



- Am. J. Hypertension 2000; 3: 254-258.
6. McDonald, W. Periostitis and Localized Myositis in Polyarteritis Nodosa / W. McDonald, M.P. Blake // Clin Nucl Med. - 2004. - Vol. 29. - № 11. P. 547-549.
 7. Свирищевский Е.Б., Чазова Т.Е. Микроциркуляция в нижних конечностях при диабете. // Вестник РАМН. - 2002. - № 5. - С. 45-51.
 8. Мазур Э.М. Тромбоциты. Патопфизиология крови. Ф.Д. Шиффман, М., С.-Пб.: Бином. 2001; 149-281.
 9. Handengue A.L., Del-Pino M., Simon A., Levenson J. Erythrocyte disaggregation shear stress, sialic acid, and cell aging in humans. Hypertension 1998; 2 : 324-330
 10. Ishiyama K. Evaluating Benign and Malignant Musculoskeletal Lesions With Radionuclide Angiography and SPECT Using Tc-99m - MIBb/ // Clin. Nucl. Med. - 2005. - Vol. 30. - № 9.
 11. Балуда В.П., Балуда М.В., Деянов И.И., Теплуков И.К. Физиология системы гемостаза 1995; 245.
 12. Шиффман Ф.Д. Патопфизиология крови. М.: Медицина. 2001; 448.
 13. Thomas T.H., Rutherford P.A., Vareesangthip K., Wilkinson R., West I.C. Erythrocyte membrane thiol proteins associated with changes in the kinetics of Na/Li countertransport: a possible molecular explanation of changes in disease. Eur J Clin Invest. 1998; 4: 259-265.
 14. GS. Velmahos G.S. Complications and nonclosure rates of fasciotomy for trauma and related risk factors. // World J. Surg. - 1997. - Vol. 21. - № 3. - p. 247-253.

ПОСТУПИЛА 24.10.2013

УДК 618.2-071

Е.Ю. Лебеде́нко¹, А.П. Милованов², А.Ф. Михельсон¹, И.М. Розенберг¹

РОЛЬ ПРИНЦИПОВ СОСТАВЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В ФОРМИРОВАНИИ СТРУКТУРЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

¹Ростовский государственный медицинский университет
кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС

Россия, 344022, Ростов-на-Дону, Нахичеванский переулок, д. 29; e-mail: lebedenko08@mail.ru

²НИИ морфологии человека РАМН,
лаборатория патологии женской репродуктивной системы
Россия, 117418, г. Москва, ул. Цюрупы, д. 3.

Цель: оценить роль формулировки, рубрикации и сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в формировании структуры материнских потерь.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинской документации 74 случаев смерти беременных, рожениц и родильниц, зарегистрированных в учреждениях родовспоможения Ростовской области с 2000 по 2007 гг.

Результаты: нерубрифицированный заключительный клинический диагноз (хронологическая регистрация симптомов, отсутствие рубрик основного заболевания, смертельного осложнения, точной датировки оперативных вмешательств и важнейших составляющих лечебных и реанимационных мероприятий) объективно отражает дефекты диагностики первоначальной причины случаев материнских смертей и ошибочную лечебную тактику.

Заключение: детальный клинический анализ причин материнских смертей, сопоставление заключительного и патолого-анатомического диагнозов уточняет фактический нозологический профиль материнской смертности и её интенсивные показатели, а также определяет резервы её дальнейшего снижения.

Ключевые слова: заключительный клинический диагноз, материнские потери, структура материнской смертности.



E.Yu. Lebedenko¹, A.P. Milovanov², A.F. Michelson¹, I.M. Rozenberg¹

THE ROLE OF PRINCIPLES OF A FINAL CLINICAL DIAGNOSIS IN FORMATION THE STRUCTURE OF MATERNAL MORTALITY

¹Rostov State Medical University,

Department of Obstetrics and Gynecology №3 of the Faculty of Advanced Training and Professional Retraining

29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: lebedenko08@mail.ru

²Research Institute of Human Morphology Russian Academy of Medical Sciences,

Laboratory of the Female Reproductive System;

3, Tsurupy str., Moscow, 117418, Russia.

