



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНИТОРИНГА КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ БОЛЬНЫХ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ



Главный акушер-гинеколог
Департамента здравоохранения
Тюменской области,
д.м.н. Кукарская И.И.

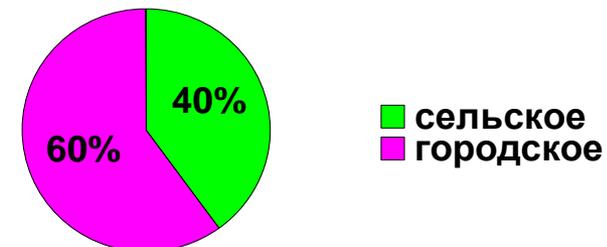
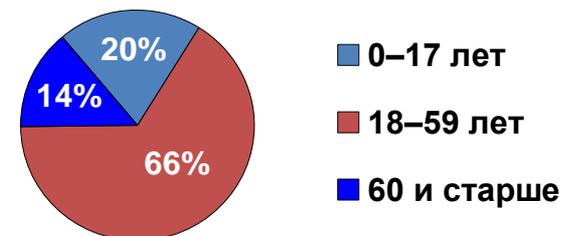
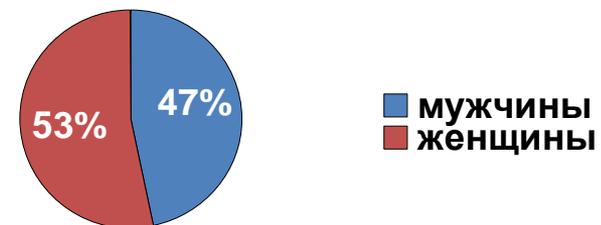
Образовательный конгресс «Современные технологии
охраны материнства и детства в Западной Сибири»,
г.Тюмень, 30-31 мая 2014 г.

Тюменская область (без автономных округов на 01.01.2014 года)

Территория: 160,1 тыс. кв. км
Население: 1345,2 тыс. человек
Число родов: 23 768 000



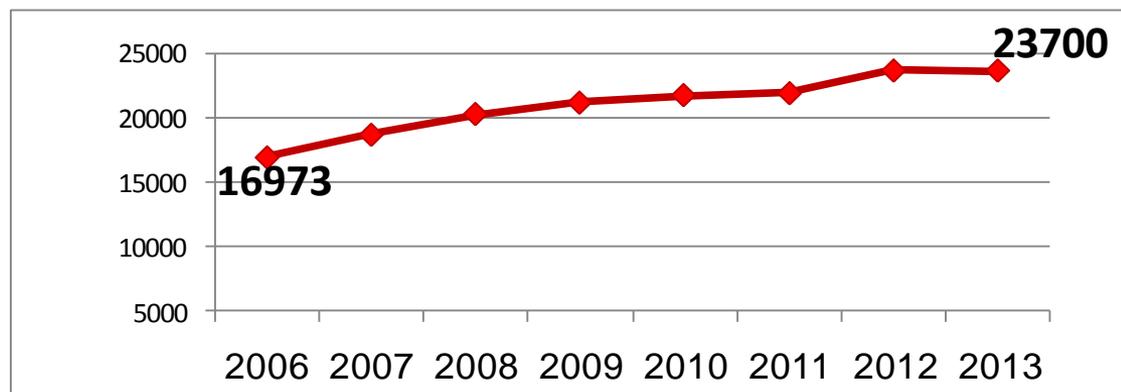
Структура населения



МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, 2006-2012 гг.

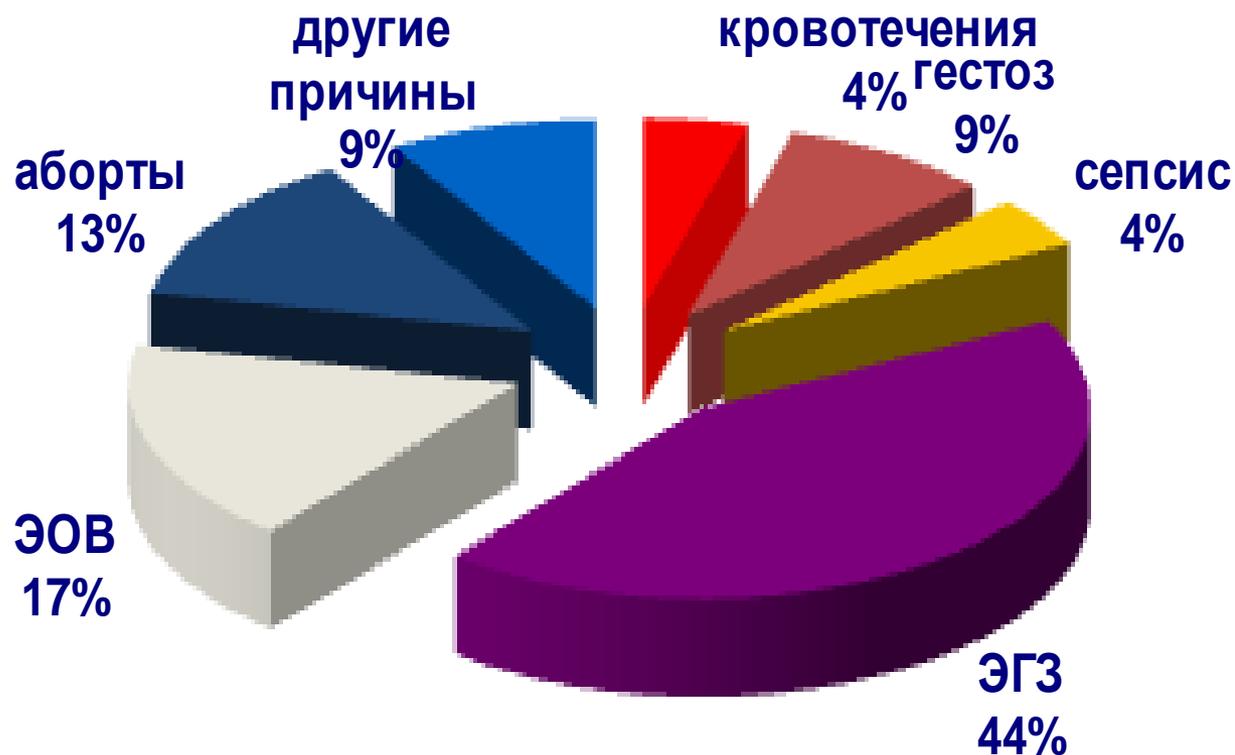
С 2006 года рост числа
родов на 39% (+ 6733)

Темп прироста
показателя
рождаемости за 5 лет
составил **26,2%**



Наименование показателя (на 1000 населения)	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Коэффициент рождаемости	14,0	15,0	15,6	15,8	15,9	16,8
Коэффициент смертности	13,1	13,2	12,8	12,9	12,1	12,0
Естественный прирост населения	+ 0,9	+ 1,8	+ 2,8	+2,9	+3,8	+4,8

СТРУКТУРА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ в 2005-2013гг. (23 случая) В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

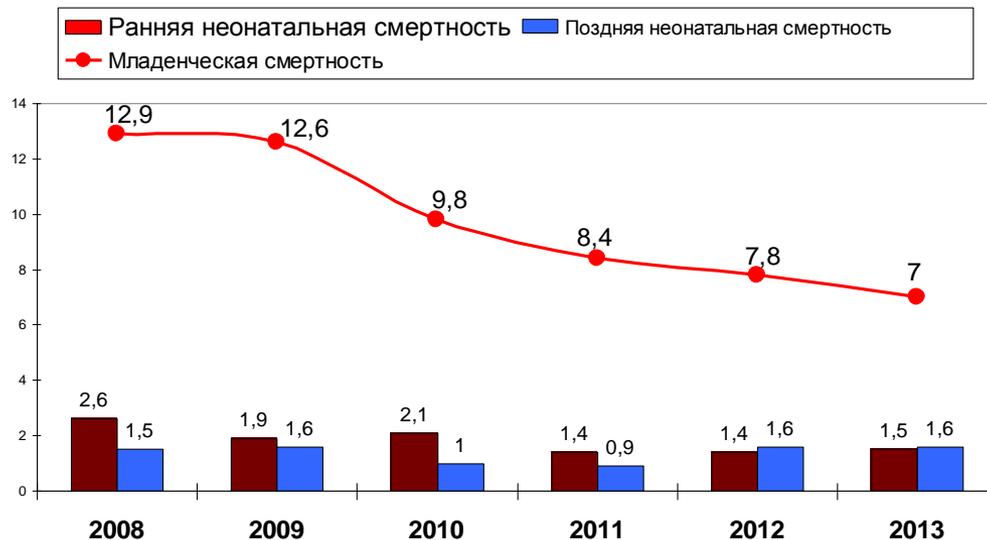


Экстрагенитальные заболевания в структуре основных причин МС с 2005г. составили 44% (10 случаев)

Динамика основных показателей младенческой и перинатальной смертности в Тюменской области, %

Индикатор эффективности регионализации – уменьшение количества случаев мертворождения и ранней неонатальной смертности в ЛПУ I уровня.

