации акушеров со смежными специалистами по профилю основного заболевания

Неэффективны мероприятия по выявлению тяжёлой ЭГЗ и определение показаний к пролонгированию или прерыванию беременности

ЗАПЛАНИРОВАННЫЕ (УПРАВЛЯЕМЫЕ) NEAR MISS

**Недостаточность
требований к
квалификации
команды
специалистов,
призванных
оказывать
помощь**

**Сложность в
привлечении
высококласных
смежных
специалистов**

**Развитие
критической
ситуации до
запланированного
родоразрешения**

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ NEAR MISS

Оказание помощи на
уровне, не
соответствующем
прогнозируемым
осложнениям

ЯТРОГЕННЫЕ NEAR MISS

Запрещённые
приёмы

Окситоциновый
«террор»

Акушерская
агрессия

Распределение пациенток ПЦ РО согласно новой классификации near-miss

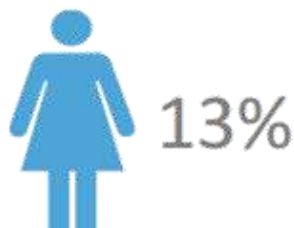
Запланированные
случаи near-miss (89)



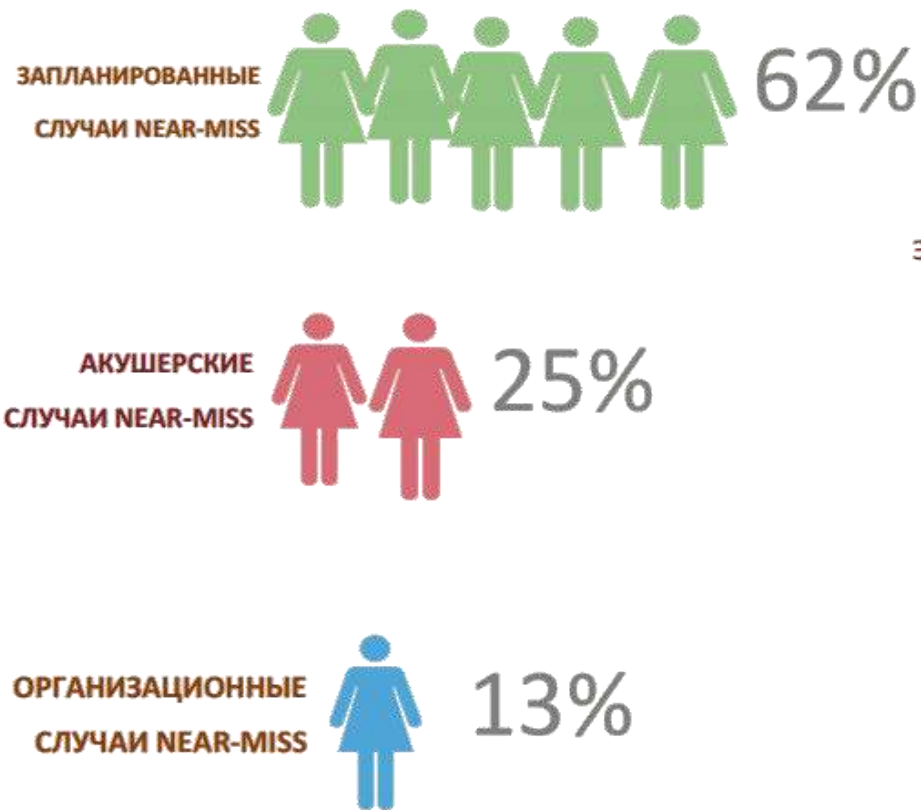
Организационные
случаи near-miss (18)