Purpose: To evaluate the role of statement, classification and comparison of final clinical and pathologic diagnosis in the structure formation of maternal losses,

Materials and Methods: A posthoc analysis of medical records of 74 deaths of pregnant, parturient and puerperal women, registered in the obstetrics institution in the Rostov region from 2000 to 2007.

Results: Non-classified final clinical diagnosis (chronological registration of symptoms, lack of headings of underlying disease, fatal complications, accurate dating of surgical measures and major components of remedial and resuscitation measures) objectively reflects the diagnosis defects of prime causes of maternal deaths and wrong treatment policy.

Summary: Detailed clinical analysis of the causes of maternal deaths, comparison of the final and pathologic diagnosis clarifies the actual nosological profile of maternal mortality and its intensive parameters, as well as determines the reserves of its further decrease.

Keywords: final clinical diagnosis, maternal losses, structure of maternal mortality.

Введение

Соблюдение правил формулировки и кодирования заключительных клинических (ЗКД) и патолого-анатомических диагнозов (ПАД) определяют достоверность данных о заболеваемости и причинах смерти населения [1]. Правила составления диагнозов основаны на принципах медицинской информатики и требованиях Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, в настоящее время — десятого пересмотра (МКБ-10), принятой 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1989 г. и введенной в действие на территории РФ с 01.01.1998 г. приказом МЗ РФ от 27.05.97 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10» [1,2].

Диагноз — результат и показатель работы клинициста или патологоанатома, документальное свидетельство уровня его профессиональной квалификации, на основании которого формируется заключение о качестве оказания медицинской помощи, решаются юридические вопросы, формируется статистика заболеваемости и смертности [3,4].

При анализе материнских смертей весомое место занимает именно ЗКД, четко демонстрирующий представления клинициста об основной причине гибели пациентки. При этом единые правила формулировки ПАД, заполнения медицинского свидетельства о смерти и последующего кодирования основного заболевания также обеспечивают достоверность данных о структуре материнских потерь [1,2,3].

Цель работы: оценить роль формулировки, рубрикации и сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в формировании структуры материнских потерь.

Материалы и методы

Проанализированы принципы формулировки и сопоставления ЗКД и ПАД 74 случаев смерти беременных, рожениц и родильниц (БРР), зарегистрированных в учреждениях родовспоможения Ростовской области (РО) с 2000 по 2007 гг. В эти годы абсолютное число материнских смертей, а также показатель материнской смертности (МС), существенно отличались, что позволило выделить для анализа два временных периода. В каждом из них оценены принципы построения ЗКД случаев летальных исходов за четыре года: с «высокими» показателями МС (с 2000 по 2003 гг., 55 случаев) и с «устойчиво низкими» показателями МС — с 2004 по 2007 гг., 19 случаев (Рис.1).

Детальному анализу подвергались случаи расхождений ЗКД и ПАД, выявленные при их сопоставлении в обоих периодах.

В работе использованы положения приказа МЗ СССР от 24.10.89 г. № 584 «О переходе на расчеты показателя материнской смертности в соответствии с определением ВОЗ». Анализ медицинской документации случаев материнских смертей, зарегистрированных в РО за период с 2000 по 2007 гг., проводился в соответствии с приказом № 500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации», по утвержденным формам, протоколам Областных комиссий по родовспоможению с разборами случаев материнских смертей, зарегистрированных в исследуемый период в РО.