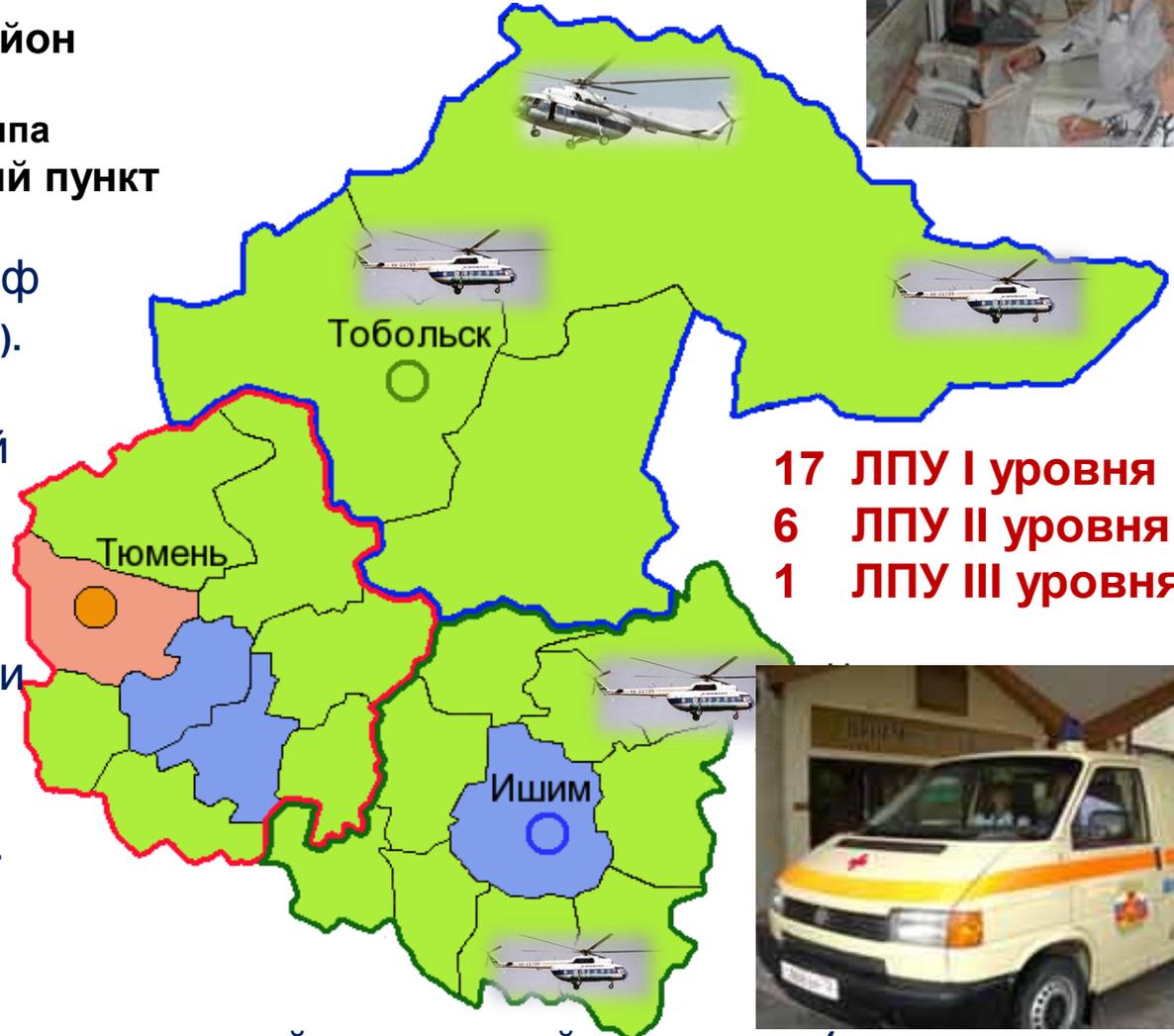
На фоне общего снижения показателей материнской и младенческой смертности в ЛПУ I уровня в 2010 году у 63% (53% в 2008г.) учреждений отсутствуют случаи мертворождения и у 79% (68% в 2008г.) ранняя неонатальная смертность



Тюменская область

- 21** муниципальный район
- 5** городов
- 8** поселков городского типа
- 1331** сельский населенный пункт

Центр медицины катастроф создан в 1995г. (на базе ОКБ). Отделения экстренной и плановой консультативной помощи в г.Тюмени, г.Ишиме и г.Тобольске. Центр оснащен современными средствами радиосвязи, запасами медикаментов и изделий медицинского назначения.



- 17** ЛПУ I уровня
- 6** ЛПУ II уровня
- 1** ЛПУ III уровня



В центре имеется специализированный санитарный транспорт (в том числе арендует вертолет МИ-8), который предназначен для доставки врачей-консультантов в ЛПУ области, врачебных бригад, эвакуации больных для оказания медицинской помощи в пути следования. Медицинские бригады обеспечены дыхательной и следящей аппаратурой.

Оценка эффективности региональной модели перинатальной помощи в Тюменской области

Индикаторы, отражающие качество региональной модели родовспоможения



Материнская смертность

Младенческая смертность

Число преждевременных родов

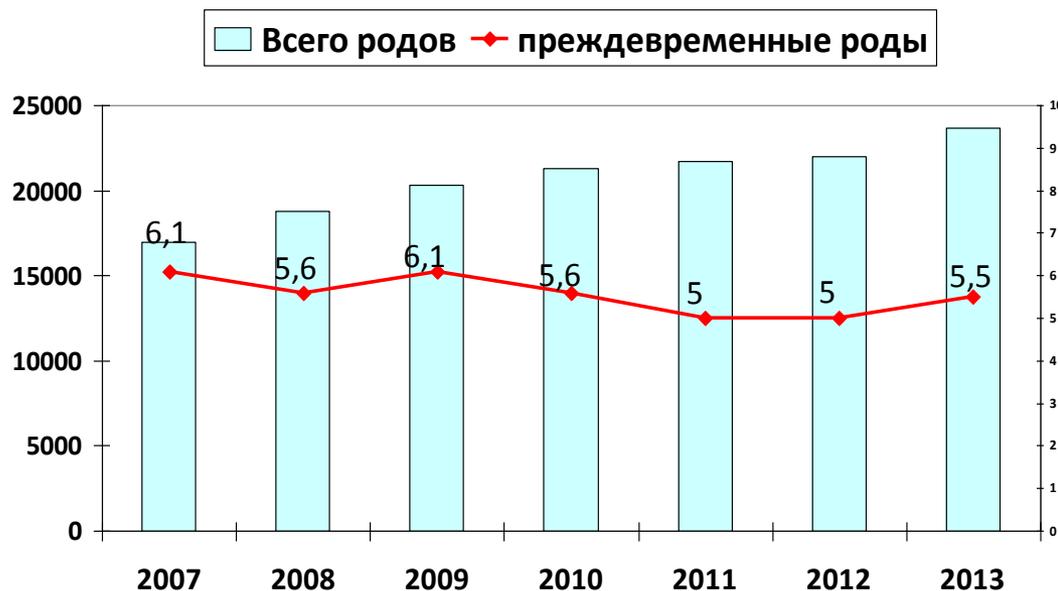
Перинатальная смертность

Врожденные пороки развития плода

Индекс неонатального трансферта (<1)

