

1-1-2019

## POSITIVE LESSONS AT THE ANALYSIS OF CASES OBSTETRIC HEMORRHAGES, THREATENING LIFE OF THE WOMAN

Sh.D. Babajanova

*Republican Perinatal Center, Tashkent, 100140, Uzbekistan, rio-tma@mail.ru*

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/tma>

---

### Recommended Citation

Babajanova, Sh.D. (2019) "POSITIVE LESSONS AT THE ANALYSIS OF CASES OBSTETRIC HEMORRHAGES, THREATENING LIFE OF THE WOMAN," *Central Asian Journal of Medicine*: Vol. 2018 : Iss. 4 , Article 3.  
Available at: <https://uzjournals.edu.uz/tma/vol2018/iss4/3>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Medicine by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact [brownman91@mail.ru](mailto:brownman91@mail.ru).

Central Asia Journal of medicine

*Title of the article in the Uzbek language:*

АЁЛНИНГ ҲАЁТИГА ХАВФ СОЛУВЧИ  
АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШЛАРНИ  
ТАҲЛИЛ ҚИЛИШНИНГ ИЖОБИЙ  
САБОҚЛАРИ

*Title of the article in Russian language:*

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ УРОКИ ПРИ  
АНАЛИЗЕ СЛУЧАЕВ АКУШЕРСКИХ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ, УГРОЖАЮЩИХ  
ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

POSITIVE LESSONS AT THE ANALYSIS OF CASES OBSTETRIC HEMORRHAGES,  
THREATENING LIFE OF THE WOMAN

Babajanova Sh.D., Jabbarova Yu.K., Lyubchich N.I., Mukhamedova U.Yu.

Republican Perinatal Center

Maqola to'g'risida ma'lumot

**Qabul qilindi:** 2018 y, sentyabr  
**Chop etildi:** 2018 y, dekabr  
**Kalim sўzlar:** akuшерликда қон кетиш, акушерликдаги критик ҳолатлар аудити, акушерлик парвари-ши сифатини ошириш.

АННОТАЦИЯ

**Мақсад:** акушерликда қон кетишдаги ўта хавфли вазиятларни текшириш (ХВТ), берилган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш учун фойдаланилмаган имкониятларни аниқлаш. **Материал ва усуллар:** Респу-блика перинатал марказида (РПМ) акушерлик қон кетишлардаги 22та хавфли ҳолатларни (ХВТ) ананавий стандартга мувофиқ методикаси бўйича текшириш ўтказилди. **Натижа:** 3 йил (2015-2017) давомида РПМда жами (17480 та туғруқдан) акушерлик қон кетиш 825 ҳолати қузатилди, бу 4,7% ни ташкил этди. Улардан 2% туғруқдан кейинги қон кетиш, 1,9% (350) – нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши, 0,8% (147) тасида йўлдошнинг олдинда келиши ташкил этди. ХВТ асосида қон кетишда шошилиш ёрдам кўрсатишни ташкил этиш, кетишида қўлланиладиган дори воситалари ва тиббий ускуналар билан таъминлаш, ходимларни ўқитиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилди ва амалга оширилди. **Хулоса:** критик ҳолатлар аудити шошилиш акушерлик ёрдамини ўз вақтида ва етарли кўрсатилишини тامينлайди, кўп тармоқли жамоани мустаҳкамлайди, оналар ўлимини камайтиришга, туғилиш натижаларини яхшилашга ҳисса қўшади, акушерликда янги протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқишни белгилайди. ХВТ тиббий ёрдам сифатини яхшилашга ёрдам беради, беморларни ва унинг оиласини

акушерлик муассасасида олинган ёрдамдан қониқишини кучайтиради.

### Информация о статье

**Принят:** сентябрь 2018 г.

**Опубликовано:** декабрь 2018 г.

**Ключевые слова:** акушерские кровотечения, аудит критических случаев в акушерстве, повышение качества акушерской помощи.