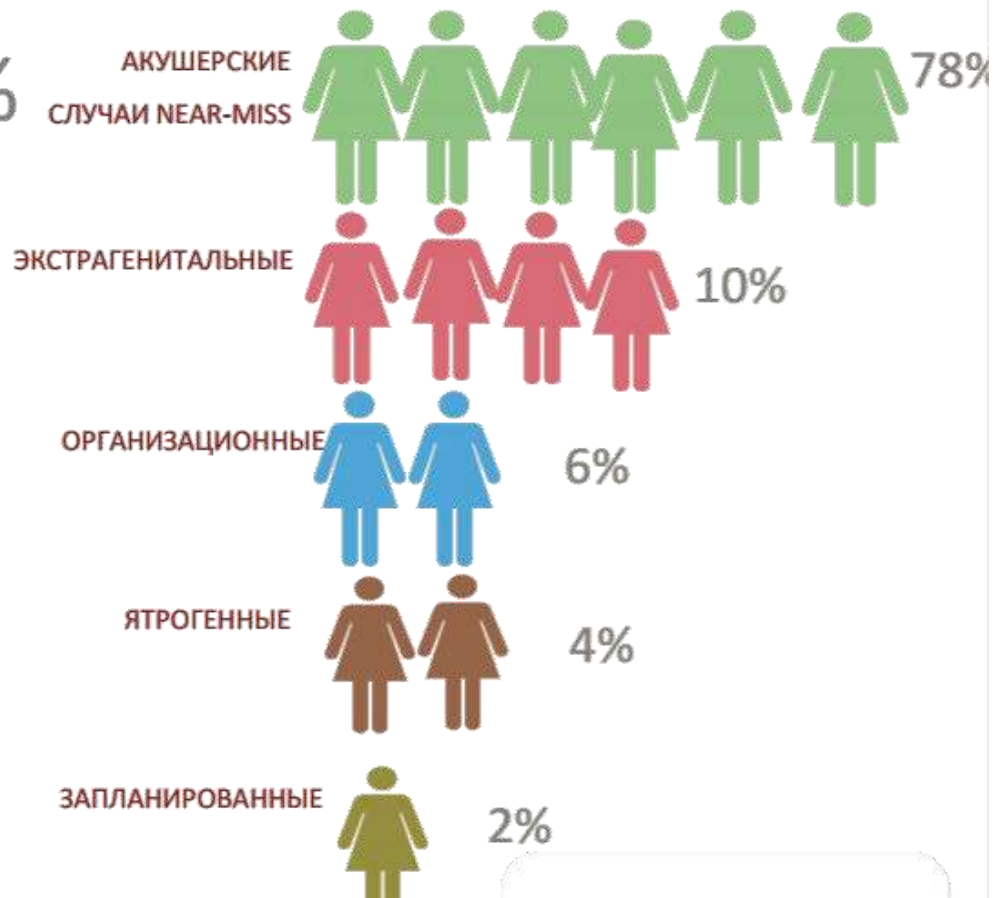
Акушерские
случаи near-miss (36)



Распределение пациенток ПЦ РО согласно классификации near-miss



Распределение пациенток других ЛПУ РО согласно классификации near-miss





- ✦ **Минимум неопределённости.**
- ✦ **Предупреждён – значит вооружён.**
- ✦ **Борьба с гипотоническими кровотоками.**



**Общий «кошмар» акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов:
неконтролируемое гипо- и атоническое акушерское кровотечение**

неадекватный хирургический гемостаз

неадекватная инфузионная трансфузионная терапия

Экспертное мнение корифея:



«В генезе любого гипотонического акушерского кровотечения всегда можно найти ятрогенный компонент...»

В.И. Орлов

Стратегия команды:

Стратификация группы риска по развитию акушерских кровотечений

Родоразрешение пациенток из группы риска в плановом порядке, в дневное время, минимум акушерской агрессии

Подготовительные мероприятия: осмотр анестезиолога-реаниматолога, резервирование компонентов крови, лечение исходной анемии беременной, консультирование смежными специалистами