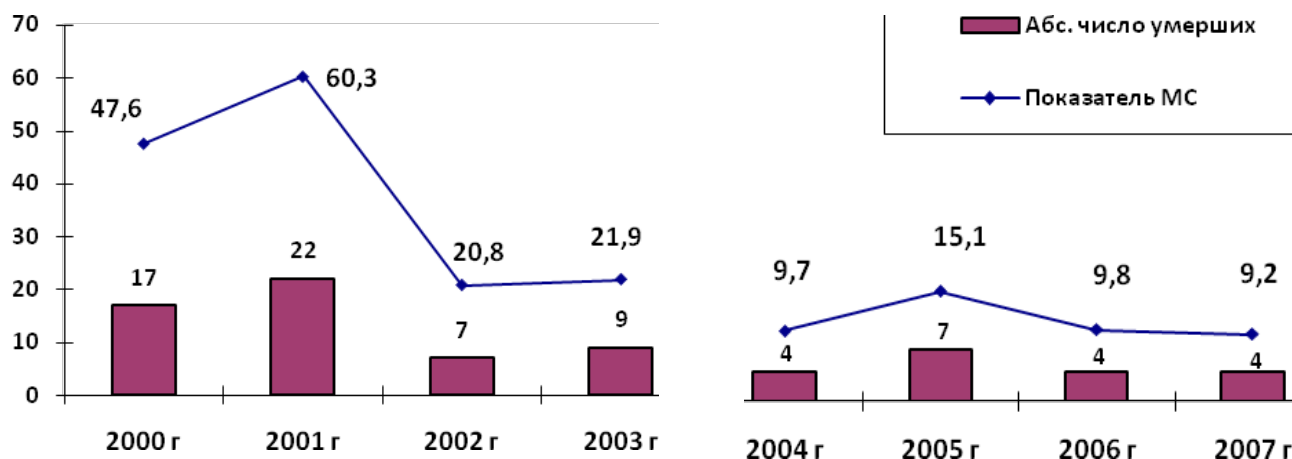


Рис. 1. Динамика показателя МС (на 100 тыс. ж.р.) и абсолютное число умерших женщин в РО.

Уточнение ПАД умерших родильниц осуществлялось с использованием подходов, утвержденных в стандартах «Организационные аспекты, особенности проведения патологоанатомических вскрытий, правила формулировки диагноза и его кодирования по МКБ-10 при материнской смерти» [1,2].

Результаты и обсуждение

В РО при сопоставимом с РФ уровне рождаемости показатель МС с 2001 по 2007 гг. сократился в 6,5 раз (с 60,3

до 9,2 на 100 тыс. живорожденных (ж.р.) и оказался в 2,4 раза ниже среднероссийского (22,1 на 100 тыс. ж.р.). Этому способствовали разработка и внедрение индивидуального плана организационно-методических и клинко-диагностических мероприятий, эффективность которых представлена авторами статьи в дальнейших научных публикациях [5,6]. Однако соотношение основных причин смерти в периодах с высоким и низким уровнем показателей МС достоверно не отличалось. Лидирующие позиции занимали акушерские кровотечения, сепсис, пре- и эклампсия, экстрагенитальные заболевания (табл.1).

Таблица 1

Структура причин и интенсивные показатели МС в РО за период 2000-2007 гг.

	2000-2003 гг. (n=55)			2004-2007 гг. (n=19)		
	Абс	%	Интенсивный показатель (на 100 тыс. ж.р.)	Абс	%	Интенсивный показатель (на 100 тыс. ж.р.)
Акушерские кровотечения	17	30,9	11,2	7	36,8	4,2
Пре-, и эклампсия	10	18,2	6,6	2	10,5	1,2
Сепсис	9	16,4	5,9	4	21,1	2,4
Акушерские эмболии	3	5,5	1,9	3	15,8	1,8
ЭГЗ	7	12,7	4,6	1	5,3	0,6
Осложнения анестезии	4	7,3	2,6	1	5,3	0,6
Аборт	2	3,6	1,3	-	-	-
Внематочная беременность	3	5,5	1,9	1	5,3	0,6
Итого	55	100,0		19	100,0	