### АННОТАЦИЯ

**Цель:** аудит критических ситуаций (АКС) при акушерских кровотечениях, выявить неиспользованные возможности для повышения качества оказываемой помощи. **Материал и методы:** проведен аудит 22 случаев критических ситуаций при акушерских кровотечениях в РПЦ по методике в соответствии с национальным стандартом по АКС. **Результаты:** всего в РПЦ за 3 года (2015-2017 гг.) произошло 825 случаев акушерских кровотечений (из 17480 родов), частота которых составила 4,7%. В их структуре послеродовые кровотечения составили 1,9%, ПОНРП – 2% (350) и предлежание плаценты – 0,8% (147). На основании результатов изучения АКС были разработаны и внедрены рекомендации по организации неотложной помощи при кровотечениях, по обучению персонала стандартам по ведению кровотечений и по обеспечению лекарством и оборудованием. **Выводы:** внедрение АКС способствует своевременному и адекватному оказанию неотложной акушерской помощи, укрепляет мультидисциплинарную команду, способствует повышению роли акушеров, улучшает исходы родов, способствует снижению материнской смертности, определяет области акушерства для разработки новых протоколов и стандартов. Всё это в целом способствует повышению качества оказываемой медицинской помощи, повышает удовлетворенность пациенток и их семей полученной помощью и уходом в родовспомогательном учреждении.

### Article info

**Adopted:** September 2018

**Published:** December 2018

**Key words:** obstetric bleeding, audit of critical cases in obstetrics, improving the quality of obstetric care.

### ABSTRACT

**Objective:** Carry out an audit of critical situations (near miss) for obstetric hemorrhages, identify unused opportunities for improving the quality of care provided. **Materials and methods:** 22 cases of critical situations (near miss) in obstetric hemorrhages in the Republican Perinatal center (RPC) were audited, according to the methodology in accordance with the national standard for «near miss» [1]. **Results:** A total of 825 cases of obstetric hemorrhages (from 17480 births) occurred in the Republican Perinatal center for 3 years (2015-2017), the frequency of which was 4.7%. In their structure, postpartum hemorrhages were 1.9%, premature placental abruption - 2,% (350) and placenta previa - 0.8% (147). Based on the «near miss», recommendations were developed and implemented for the organization of emergency care for bleeding, for training staff in the standards for managing bleeding and for providing drugs and equipment. **Conclusion:** The introduction of «near miss» contributes to the timely and adequate provision of emergency obstetric care, strengthens the multidisciplinary team, promotes the role of midwives, improves birth outcomes, helps reduce maternal mortality, identifies obstetrics areas for the development of new protocols and standards. All this in general contributes to the improvement of the quality of the medical care provided, raises the satisfaction of patients and her family from the help received in the obstetrical institution.

В последнее десятилетие выявление и анализ случаев серьёзных материнских осложнений рассматривается как альтернатива или дополнение

к изучению проблемы материнской смертности [2-6]. Самые тяжелые, так называемые *критические случаи*, когда женщина оказывалась на грани смерти, сегодня считаются важным показателем для оценки и усовершенствования работы служб, занимающихся охраной материнского здоровья [2,5].

С целью дальнейшего улучшения качества акушерской помощи в Узбекистане внедряется программа аудита критических случаев (АКС) в акушерской практике. Министерством здравоохранения при содействии международных партнеров (ВОЗ, UNFPA, UNICEF) разработан «Национальный стандарт по аудиту критических ситуаций в акушерской практике и конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности в родовспомогательных учреждениях Неспублики Узбекистан» [1]. Критический случай в акушерской практике - это женщина, которая была близка к смерти, но выжила после осложнения во время беременности, родов или в течение 42 дней после родов.

Первостепенная цель АКС – уменьшение предотвратимой материнской и заболеваемости и смертности. Основная задача цикла АКС – определение таких направлений, которые помогут улучшить качество помощи, найти и реализовать решения для выявленных проблем. Конечная цель процесса – дать толчок конкретным действиям для повышения качества помощи [5,6].

Преимущества: критические случаи происходят чаще, чем случаи материнской смерти, анализ критических случаев используется для оценки качества акушерской помощи в стационаре, существует возможность выслушать мнение женщины о том, что произошло и какая помощь была оказана, изучение критических случаев вызывает меньше опасений у сотрудников, чем разбор случаев с летальным исходом.

### **Цель исследования**

Аудит критических ситуаций при акушерских кровотечениях, выявление неиспользованных возможностей для повышения качества оказываемой помощи.