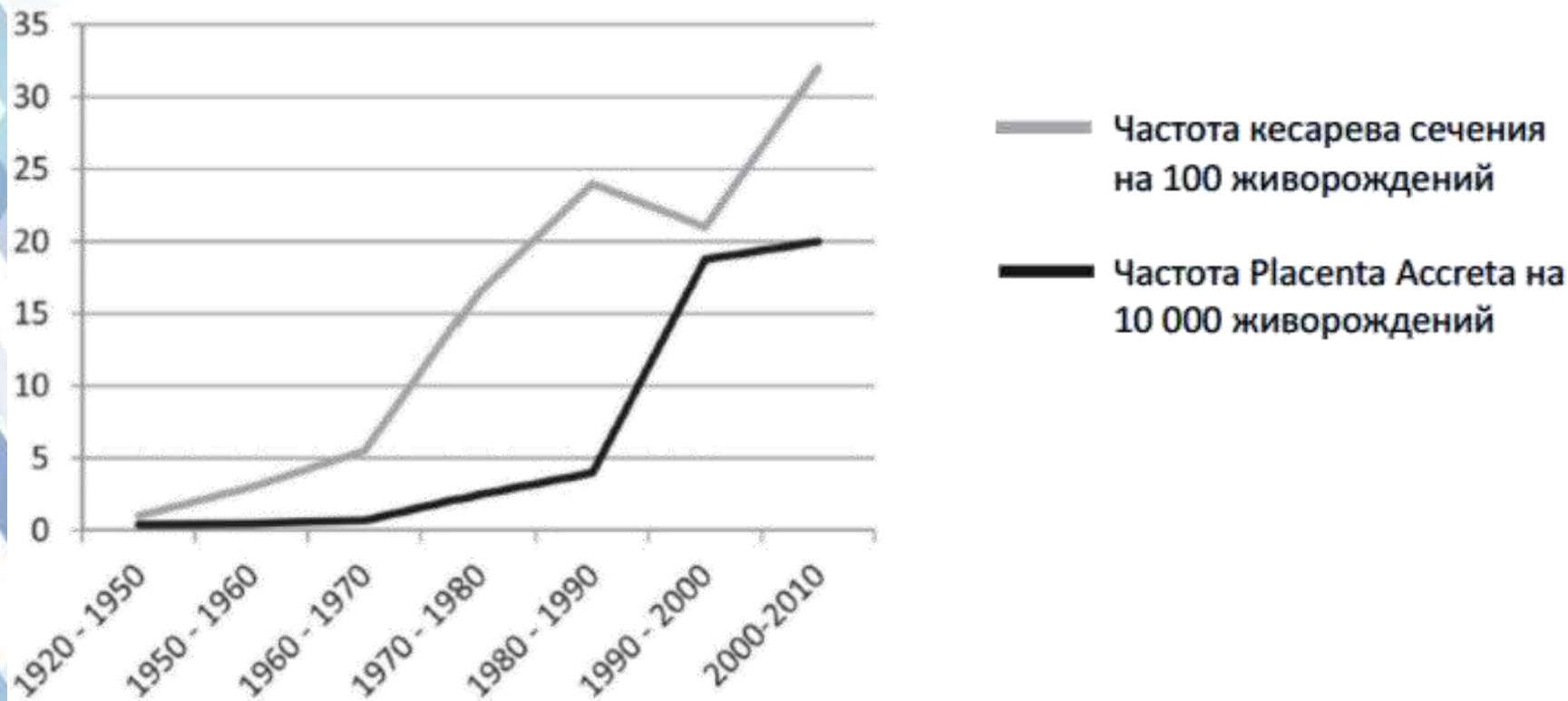
Ведения родов опытными акушера-гинекологами

Применение современных кровосберегающих технологий: карбетоцина в группах риска, баллонная тампонада при развитии кровотечения, антифибринолитики и т.д.

Когда один враг –
ГИПОТОНИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ –
повержен, но есть **другой** –
более страшный...