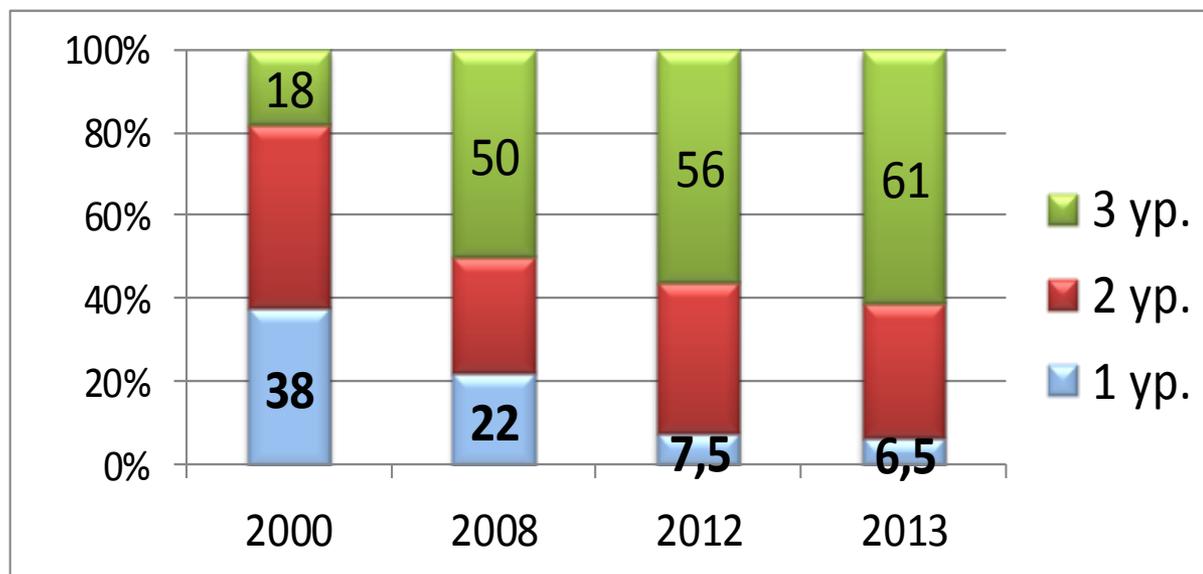
Заболеваемость ВБИ

ЧИСЛО ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ В ЛПУ ТО В 2005 – 2012 ГГ.,%



Рождение недоношенных новорожденных в ЛПУ 2-3 уровня, централизация родов у беременных с врожденными пороками развития плода, требующими экстренной хирургической коррекции, позволяют уменьшить перинатальные и младенческие потери в регионе

Удельный вес недоношенных, %



**Приказ Департамента здравоохранения Тюменской
области от 27.05.2008 г. № 259
«О неотложных мерах по снижению материнской и
младенческой смертности»**

- 1. Определил показания для немедленного динамического интенсивного наблюдения больных акушерско-гинекологического профиля**
- 2. Выделил ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния беременных, рожениц и родильниц**
- 3. Утвердил алгоритм взаимодействия и схему оповещения медицинских учреждений 3-го уровня при возникновении угрожающего жизни состояния у беременных, рожениц и родильниц**

СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ (2009), КРИТЕРИЯМИ NEAR MISS ЯВЛЯЮТСЯ

1. Дисфункция сердечно-сосудистой системы:

- шок,
- сердечный приступ,
- тяжелая гипоперфузия (лактат > 5 ммоль/л или > 45 мг/дл),
- тяжелый ацидоз ($\text{pH} < 7,1$),
- продолжительное использование вазоактивных препаратов,
- сердечнолегочная реанимация.

2. Дисфункция дыхательной системы:

- острый цианоз,
- затрудненное дыхание,
- тяжелое тахипноэ (уровень дыхания > 40 вдохов в минуту),
- тяжелое брадипноэ (уровень дыхания < 6 вдохов в минуту),
- тяжелая гипоксемия (O_2 сатурация $< 90\%$ за ≥ 60 мин. или $\text{PAO}_2/\text{FiO}_2 < 200$),
- интубация и вентиляция, не связанные с анестезией.

3. Почечная дисфункция:

- олигурия, не отвечающая на введение жидкости и диуретики,
- тяжелая острая азотемия (креатинин > 300 мкмоль/мл или $> 3,5$ мг/дл),
- диализ для острой почечной недостаточности.

4. Дисфункция коагуляции:

- неспособность образовывать тромбы, тяжелая острая тромбоцитопения (< 50000 тромбоцитов/мл),
- массивная трансфузия крови или эритроцитов (≥ 5 единиц).

5. Печеночная дисфункция:

- желтуха при наличии преэклампсии,
- тяжелая острая гипербилирубинемия (билирубинемия > 100 мкмоль/л или $> 6,0$ мг/дл).

6. Неврологическая дисфункция:

- длительная потеря сознания или кома (длительность > 12 часов),
- паралич,
- неконтролируемые судороги / эпилептический статус,
- полный паралич.

7. Маточная дисфункция:

- гистерэктомию вследствие инфекции матки или кровотечения.

ПОКАЗАНИЯ К ВКЛЮЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В ПРОГРАММУ МОНИТОРИНГА ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ (приказ в ТО)

1. Осложнения беременности, родов и послеродового периода:

- **преэклампсия тяжелой степени, эклампсия**
- **HELLP-синдром;**
- **острый жировой гепатоз беременных;**
- **предлежание плаценты с эпизодами кровотечений;**
- **преждевременная отслойка плаценты с кровопотерей более 1000 мл;**
- **рубец на матке с признаками несостоятельности;**
- **тяжелая рвота беременных, повторная рвота в сроках более 22 недель;**
- **внематочная беременность с кровопотерей более 1000 мл;**
- **шеечно-перешеечная беременность;**
- **послеродовая (послеабортная) кровопотеря более 1000 мл;**
- **тяжелый септический послеродовый метроэндометрит;**
- **послеоперационный (послеродовый) перитонит;**
- **послеродовый сепсис;**
- **сепсис во время беременности любой этиологии;**
- **ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные и т.д.).**

ПОКАЗАНИЯ К ВКЛЮЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В ПРОГРАММУ МОНИТОРИНГА ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

2. Экстрагенитальная патология и беременность:

- **гипертоническая болезнь со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт.ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт.ст.;**
- **пороки сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;**
- **миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма и недостаточностью кровообращения;**
- **заболевания почек - гломерулонефрит, пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, пиелонефрит единственной почки и т.д.;**
- **бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая;**
- **другие заболевания легких с явлениями дыхательной недостаточности;**
- **сахарный диабет с трудно коррегируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;**
- **тромбоцитопения любого происхождения;**
- **острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;**
- **неврологические заболевания (тяжелая форма эпилепсии, миастения);**
- **другие острые и хронические заболевания, угрожающие жизни.**

ПОКАЗАНИЯ К ВКЛЮЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В ПРОГРАММУ МОНИТОРИНГА ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

3. Возникшие критические состояния

- **шок любого генеза;**
- **острая сердечно-сосудистая недостаточность;**
- **острая дыхательная недостаточность;**
- **острая почечная недостаточность;**
- **острая печеночная недостаточность;**
- **острая церебральная недостаточность;**
- **острый ДВС-синдром;**
- **другие синдромы и клинические ситуации, определяющие критическое состояние больной.**