В соответствии с целью работы был проведен сравнительный анализ принципов формулировки ЗКД случаев материнских смертей в анализируемых периодах. Установлено, что наиболее распространенными ошибками в периоде с высокими показателями МС в РО (2000-2003 гг.) являлись: представление ЗКД в виде хронологии событий (74,5%), указание первоначальной причины смерти в рубрике «осложнения основного заболевания» (45,5%). Достаточно часто выявлялось отсутствие подрубрик: «па-

тология плода» (50,9%), «оперативные вмешательства» (18,2%). При этом в рубрику «основное заболевание» не смертельные осложнения были помещены в 36,4% случаев, а «оперативные вмешательства» - в 27,3%. В конечном итоге это определило в 2000-2003 гг. расхождения ЗКД с ПАД по второй категории в 92,7% случаев материнских смертей.

В 2004-2007 гг. (в периоде с устойчиво низкими показателями МС) количество ошибок при формировании



ЗКД несколько уменьшилось, хотя их структура практически не изменилась. В 2,8 раза сократилась доля ЗКД, представленных в виде хронологии событий, в 2 раза реже встречались ошибки в рубрике «основное заболевание». По-прежнему высокой оставалась доля ЗКД с отсутствием подрубрики «патология плода» (68,4%), рубрик «осложнения», «фоновые заболевания» и «оперативные вмешательства» - (15,8%). При этом достоверно возросла частота верно составленных, то есть рубрифицированных диагнозов (от 7,3% в 2000-2003 гг. до 31,6% в 2004-2007 гг., $p < 0,05$). Частота расхождений ЗКД и ПАД случаев материнских смертей в 2004-2007 гг. по сравнению с 2000-2003 гг. снизилась в 2,8 раза.

Клинико-патологоанатомические конференции в рамках областных комиссий по родовспоможению, проводя анализ случаев материнских смертей в РО, изменили ЗКД в 11-ти из 55-ти случаев в периоде с наиболее неблагоприятными показателями МС (2000-2003 гг.) и в одном случае в 2004-2007 гг. (табл.2).

В конечном итоге это изменило структуру причин МС, а в последующем позволило представить достоверные интенсивные показатели по отдельным нозологиям. Так, за счет сокращения основных нозологических форм, входящих в структуру Блока МКБ-10 - О10-О16 «Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде» в 2000-2003 гг., снизилась доля материнских потерь от пре- и эклампсии (с 18,2% до 10,5%), а также интенсивный показатель МС в 1,4 раза (с 6,6 до 4,6 на 100 тыс. ж.р.) (табл.2).

В двух случаях материнских смертей, первоначально входивших в группу умерших по причине «гестоза», основным заболеванием по уточненным данным являлись различные формы акушерского сепсиса, а существовавшая до беременности эссенциальная гипертензия – «сопутствующим заболеванием».

В 3-м случае основным заболеванием являлось атоническое маточное кровотечение, развившееся в результате нарушения сократительной способности матки в раннем послеродовом периоде. Коллективным решением комиссии родовспоможения был уточнен ЗКД и определена нозологическая форма «фоновое заболевание» - ею являлась «существовавшая ранее гипертензия (кардиоваскулярная), а не «вызванная беременностью гипертензия», как было первоначально указано в медицинской документации.

В 4-м случае ошибки в составлении ЗКД привели к неверному кодированию основного заболевания. Так, самопроизвольный аборт у пациентки произошел не по причине «нарушений в маточно-плацентарной области, характерных для гестоза», а в результате патологии печени, определившей тяжелые расстройства в системе гемостаза и явившейся первоначальной причиной летального исхода.

Уточнение ЗКД случаев гибели родильниц привело к росту частоты такой составляющей МС, как «сепсис» (увеличение в 1,4 раза с 16,4% до 23,6%) и повышением соответствующего интенсивного показателя МС в 1,5 раза (с 5,9 до 8,6 на 100 тыс. ж.р.). Следует отметить, что существенные трудности отмечались в клинико-морфологической дифференциации септицемии в родах, для которой первичным триггером воспаления

является послед. При этом высока доля антенатальной гибели плода и смерть родильниц в ближайшие сроки после родоразрешения.