## Материал и методы

Нами проведен анализ 22 случаев критических ситуаций при акушерских кровотечениях в Республиканском перинатальном центре (РПЦ). Критериями отбора критических случаев было тяжелое послеродовое кровотечение в объеме 1000 мл и более или любое кровотечение, сопровождающееся понижением артериального давления или трансфузией крови или ведущее к гистерэктомии [1]. Женщины были в возрасте от 19 до 39 лет. Первородящих было 5, повторнородящих – 17. Срок гестации – от 32 до 36 недель у 8 женщин, 37 недель и более – у 14.

## Результаты и обсуждение

Экстрагенитальные заболевания были выявлены у 20 беременных, в том числе ЖДА – у 9, ИМТ – у 8, гипертоническая болезнь – у 4, ожирение – у 3, варикозная болезнь – у 2, тромбоцитопатия – у 1. Множественная миома матки обнаружена у 3 беременных. В прошлом перенесли кесарево сечение 6 женщин. Беременность осложнилась преэклампсией у 7, крупный плод диагностирован у 3, тазовое предлежание – у 2, двойня – у 1, поперечное положение плода – у 1. Роды осложнились ДРПО у 1, слабостью родовых сил – у 3, тазо-головной диспропорцией – у 2, дистрессом плода – у 3.

Всего в РПЦ за 3 года (2015-2017 гг.) произошло 825 случаев акушерских кровотечений (из 17480 родов), частота которых составила 4,7%. В их структуре послеродовые кровотечения составили 1,9%, ПОНРП – 2, (350), предлежание плаценты – 0,8% (147). Причины акушерских кровотечений представлены в таблице. Из приведенных в таблице данных видно, что АКС подвергнуто 13 (59,1%) случаев послеродового кровотечения, 5 (22,7%) случаев предлежания плаценты и 4 (18,2%) случая ПОНРП.

Родили самостоятельно через естественные родовые пути 9 женщин, преждевременные роды были у 1. С целью остановки послеродового кровотечения РОПМ произведено у 6 пациентки, бимануальное сдавление

матки – у 4, баллонная тампонада – у 3. Консервативные методы оказались эффективными у 3 женщин.

Таблица

Случаи акушерских кровотечений, подвергнутых анализу как критические ситуации, угрожающие жизни женщины

Причина кровотечения	Число случаев, абс. (%)
Послеродовое кровотечение:	13 (59,1)
- тромбоцитопения	1
- эмболия околоплодными водами? ДВС-синдром	1
- дефект последа, атония матки	5
- приращение/вращение плаценты	2
- кесарево сечение + атония матки	1
- миома матки + приращение плаценты	1
- множественная миома матки + крупный плод	1
- множественная миома матки + 2 рубца на матке после кесарева сечения	1
Предлежание плаценты + рубец на матке + вращение плаценты	5 (22,7)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	4 (18,2)
Всего	22

Остальные женщины подвергнуты лапаротомии: использование методов хирургического гемостаза в виде перевязки трех пар магистральных сосудов у 2 женщин в сочетании с гемостатическими швами у 1 помогло избежать удаления матки; у 1 женщины произведена надвлагалищная ампутация матки и у 3 – экстирпация.

Кесарево сечение произведено у 13 (59,1%) беременных, в том числе в сроке 32-36 недель у 7, при доношенной беременности – у 6. Во время операции с целью остановки атонического кровотечения произведена перевязка трех пар магистральных сосудов у 8 женщин, гемостатические швы наложены у 2, перевязка внутренних подвздошных артерий выполнена у

1. Хирургический гемостаз оказался эффективным у 3 женщин, остальным произведена ампутация (3) и экстирпация матки (7).

Ниже приводим пример анализа критического случая.

Пациентка Ш., 27 лет. И/р №2303/836. Поступила с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Диагноз при поступлении: Беременность IV 35 нед. 4 дня. Роды III. Отягощенный акушерский анамнез (2 рубца на матке после кесарева сечения, 1 самопроизвольный аборт). Преждевременная отслойка предлежащей плаценты III степени. Геморрагический шок IV степени.

**Окончательный диагноз:** III преждевременные оперативные роды в 35 недель живым мальчиком масса 2750,0 г, рост 44 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

**Осложнения в родах:** placenta percreta. Кровопотеря III степени.

**Произведено:** Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте в экстренном порядке. Перевязка трех пар магистральных сосудов (маточной, круглой связки и яичниковой). Экстирпация матки без придатков. Общая кровопотеря – 2500,0 мл, или 44,6% от ОЦК. Произведено восполнение кристаллоидами в объеме 3:1 – 7500,0 мл физиологического раствора, эритроцитарной массой 1200 мл, плазмотрансфузия в количестве 1200,0 мл. Получала антибактериальную, антикоагулянтную, обезболивающую терапию. Послеродовый период протекал без осложнений. Выписана домой на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии с ребенком.