КРИТЕРИИ НМС

Критерии включения в группу НМС

Кровотечение более 2000 мл

Пребывание на ИВЛ более 24 часов

Синдром полиорганной недостаточности

Гистерэктомия

ЭОВ, ТЭЛА

Тяжелая преэклампсия, эклампсия в сочетании с органной дисфункцией

Экстрагенитальная патология, декомпенсация

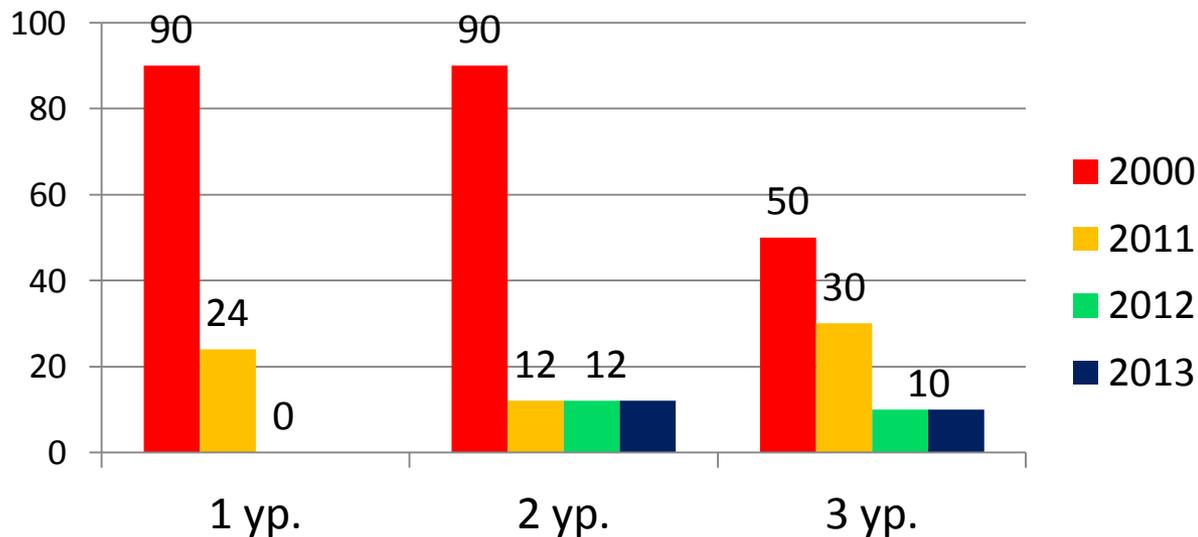
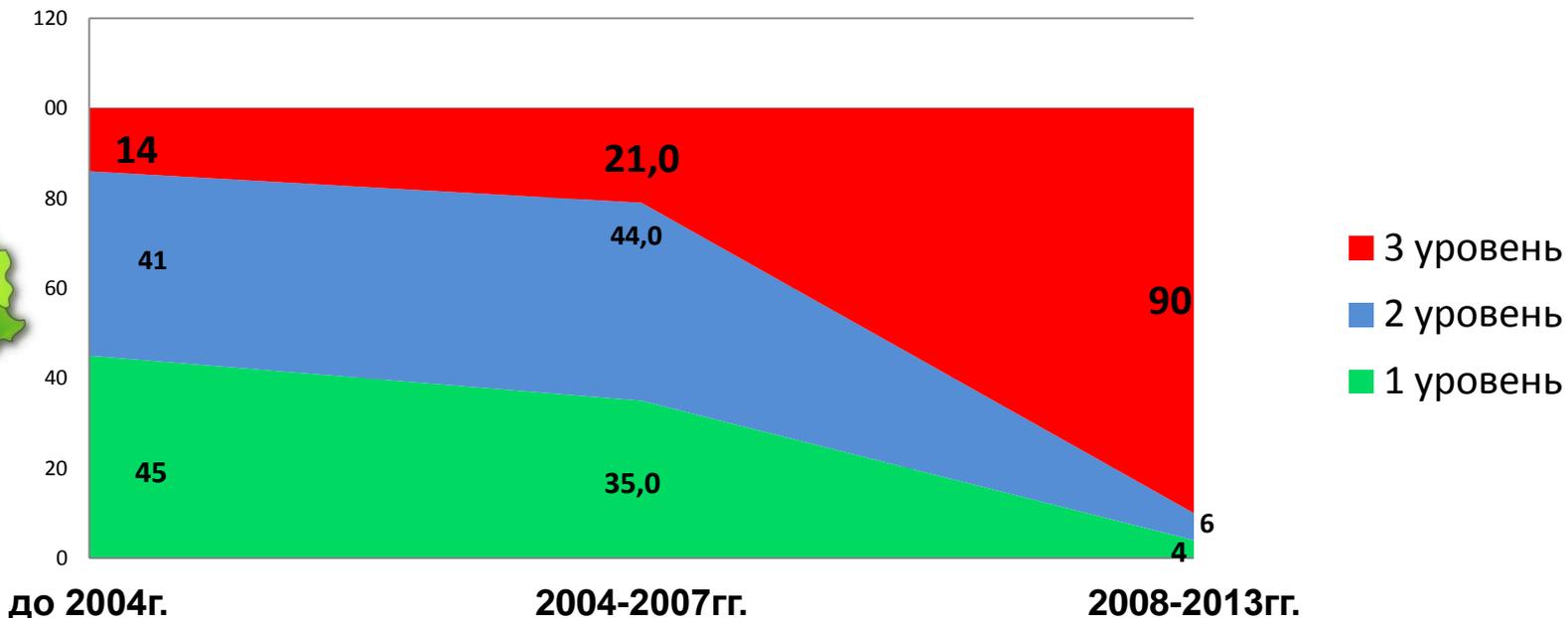
Частота НМС в РФ за последние 10 лет колеблется от 5 :1000 до 25 :1000

Частота НМС в ТО – 11 : 1000 родов



ПОКАЗАТЕЛИ НМС В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

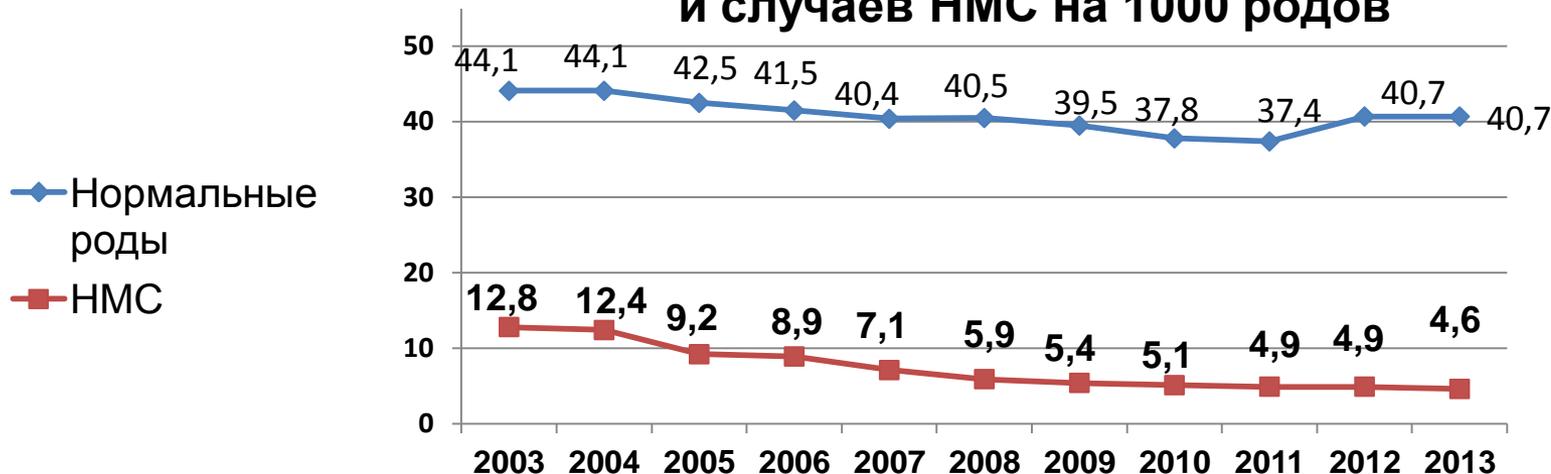
Показатель НМС в учреждениях разного уровня, %