В то же время для «послеродового сепсиса» характерен запуск синдрома системного воспалительного ответа на уровне эндо- и миометрия, исход беременности для плода, как правило, благоприятный, более длительное течение заболевания и поздние сроки гибели пациентки.

В результате уточнения ЗКД в два раза снизилась частота и интенсивный показатель МС от осложненной анестезии (с 7,3% до 3,6% и с 2,6 до 1,3 на 100 тыс. ж.р.). Анализ правил формулировки ЗКД данных случаев также представлял особую значимость, так как выявлял ошибки в тактике ведения родов и способов родоразрешения, а не дефекты в анестезиологическом обеспечении экстренной акушерской ситуации. В частности, у двух пациенток первично развились приступ эклампсии, разрыв матки в родах, внутрибрюшное кровотечение и геморрагический шок, определявшие отсутствие необходимого времени и условий для профилактики синдрома аспирации желудочного содержимого. Таким образом, синдром Мендельсона в данных случаях необходимо было включить в рубрику «осложнение основного заболевания», а первоначальной причиной трагических исходов следовало считать в одном случае «разрыв матки в родах», а в другом – «эклампсия в родах».

Детальный анализ ЗКД случаев материнских смертей по причине внематочной беременности также способствовал сокращению интенсивных показателей МС по данной нозологии (с 5,5% до 3,6% и с 1,9 до 1,3 на 100 тыс. ж.р.). Так, в одном из анализируемых случаев, причиной фатального исхода являлось нераспознанное внутрибрюшное кровотечение из зоны перфорации матки во время диагностического выскабливания, развившийся острый синдром ДВС, геморрагический шок. При этом имеющаяся трубная беременность являлась прогрессирующей. В данном случае, эктопическую беременность необходимо было включить в рубрику «сопутствующие заболевания», а первоначальной причиной летального исхода следует считать «неудачную попытку искусственного аборта».

Уточнение ЗКД и первоначальных причин гибели родильниц не привело к существенному сокращению частоты акушерских кровотечений (с 30,9% до 27,3%) в структуре МС и интенсивного показателя по данной нозологии (с 11,2 до 9,9 на 100000 живорожденных).

При анализе летальных исходов за 2000-2003 гг. было установлено, что два случая произошли по причине «разрыва матки в родах» и в результате «технических дефектов оперативных вмешательств». Примечательно, что данные материнские потери были ошибочно отнесены в группу умерших родильниц не вследствие ятрогении, а по причине акушерских кровотечений. Детальный анализ показал, что массивная кровопотеря возникла в результате акушерского травматизма. Это принципиально отличало данные случаи от «истинно акушерских кровотечений» и послужило основанием для формирования двух дополнительных составляющих в структуре летальных исходов – разрыв матки в родах и технические дефекты операции (табл. 2).



Таблица 2

**Изменение кодов МКБ-10 причин материнских смертей по результатам
детального клинического и патолого-анатомического анализа**

Структура причин МС	Первоначальный код МКБ10	Уточненный код МКБ 10	Структура причин МС
2000-2003 гг. (n=11)			
Акушерские кровотечения (n=2)	О 72.1 – другие кровотечения в раннем послеродовом периоде	О 71.7 – акушерская гематома таза	Технические дефекты операций
	О 72.1 – другие кровотечения в раннем послеродовом периоде	О99.4 – болезни системы кровообращения	ЭГЗ
Внематочная беременность (n=1)	О 00 – внематочная беременность с разрывом	О07 Неудачная попытка искусственного аборта	Технические дефекты операций
Гестоз (n=4)	О 13 – вызванная беременностью гипертензия	О72.1 – Атоническое маточное кровотечение	Кровотечения
	О 03.6 - самопроизвольный аборт	О 26.6 – Поражения печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде	ЭГЗ
	О 14.0 - преэклампсия средней степени	О 85 – послеродовый сепсис	Сепсис
	О 15.1 – Эклампсия в родах	О 75.3 – другие инфекции (септицемия) во время родов	Сепсис
Анестезиологические осложнения (n=2)	О74 – аспирационный пневмонит	О 710 – разрыв матки	Разрыв матки в родах
	О74 – аспирационный пневмонит	О15.1 – эклампсия в родах	Гестоз
ЭГЗ (n=2)	О99.5 – болезни органов дыхания	О 85 – послеродовый сепсис	Сепсис
	О 87.1 – глубокий флелотромбоз	О 85 – послеродовый сепсис	Сепсис
2004-2007 гг. (n=1)			
Акушерские кровотечения (n=1)	О 75.4 – Другие осложнения, вызванные акушерским оперативным вмешательством	О 71.7 – акушерская гематома таза	Технические дефекты операций