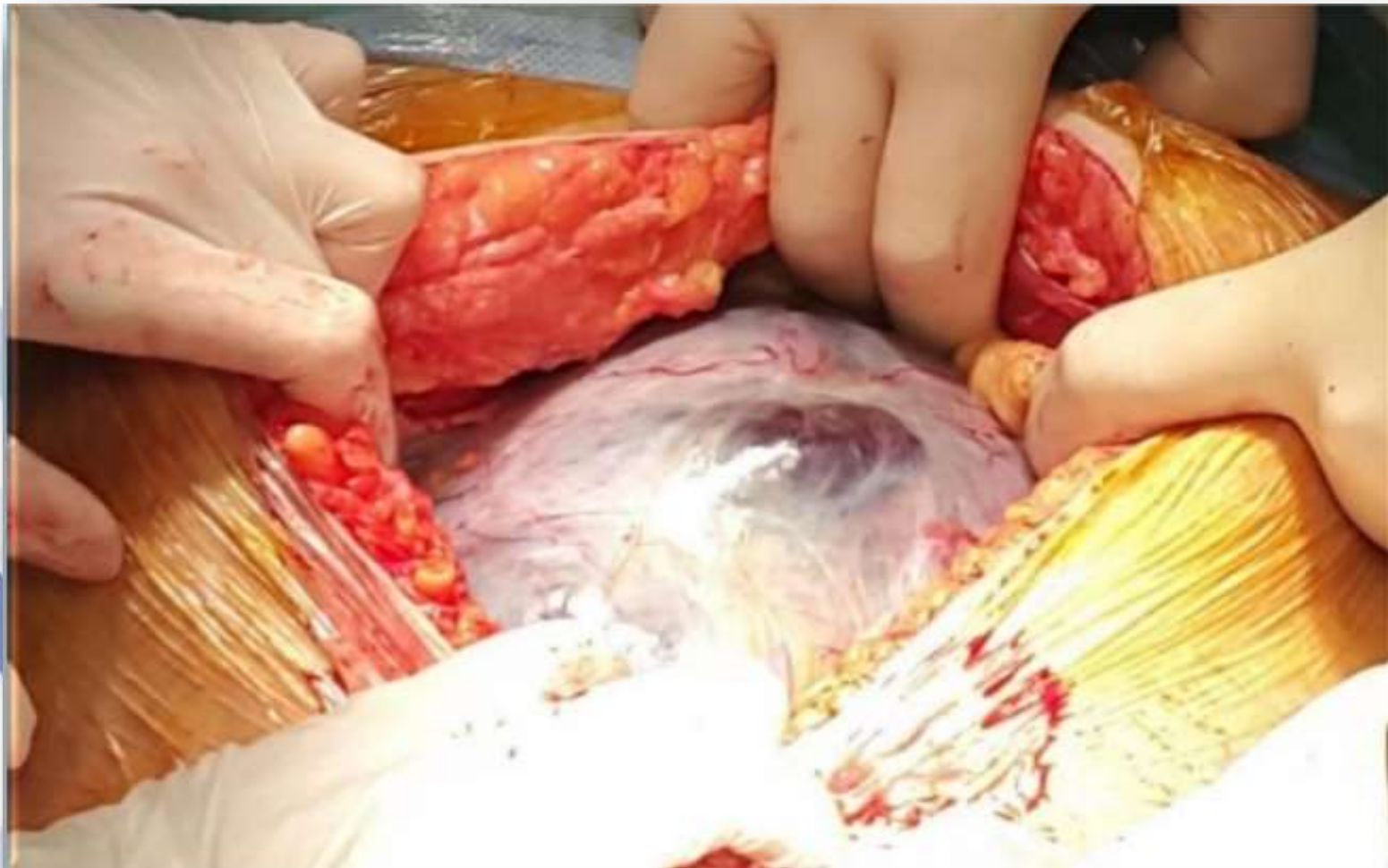


Частота кесарева сечения и врастания плаценты

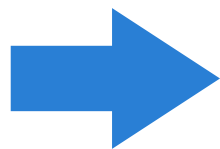


Увеличение частоты врастания плаценты с 1:7000 родов до 1:533 (с 1982 г по 2002 г), связано с ростом темпов кесарева сечения с 5% от всех родов в 1970 году до 32,8% в 2010 году, до 37% в 2020 г.