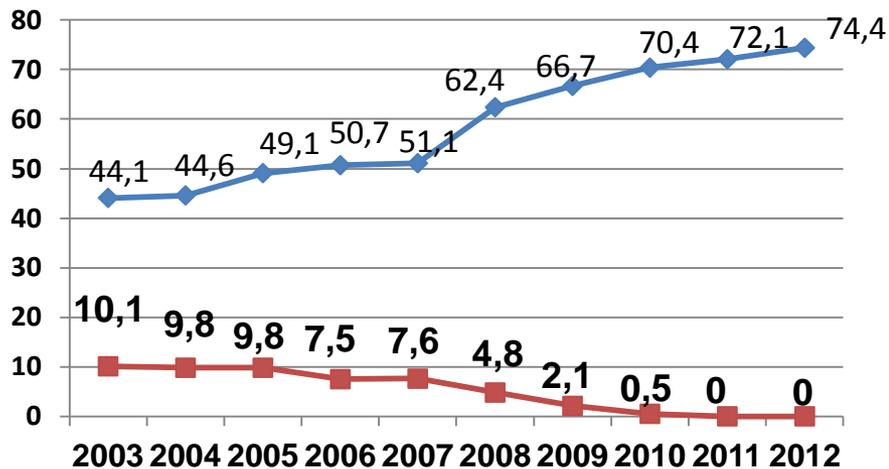
Доля гипотонических кровотоков в структуре НМС, %

Динамика числа случаев «near miss» в учреждениях разного уровня Тюменской области

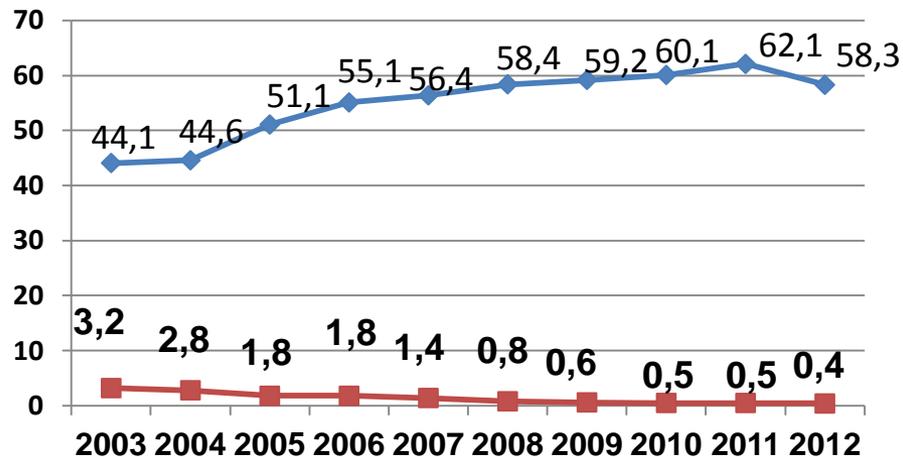
III уровень: число нормальных родов (%) и случаев НМС на 1000 родов



Гур. ЛПУ: число нормальных родов (%) и случаев НМС на 1000 родов



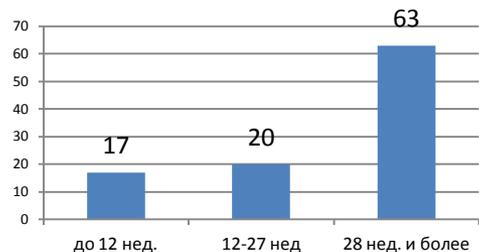
Шур. ЛПУ: число нормальных родов (%) и случаев НМС на 1000 родов



Структура материнской смертности в Тюменской области в периоды 1989-1999 годы (11 лет) и 2000-2010 годы (11 лет), %

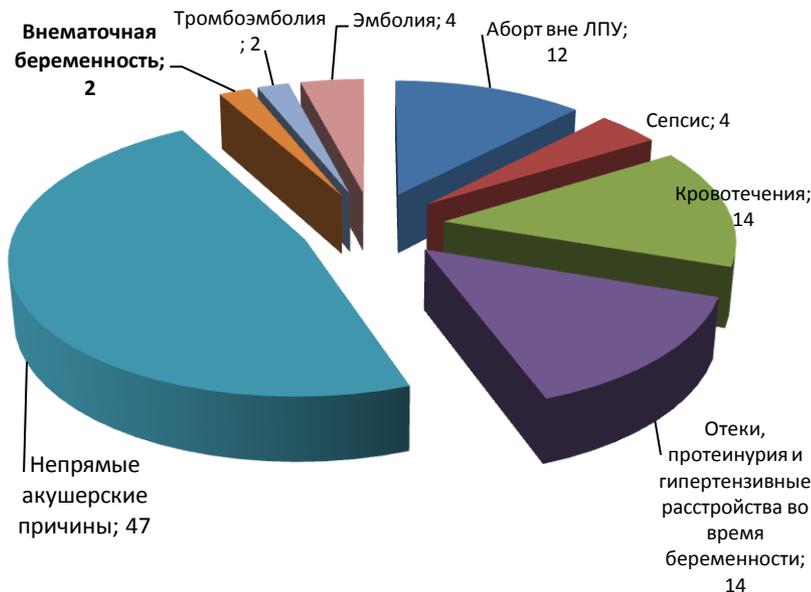
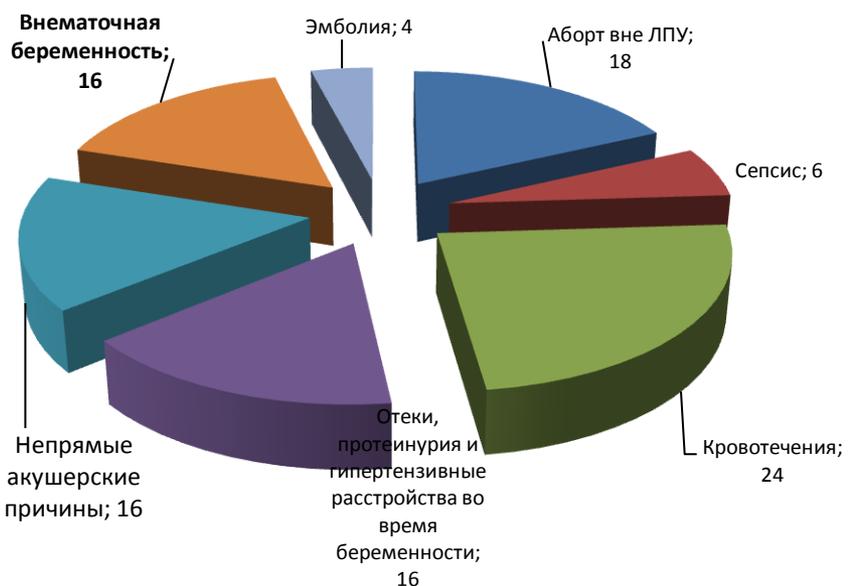
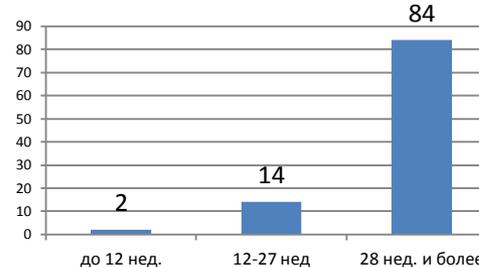
1989-1999