**Элементы медицинской помощи, осуществленные на должном уровне**

Правильная и своевременная операция. Был поставлен верный клинический диагноз. Была своевременно проведена операция. Правильный интраоперационный диагноз истинного вращения плаценты. Участвовали опытные хирурги. Проведена правильная оценка и восполнение кровопотери.

**Факторы, способствовавшие процессу оказания медицинской помощи**

Организация помощи при НАП. Мультидисциплинарная бригада. Опытные хирурги. Знание протоколов.

**Элементы медицинской помощи, осуществленные не на должном уровне**

1. Позднее обращение в стационар. 2. Вростание предлежащей плаценты не диагностировано на УЗИ до родов.

**Факторы, воспрепятствовавшие процессу оказания медицинской помощи**

Дооперационная диагностика вростания плаценты способствовала бы своевременному поступлению пациентки в стационар без массивного кровотечения, более раннему удалению матки при меньшей кровопотере.

**Области, в которых деятельность учреждения может быть улучшена**

Мультидисциплинарная командная работа со знанием стандарта оказания помощи при дородовом и послеродовом кровотечении каждым членом команды, начиная с приемного покоя.

**Предложенные действия для улучшения последующего оказания медпомощи**

Разработать протокол по вростанию плаценты. Разработать органосохраняющую тактику при вростании плаценты, обучить персонал данной методике.

**Упущенные возможности**

Более раннее удаление матки при меньшей кровопотере.

На основании АКС от акушерских кровотечений в РПЦ были даны следующие рекомендации:

- обеспечить дежурный персонал рацией для своевременного оповещения бригады;
- в протокол по кровотечениям добавить: для женщин с риском на кровотечение заранее заказывать и подготовить компоненты крови;



- при сборе анамнеза обратить особое внимание на факторы риска кровотечения;
- при выполнении ОЦК строго соблюдать стандарт выполнения с учетом степени объема кровопотери;
- заново проработать протокол по индукции родов, показания и противопоказания для использования простагландинов;
- в протокол по кровотечениям добавить, что женщин с центральным предлежанием плаценты родоразрешать в плановом порядке, в сроке 37 недель, в дневное время;
- разработать протокол по баллонной тампонаде матки, обучить врачей и добавить данную методику в протокол по кровотечениям;
- женщин с преждевременным излитием околоплодных вод осматривать в зеркалах и принимать только в акушерские отделения;
- повесить номера телефонов станций переливаний крови на видном месте в банке крови, в приемном покое и родильном зале;
- повторить стандарт по выполнению ОЦК в виде ситуационных задач;
- прием и сдачу акушерских экстренных наборов производить из рук в руки по дежурству;
- при выявлении и развитии акушерских кровотечений доложить и показать ответственному дежурному врачу (в ночное время) или заведующему отделением (в дневное время), при решении вопроса о лапаротомии – доложить заместителю директора или директору РПЦ;
- родостимуляцию проводить строго по линеомату методом титрования, в послеродовом периоде обязательно проводить осмотр шейки матки в зеркалах;
- провести занятия с санитарками по измерению объема кровопотери;
- провести занятия с врачами по технике перевязки трех пар сосудов, ампутации и экстирпации матки;
- провести занятия на муляжах по наложению вакуум экстрактора и акушерских щипцов;

- повторить протокол по дородовому кровотечению и ведению женщин с центральным предлежанием плаценты;

- при множественной миоме матке заранее планировать нижнесрединный разрез, вопрос об объеме операции решить с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом;

- проработать с персоналом протокол по родовозбуждению и родостимуляции;

- разработать протокол по органосохраняющим операциям при предлежании плаценты и вращении плаценты.