Врастание плаценты



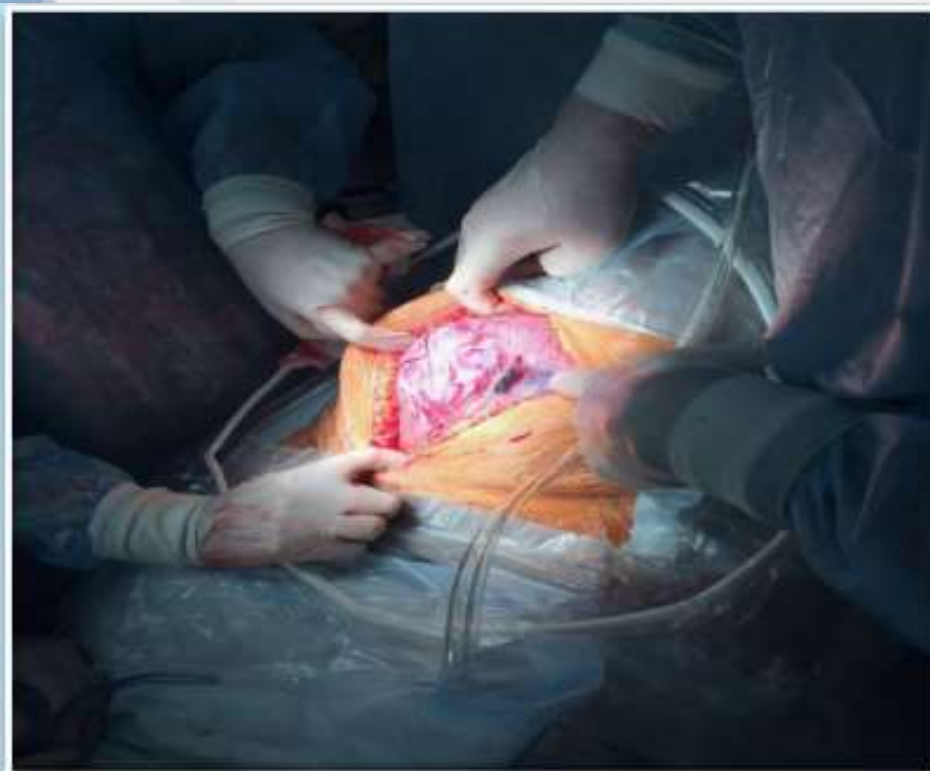
Врастание
плаценты

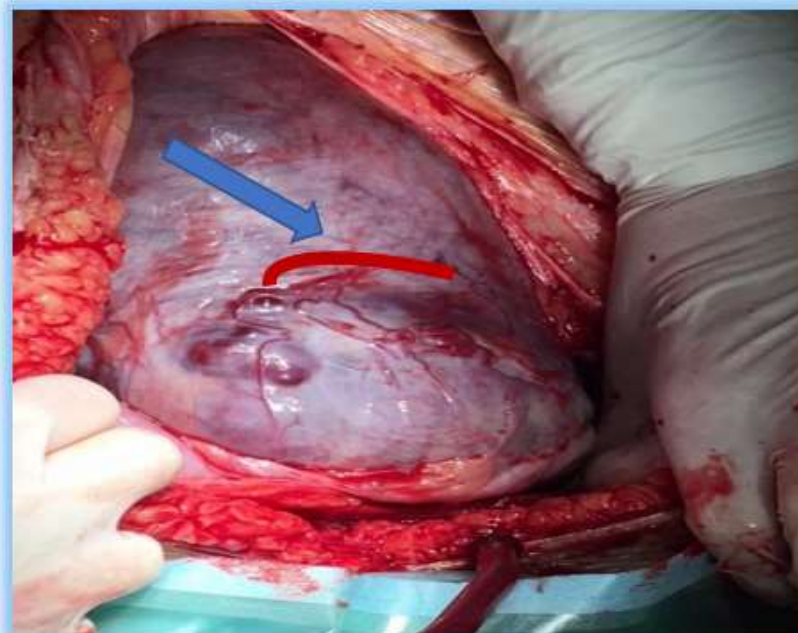


~~отделение
плаценты~~



ГИСТЕРЭКТОМИЯ





ВВ! Предлежание и вращение плаценты
ОСЛОЖНЯЮТ ВЫПОЛНЕНИЕ РАЗРЕЗОВ НА МАТКЕ:
поперечный разрез в нижнем маточном сегменте,
корпоральный, «Т», «J» -образные
(плацентарная область)

Объем операции: лапаротомия + донное кесарево + гистерэктомия



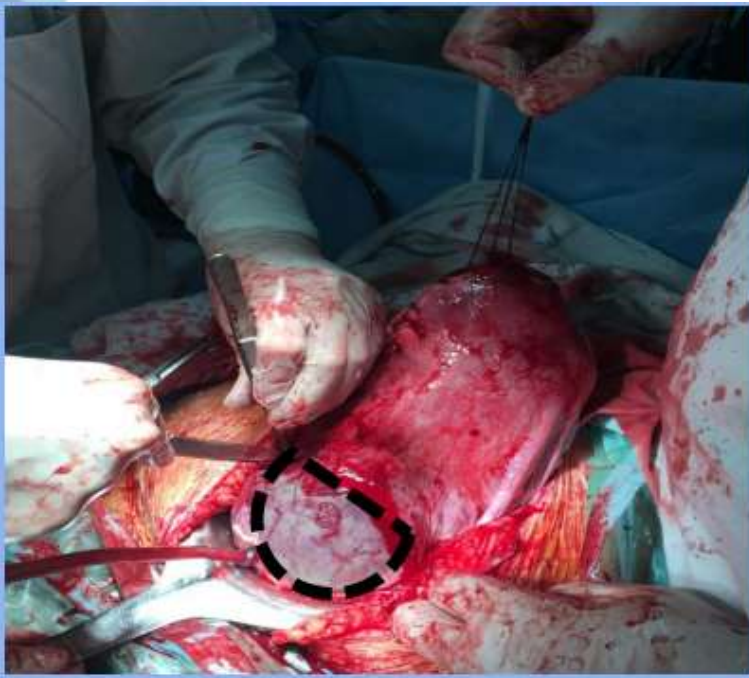
Хирургические этапы:

- ⇒ Срединная лапаротомия.
- ⇒ Разрез в дне матки для извлечения плода — донное кесарево сечение; плацента остаётся in situ.
- ⇒ Гистерэктомия.