Срок беременности, %



2000-2010

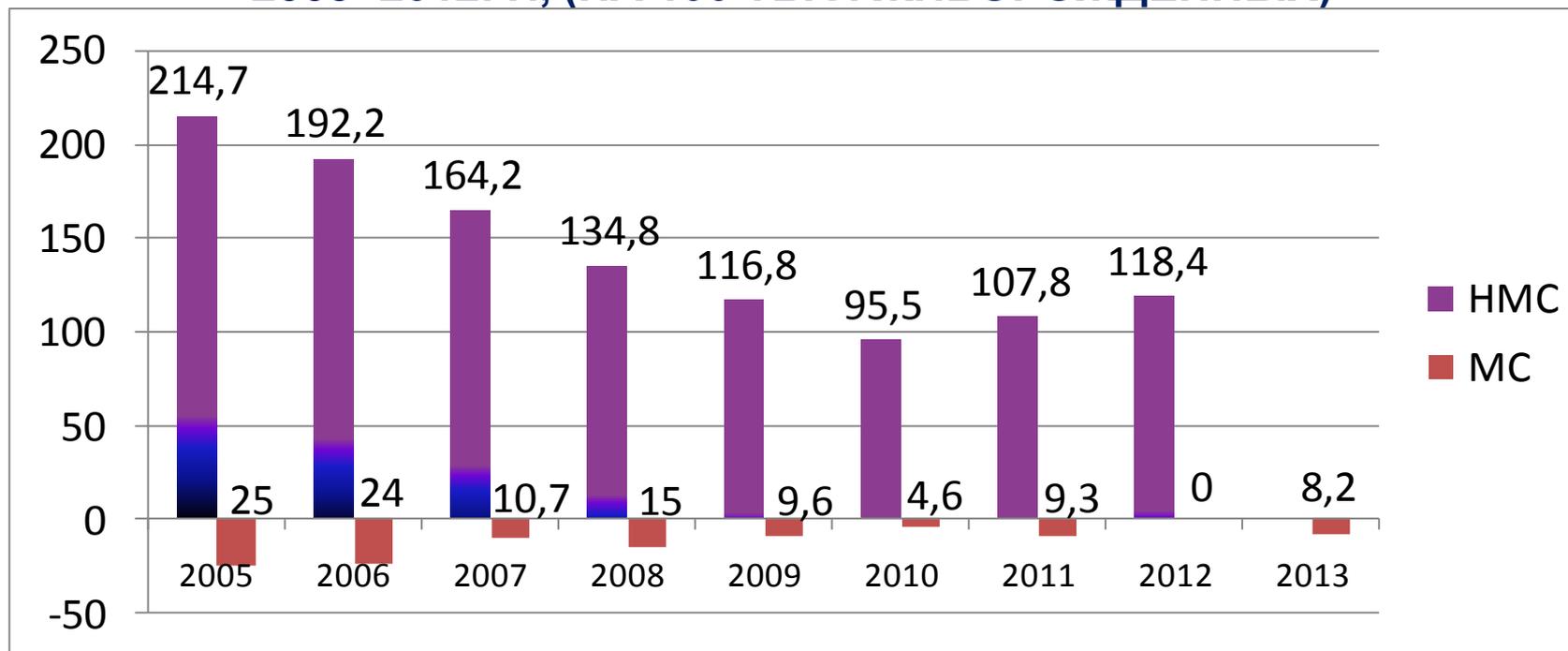
Срок беременности, %



34% умерли в ЛПУ I уровня, из них 74% нуждались в переводе в ЛПУ более высокого уровня.

16% (8) умерли в ЛПУ I уровня, из них 4 (50%) женщины нуждались в переводе в ЛПУ III уровня.

ДИНАМИКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ И СЛУЧАЕВ «NEAR MISS» (НМС) В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, 2005- 2012ГГ., (НА 100 ТЫС. ЖИВОРОЖДЕННЫХ)



На 100 000 родившихся живыми	1991-2000	2001-2012	Снижение
Средний показатель материнской смертности, МС _{ср.}	71,9	10,9	в 6,6 раз
Средний показатель НМС, НМС _{ср.}	284	176	в 1,6 раз

Соотношение случаев материнской смертности к near miss различается по регионам. Например, во Франции этот показатель составляет 1 : 19; в Лондоне – 1 : 118; в Индии – 1 : 6

АКТУАЛЬНОСТЬ МОНИТОРИНГА ЦМК

- ❑ **Контроль работы врачей всех ЛПУ**
- ❑ **Оперативное пресечение критических случаев и случаев высокой степени риска - аудит каждого случая, принятие управленческого решения**
- **Дефицит квалифицированных медицинских кадров в районах является причиной 90% тяжелых случаев**
- **Необходимость повышения качества оказания медицинской помощи женщинам и детям**
- **Профилактика материнской и младенческой заболеваемости и смертности**



Дистанционно-выездная анестезиолого-реанимационная бригада ЦМК

Транспортировка больных в критических состояниях в настоящее время трансформируется из простой «перевозки» в высокотехнологичный процесс, который позволяет приблизить специализированную реанимационную помощь к пациенту.



ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ:



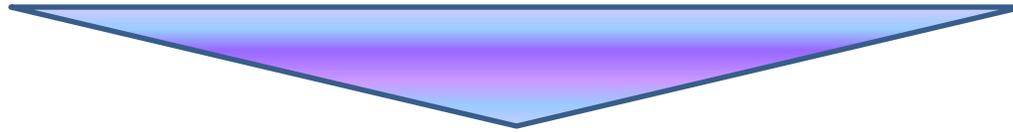
- Прогрессирующая ОДН, печеночная недостаточность, развитие синдрома острого повреждения легких, требующие сложных и современных методов респираторной поддержки
- Тяжелые формы коагулопатий и посттрансфузионных реакций
- Длительные коматозные состояния
- Необходимость применения эфферентных методик и экстракорпоральных методов детоксикации.

Противопоказаниями для транспортировки являлись следующие состояния:

- 1) несостоятельность хирургического гемостаза
- 2) артериальная гипотензия (Адр < 60 мм рт.ст. на фоне адекватной инфузионной терапии и вазопрессоров)
- 3) подозрение на наличие внутричерепного кровоизлияния.

Причины развития критических состояний у больных, переведенных в специализированное МУ

- Тяжелые формы гестоза – 40%
- Массивная кровопотеря – 25 %
- Септические состояния – 10 %
- Осложнения анестезии и ИТ – 10 %
- ТЭЛА, АЭ – 5%
- Прочие причины – 10%



- Маломощные акушерские стационары являются фактором риска материнской смертности.
- Частота смертей в акушерских стационарах на 40 коек и менее с числом родов 500 в год и менее в 2,6 раза выше, чем в стационарах на 150 коек и более с числом родов 1750 в год и более.
- Это объясняется наличием оптимальной штатной структуры с анестезиологической службой в крупных роддомах, постоянным тренингом медицинского персонала, профессиональным общением с большим потоком разнообразных пациентов.

А.Л. Гридчик (2002 г.)



Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг и реализацию мероприятий по программе ОМС на территории Тюменской области в 2014 году

Раздел 4.5. Тарифы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара за счет средств ОМС **(только 1 тариф)**

<p><u>Лечение преэклампсии при сроке до 34 недели</u> беременности с применением химиотерапевтических, биологических препаратов, эфферентных методов терапии (О11, О12, О13, О14) (30% случаев от всех акушерских критических)</p>	<p>Комплексная индивидуально подобранная терапия с применением биологических лекарственных препаратов и экстракорпоральных методов лечения (аппаратный плазмаферез, гемофильтрация, озонотерапия), направленная на пролонгирование беременности под контролем суточного мониторирования артериального давления, транскраниальной доплерографии, эхокардиографии, внутривисочечной гемодинамики, КТ сетчатки, функции эндотелий зависимой дилатации</p>	<p>302 300,00</p>
--	--	-------------------

<p>Отсутствует тариф и оплата оказания высокотехнологичной помощи</p>	<p>Средняя стоимость случая оказания МП в 2013-2014гг.</p>
<p><u>Лечение пациенток в критическом состоянии без преэклампсии</u> в сроке беременности <u>более 34 недель</u></p>	<p>502 тыс.руб.</p>

- ✓ Мониторинг позволяет создать преимущество в работе лечебных учреждений различного уровня, осуществлять оперативный контроль за акушерской ситуацией в регионе, что способствует профилактике и раннему выявлению тяжелых осложнений беременности и родов и снижению материнской смертности.
- ✓ Межгоспитальная транспортировка акушерских больных в критическом состоянии является патогенетически обоснованной и оправданной.
- ✓ Ранняя (в течение 1-х суток) перегоспитализация больных в специализированные медицинские учреждения 3-го уровня позволяет предотвратить дальнейшее прогрессирование СПОН

Клинический случай

Больная П., 27 лет

- **Самостоятельные роды в 38 недель на фоне преэклампсии**
В послеродовом периоде жалобы на головную боль АД 180/110
2-е сутки - На R-легких – признаки интерстициального отека легких, АД до 200/100.
- **4-е сутки - состояние тяжелое нарастает клиника ОДН, признаки критической гипоксемии. R- грамма ОГК - признаки интерстициального отека легких.**
5-е сутки - переведена в ПЦ.
Состояние тяжелое. Уровень сознания – кома II. Выраженные генерализованные отеки.
На R-рентгенограмме органов грудной клетки – «шоковое» легкое.
Окулист: перипапиллярный отек сетчатки
Параклинически: некомпенсированный метаболический и дыхательный ацидоз, гиперкоагуляция, тромбоцитопения, азотемия (креатинин-424).