Далее были внедрены рекомендации по организации помощи:

- организованы укладки для экстренной помощи во всех акушерских отделениях, в укладках имеются все расходные материалы и лекарственные средства для оказания неотложной помощи при кровотечениях, преэклампсии/эклампсии, сепсисе, шоковых состояниях. Эти средства по списку акушерки передают друг другу из рук в руки, обеспечивая наличие всех препаратов и расходных материалов;

- организована шоковая палата в приемном отделении, где имеются ИВЛ, мешок Амбу, кровать, КТГ, укладки для кесарева сечения и родов, укладки для оказания экстренной помощи при критических состояниях;

- организована сигнализация для своевременного оповещения персонала в экстренных ситуациях (тревожные кнопки);

- организован дополнительный персонал – акушерка в родильном зале 2-го акушерского отделения;

- организованы аудиторские команды по проверке выполнения протоколов и стандартов при преэклампсии, кровотечениях, преждевременных родах, дородовом излитии околоплодных вод (ДИОВ), кесаревом сечении, партограмме, по мытью рук и др.;

- неоднократно проведено интерактивное обучение персонала по оказанию помощи при преэклампсиях, кровотечениях на муляжах с использованием ситуационных задач;

- проведены мастер-классы по обучению навыкам (бимануальное сдавливание матки, перевязка магистральных сосудов матки, наложение компрессионных швов по Б-Линчу, по Хаймену, по Чо, приему родов при тазовых предлежаниях, наложению акушерских щипцов, вакуум-экстракции);

- обновлены протоколы и стандарты по кровотечению, преэклампсии, предлежанию плаценты, ДИОВ, сепсису, разработаны новые стандарты по вращению плаценты, вакуум-экстракции плода, органосохраняющим операциям при кровотечениях, восполнению кровопотери при геморрагическом шоке.

- налажена система «обратной связи» анкетированием родильниц об их удовлетворенности качеством помощи;

- в РПЦ внедрены рекомендации по оборудованию;

- в шоковой палате в приемном отделении организован аппарат ИВЛ, КТГ, мешок Амбу;

- в ОАРИТ, ОПБ и родильных залах магниезиальная терапия проводится только с помощью инфузионного насоса (линеомату);

- родостимуляция с окситоцином проводится с использованием инфузионного насоса;

- обеспечение силиконовыми вакуум-экстракторами;

- ОПБ, родильный зал и ОАРИТ обеспечены кардиомониторами, пульсоксиметрами.

Внедрение АКС укрепило мультидисциплинарную команду, повысило роль акушерок, так как они начали активно участвовать в обсуждении, анализе критического случая и разработке и выполнении рекомендаций. Улучшено консультирование женщины и членов ее семьи в родах и в послеродовом периоде.

Таким образом, внедрение АКС способствует своевременному и адекватному оказанию неотложной акушерской помощи, укрепляет мультидисциплинарную команду, способствует повышению роли акушерок,

улучшает исходы родов, способствует снижению материнской смертности, определяет области акушерства для разработки новых протоколов и стандартов. Всё это в целом способствует повышению качества оказываемой перинатальной помощи, повышает удовлетворенность пациенток и их семей полученной ими в родовспомогательном учреждении медицинской помощью.

### *References:*

1. Natsional'nyy standart po auditu kriticheskikh situatsiy v akusherskoy praktike i konfidentsial'nomu issledovaniyu sluchayev materinskoy smertnosti v rodovspomogatel'nykh uchrezhdeniyakh Respubliki Uzbekistan. – Tashkent, 2015. – 119 s.
2. Hodorogea S. Piloting near miss case reviews in Kazakhstan: improving quality of maternal care // *Entre Nous*. – 2010. – Vol. 70. – P. 28-29.
3. Hutchinson C., Lange I., Kanhonou L. et al. Exploring the sustainability of obstetric near miss case reviews: a qualitative study in the South of Benin // *Midwifery*. – 2010. – Vol. 26, №5. – P. 537-543.
4. Sukhanberdiyev K., Ayazbekov A., Issina A. et al. Initial experience of Near Miss Case Review: improving the management of haemorrhage // *Entre Nous*. – 2011. – Vol. 7, №4. – P. 18-19.
5. Tunzalp O., Hindin M.J., Souza J.P. et al. The prevalence of maternal near miss: a systematic review // *Brit. J. Obstet. Gynaec.* – 2012. – Vol. 119, №6. – P. 653-656.
6. Tunzalp O., Souza J.P. Maternal near-miss audits to improve quality of care // *Brit. J. Obstet. Gynaec.* – 2014. – Vol. 121, №4. – P. 102-104.