NB! Недостатки гистерэктомии: органоуносящая операция, повышенный риск травмы мочеточников и мочевого пузыря, необходимость привлечения смежных специалистов (сосудистый хирург, уролог)

Объем операции: лапаротомия + донное кесарево + МЕТРОПЛАСТИКА

Необходимость нового подхода к ведению рожениц с вращением плаценты была обусловлена не стремлением сохранить, а в первую очередь **стремлением минимизировать кровопотерю**, неизбежную при данном состоянии и достигающую порой 5000-7000-10000- и более мл!!!!!!



Хирургические этапы

- Срединная лапаротомия.
- Разрез в дне матки для извлечения плода (плацента остаётся in situ.)
- Ушивание донного разреза на матке.
- Мероприятия для снижения кровопотери
- Разрез матки в нижнем сегменте вне плацентарной ткани, удаление плаценты и иссечение скомпрометированного миометрия вместе с вросшей плацентой.
- Метропластика

МВ! Недостатки: 2 разреза на матке, увеличение длительности операции.

Плюсы: органосохраняющая операция, комфортные условия для хирурга при проведении метропластики, так как ребенок уже извлечен.

Объем операции: лапаротомия + донное кесарево + дистальный гемостаз + метропластика



Дистальный гемостаз – пережатие сосудов н/сегмента матки



Временное наложение одного турникета (катетер Фолея № 16) на область внутреннего зева шейки матки и воронко – тазовые связки (модифицированный метод, доложенный на XI международном конгрессе по репродуктивной медицине Шмаковым Р.Г. с соавт. 2017, который заключался в наложении трех турникетов: на левые и правые яичниковые артерии, на область внутреннего зева шейки матки).

Интраоперационная УЗ диагностика placenta accreta



Разрез матки должен быть выше предполагаемого края плаценты не менее чем на 5 см, чтобы предотвратить случайное ранение плаценты во время родов.



Интраоперационное проведение УЗИ с использованием зонда, покрытого стерильной накладкой, может решить проблему выбора места для гистеротомии и уберечь хирурга от ошибок



Суждения и ожидания хирурга являются ведущими факторами для операции. Начиная с выбора типа разреза на матке до решения о расширении объема до гистерэктомии с целью снижения материнской заболеваемости.

Sparić R, Mirković L, Ravilić U, Janjić T «Obstetric complications of placenta previa percreta.» Vojnosanit Pregl. 2014 Dec;71(12):1163-6.
<https://www.clinicalkey.com/#!/content/medline/2-s2.0-25639009>

Аудит упущенных возможностей / предоперационная подготовка

АУДИТ

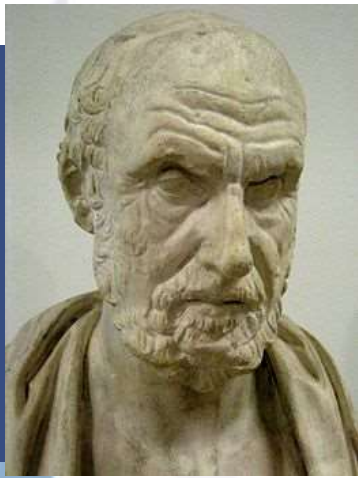
Женщина выжила
Ребенок здоров

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

- Были ли резервы для органосохраняющей операции?
- Были ли резервы снижения объема кровопотери?

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ

Что необходимо сделать,
чтобы в следующий раз
было лучше?



Гиппократ о принципах клинического аудита:
«Унижать хорошее и насмехаться над тем, что неверно, свойственно только тем, кто сам не смог добиться совершенства»

Цель клинического аудита –
в коллегиальном разборе клинического случая в доброжелательной атмосфере

Ни одна материнская смерть или смерть ребенка не должна происходить зря – из каждого случая должен быть извлечен урок!

Парадигма современной перинатальной медицины





«УМНЫЕ МЫСЛИ...»

***То немногое, что известно
в мире о медицине, известно
очень немногим врачам.***

Габриэль Гарсиа Маркес