**С 1-х суток начато проведение ЗПТ.
К концу 2-х суток - общая потеря
жидкости 9600 мл**

**С 3-х суток – улучшение состояния.
Уровень сознания – оглушение,
снизились азотистые шлаки,**

**На 4-е сутки - отек сетчатки
купировался.**

**На «R»-грамме - положительная
динамика.**

**На 10 сутки от момента
поступления деканулирована,**

**На 14-е сутки переведена в
профильное отделение.**

Клинический случай

Беременная М., 24 года.

Внезапная потеря сознания дома.

На КТ- Внутримозговое кровоизлияние слева

Предполагаемые причины : ангиовенозная мальформация?

Аневризма? Беременность 21 неделя.

Беременность –физиологическая, гестоза нет, АД-Н, белок в моче-нет, отеков нет.

Выезд бригады нейрохирургов - _больная нетранспортабельна, прогноз неблагоприятный

Состояние больной крайне тяжелое. Уровень сознания- Кома 1

На 3-и сутки транспортирована в ОКБ №1

Выполнено удаление гематомы. Кесарево сечение.

Исход: Выписана домой в удовлетворительном состоянии с неврологическим дефицитом

Организация единой перинатальной службы ↔ Управление ДЗ ТО (решение оперативных и стратегических задач)

Распределение ЛПУ по уровню и диапазону медицинских услуг

Этапность оказания медицинской помощи

Интеграция и взаимодействие ЛПУ

Разработка медицинских рекомендаций о показаниях и порядке госпитализации в учреждения различного уровня

Технологичность лечебно-диагностического процесса (единые протоколы и стандарты медицинской помощи)

ЦМК

Анализ оперативных данных (виды и объем консультаций, трансфертов)- устойчивые характеристики – выявление тенденций – выявление слабых и сильных сторон

Зоны внимания

Текущие проблемы ЛПУ, выявление

Исключение условий неопределенности для персонала

Автоматизация информационных связей

Ликвидация избыточного расходования средств (медик., конс., расходных ср-в.)

Консультирование через ЦМК обеспечивает контроль за акушерской ситуацией в регионе в условиях уровневой системы оказания помощи



Индекс неонатального трансферта (%) и количество консультаций (абс.)



Индекс неонатального трансферта (%) и перинатальная смертность (‰)

- При сохраняющейся тенденции роста количества консультаций индекс неонатального трансферта неуклонно снижался, с 2007 года стал меньше единицы (низкий ИНТ (около 1%) показывает хорошо действующее распределение перинатальных учреждений и качественные организованные службы материнских и неонатальных трансфертов)
- Снижение индекса неонатальных трансфертов привело к снижению перинатальной и младенческой смертности
- Таким образом, использование технологий дистанционного консультирования привело к снижению перинатальной и материнской смертности

Областной Перинатальный центр

Итоги

- За 2013 г. специалистами ПЦ (в т.ч. через ЦМК) проконсультировано 462 пациентки, из которых 386 (84%) получали лечение в условиях реанимационных отделений.
- В структуре осложнений беременности и родов у пациенток, получивших помощь специалистов центра, ведущими явились:
 - тяжелые формы гестоза (41%),
 - кровотечения, расстройства гемостаза (29,4%),
 - тяжелые формы сепсиса (20,6%).



Все случаи тяжелого заболевания и осложнения беременности анализируются специалистами ГЛПУ ТО «Перинатальный центр», проводится выявление причин осложнений беременности, экспертиза качества оказания медицинской помощи, принимаются управленческие решения

Декомпенсированная и субкомпенсированная экстрагенитальная патология – показание к проведению родоразрешения в условиях специализированного стационара

С 2008 года

- ❑ 21 случай родоразрешения в кардиохирургическом отделении (ВПС с недостаточностью кровообращения, тромбэмболические осложнения)
- ❑ 7 случаев родоразрешения в нейрохирургической операционной (опухоли мозга, кровоизлияния в мозг с обширными гематомами)
- ❑ 12 случаев родоразрешения пациентов в условиях онкологического диспансера



Результаты аудита НМС (с 2006 года)



Внедрение управляемой баллонной тампонады			
	1 уровень	2 уровень	3 уровень (ОПЦ)
2008	УБТ не внедрено	УБТ не внедрено	УБТ не внедрено
2009	УБТ не внедрено	Начало внедрения (ноябрь) число кровотечений = число применения УБТ 40%	Начало внедрения (июнь) число кровотечений = число применения УБТ 60%
2010	Начало внедрения (число кровотечений = число применения УБТ 10%)	число кровотечений = число применения УБТ 80%	число кровотечений = число применения УБТ

В основе проблемы снижения материнской смертности лежит предупреждение основных предотвратимых причин – кровотечения, разрыв матки, гестоз беременности и сепсис.

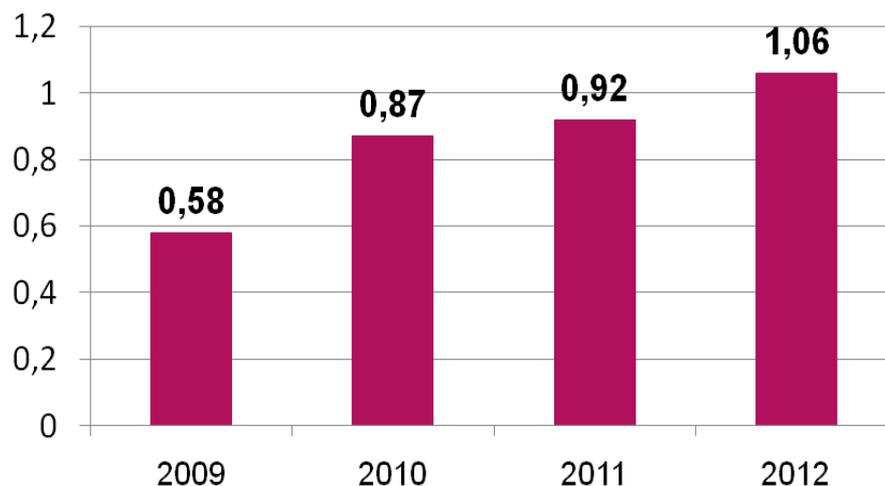
Выводы

- ❑ Одним из путей совершенствования перинатальной помощи является консультирование через ЦМК, обеспечивающее контроль и оперативное управление
- ❑ Внедрение технологий дистанционного консультирования с 2006 года обеспечивало своевременный перевод беременных в ЛПУ 2-3 уровней, привело к снижению неонатальных трансфертов и снижению перинатальной, младенческой и материнской смертности
- ❑ При декомпенсированной и субкомпенсированной экстрагенитальной патологии целесообразно проведение родоразрешения в условиях специализированного стационара. Операция кесарева сечения часто предшествует другим хирургическим вмешательствам
- ❑ Сокращение разницы показателей перинатальной смертности в 3 раза между ЛПУ 2 уровня и ЛПУ 1 уровня к 2010 году свидетельствует о качестве оказания акушерской помощи

МОНИТОРИНГ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ БОЛЬНЫХ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ЦМК	2000г.	2008г.	2013г.
Число родов	13114		23740
Количество доставленных пациентов, %	0,08		1,06
Выезд для оказания медицинской помощи на месте,%	0,7		0,04
Число пациентов, по которым проведены телефонные консультации	50		378
Число телефонных консультаций	66		485

Количество женщин, транспортированных выездными бригадами, % от числа закончивших беременность



Обращения, повторные обращения, выезды, консультации по беременным и гинекологическим больным

30.08 – 05.09.13 (Пр. ДЗ ТО №259 29.05.2008г.)

Дата обращ.	ЛПУ	Ф.И.О.	Диагноз	Консультант	Что сделано. Исход
30.08	Ялуторовск	<i>Иванцова М.А.</i>	Беременность 21-22 недели. Гестационный пиелонефрит. Угрожающий выкидыш.	Клинический фармаколог Черкасова	Консультация.
2.09	Ялуторовск	<i>Волосникова Ю.А.</i>	Беременность 24-25 недель. Преждевременная отслойка низко расположенной плаценты.	Акушер- гинеколог Беева	Консультация.
3.09	Заводоуковск	<i>Кострова Т.В.</i>	Беременность 33-34 недели. Преждевременное излитие околоплодных вод.	Акушер- гинеколог Беева	Консультация. Согласован перевод в ПЦ №2.
3.09	Ялуторовск	<i>Махмутова И.Ш.</i>	Преждевременные роды II в сроке 31-32 недели.	Акушер- гинеколог Беева	Консультация. Согласован перевод в ПЦ №2. Доставлена.
3.09	Ишим	<i>Блёскина А.А.</i>	Срочные роды в сроке 41 нед. Головное предлежание. Гипотоническое кровотечение. Ручное обследование полости матки. Баллонная тампонада. Разрыв влагалища. Кольпорофия. Кровопотеря 1л.300.		1.2.Мониторинг.
04.09	Тобольск ОБ №3	<i>Смолякова О.В.</i>	Беременность 20 недель. Деструктивный аппендицит. Периаппендикулярный абсцесс. Состояние после лапаротомии (от 1.09)		Мониторинг.

ПАРАЛЛЕЛИ СТРУКТУРЫ МАТЕРИНСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Основная причина	2000г. Кол-во больных N=211		2009-2012г. Кол-во больных N=110	
	Абс.	%	Абс.	%
Массивная кровопотеря	132	62,6	63	57,3
Тяжелая преэклампсия, эклампсия	57	27,0	26	23,7
Экстрагенитальные заболевания	22	10,4	10	9,0
Сепсис	-		6	5,5
ТЭЛА	-		3	2,7
Эмболия околоплодными водами	-		2	1,8

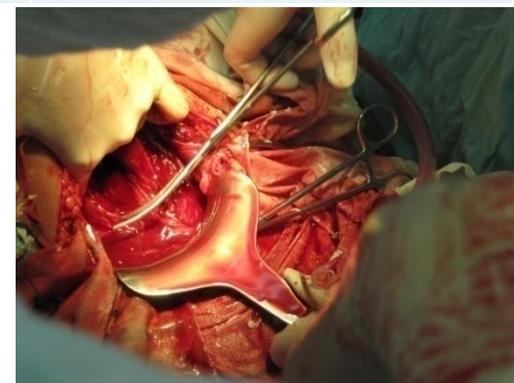
Тяжелые материнские осложнения определяются как потенциальные угрожающие жизни состояния

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В 2010-2012гг. (ОПЦ г.ТЮМЕНИ)

Основная причина	Кол-во больных N=87		Тяжесть состояния (Араче II, баллы)
	Абс.	%	
Массивная кровопотеря	52	59,7	26,8
Сепсис	6	6,9	28,5
Тяжелая преэклампсия	12	13,8	25,6
Эклампсия	6	6,9	28,8
ТЭЛА	3	3,4	24
Грипп. Внебольничная пневмония	6	6,9	33
Токсический гепатит	2	2,3	28

Средний возраст пациенток, находившихся в критическом состоянии, составил 27,9 лет

Самая длительная госпитализация в ОАРИТ составила 45 суток



РЕЙТИНГ РИСКОВ ТЯЖЕЛОЙ МАТЕРИНСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ в 2010-2012гг.

ФАКТОРЫ РИСКА	Частота встречаемости, средняя, %		Отношение шансов
	группа родивших n=67419	группа НМС n=74	
Число женщин, не состоявших под наблюдением в женской консультации	2,3	18,2	7,9
Экстрагенитальное заболевание	78,4	100	1,3
Экстрагенитальное заболевание, осложнившее беременность, роды или послеродовый период (ССС, МПС, ЖКТ, ЭС)	24,4	94,5	3,9
Отягощенный акушерский анамнез	44,3	86,5	1,9
Кесарево сечение	19,3	62,5	3,2
- плановое кесарево сечение, % от всех КС	40,2	9,5	0,2
Сельское население	16,2	44,6	2,8
Иностранские гражданки	0,4	13,5	33,8

Расчет воздействия фактора риска своевременно сигнализирует о негативных тенденциях в деятельности службы. Основные показатели, используемые в мониторинге, высоко информативны и отражают текущее состояние материнской заболеваемости и рейтинг

МАТЕРИНСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ, 2012 год

Основная причина, %	Структура НМС	Удельный вес заболеваний от общего числа родивших
Массивная кровопотеря	57,3	1,3
Тяжелая преэклампсия, эклампсия	23,7	2,7
Кровотечение, связанное с ПОНРП	12,5	1,2
ТЭЛА	2,7	0,02
Эмболия околоплодными водами	1,8	0,008



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Квалификация врача

Строгое выполнение протоколов неотложной помощи

Быстрая транспортировка пациентов в критическом состоянии из отдаленных районов средствами ЦМК с проведением транспортной коррекции жизненно важных систем

Наличие необходимых условий в стационаре (диагностическая и лечебная аппаратуры, медикаменты и пр.)

Соблюдение акушерской тактики при массивной кровопотере, преэклампсии и эклампсии, своевременное родоразрешение

Уровень коллегиальности, распределения обязанностей и слаженности работы медицинского персонала при оказании медицинской помощи (акушеров, гинекологов, анестезиологов, среднего медицинского персонала, лабораторной службы и др.)

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПОН

Наименование	2000г.	2012г.
<p>НЕДООЦЕНКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие профилактики акушерских осложнений - недостатки диагностики осложнения беременности - недостатки диагностики ЭГЗ 	100%	30%
<p>ОШИБКИ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА:</p> <ul style="list-style-type: none"> - недостатки диагностики - недостатки обследования - неадекватная терапия - недостатки при проведении оперативного вмешательства 	30%	0,5%
<p>ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТКИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не наблюдалась - нерегулярное наблюдение, невыполнение рекомендаций врача - отказ от прерывания беременности по медицинским показаниям 	50%	10%
ЯТРОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ	8%	0

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЕВ «NEAR MISS»

**КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВСЕХ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ
КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ РОДОВ**

Ежемесячное клиническое обследование, лабораторное исследование

Патронаж (активный, по телефону)

**Консультирование специалистов
(кардиолог, эндокринолог, уролог, гепатолог и т.д.)**

Физиотерапевтическое лечение

Реабилитация

Психологическое консультирование

Социально-эффективная помощь (работа социолога, помощь в получении пособий, оформлении документов и т.д.)

ПОКАЗАТЕЛИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЙТИНГ ЛПУ

ПОКАЗАТЕЛИ СЛУЖБЫ

Материнская смертность

Младенческая смертность

Перинатальная смертность

Число критических акушерских больных

Инфекционная заболеваемость и осложнения

ПОКАЗАТЕЛИ СТАЦИОНАРА

Экстирпация матки

Доля гипотонических кровотечений, массивных кровопотерь

Число преждевременных родов, %

Роды, осложн. отеками, протеинурией, в т.ч. преэклампсия, эклампсия %

% нарушений родовой деятельности

Отслойка нормально расположенной плаценты, %

Разрыв матки

ПОКАЗАТЕЛИ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

Исполнение требований программы гос.гарантий по специальности акушер-гинеколог (срок ожидания 0-10 дней)

Смертность от онкологических заболеваний

ПРЕОДОЛИМЫЕ СЛОЖНОСТИ

- **АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ И АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ**
- **СТРАТЕГИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МЕР В АКУШЕРСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ/СТАЦИОНАРАХ – исключение всех причин возникновения ВБИ, организация системы санитарно-эпидемиологического контроля**
- **ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ – ПЦР диагностика, методика «ЭЛИ-П-комплекс-12», технологии детоксикации, мач-тесты уровня эндотоксина, мониторинг состояния плода с помощью неинвазивной ЭКГ и т.п.**
- **Укомплектованность квалифицированными кадрами анестезиологами-реаниматологами, акушерами-гинекологами**
- **ЦМК, междисциплинарное взаимодействие**