Доля летальных исходов беременности и родов, обусловленных ятрогенной, является индикатором профессиональных знаний и клинического опыта акушеров и анестезиологов, а их строгий учет в родовспомогательных учреждениях представляет определенный резерв в снижении числа материнских смертей.

Достоверных изменений в частоте встречаемости основных причин летальных исходов, а также в величине интенсивных показателей МС в РО за период 2004-2007 гг. не было. Лишь в одном случае уточнение первоначальной причины летального исхода (акушерская гематома таза – О71.7) сократило число умерших женщин по причине акушерских кровотечений (табл. 2).

Полученные данные были учтены при оформлении карт донесения о случаях МС, разработки плана мероприятий по её дальнейшему снижению в РО.

Обсуждение. Таким образом, по данным исследова-

ния, строгое соблюдение принципов формулировки и сопоставления ЗКД и ПАД материнских летальных исходов, определение категорий и причин их расхождения предоставляет возможность получения достоверной информации о фактической структуре МС [5]. Ее анализ необходим не только для выявления дефектов оформления документации, но и для совершенствования профессиональных навыков, повышения квалификации акушерских кадров, что является основой высокого качества оказываемой помощи и снижения частоты врачебных ошибок [6]. В связи с этим грамотное оформление и кодирование ЗКД – не только объективный маркер высокой квалификации специалиста и качества организации лечебно-диагностического процесса, но и существенный резерв снижения уровня материнских смертей и показателя МС – важнейших составляющих государственной медицинской статистики.



Выводы

Нерубрифицированный ЗКД (хронологическая регистрация симптомов, отсутствие рубрик основного заболевания и смертельного осложнения, точной датировки оперативных вмешательств и важнейших составляющих лечебных и реанимационных мероприятий) объективно отражает дефекты диагностики первона-

чальной причины случаев материнских смертей и ошибочную лечебную тактику.

Детальный клинический анализ причин материнских смертей, сопоставление ЗКД и ПАД уточняет фактический нозологический профиль материнской смертности, интенсивные показатели и определяет резервы её дальнейшего снижения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2008. – 128с.
2. Милованов А.П. Анализ причин материнской смертности / Руководство для врачей / Под редакцией профессора А.П. Милованова. – М.: МДВ, 2008. – 228с.
3. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов / Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. // Методические рекомендации. – М., 2008 г. – 45с.
4. Фролова О.Г. Региональные аспекты материнской смертности в Российской Федерации (2010) / Фролова О.Г., Гусева Е.В., Шувалова М.П., Долгушина Н.В. / Методическое письмо. – М., 2011. – 32с.
5. Лебеденко Е.Ю. Пути снижения акушерских потерь / Лебеденко Е.Ю., Милованов А.П., Михельсон А.Ф. // Журнал акуш. и гин. – 2012. - №4-1. – С. 74-78.
6. Лебеденко Е.Ю. Экономические аспекты материнских потерь в Ростовской области // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2008. - №5. – С. 75-84.

ПОСТУПИЛА 29.05.2013

УДК 615.211:617-089.5

О.А. Махарин, Ю.С. Макляков, В.М. Женило

ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА М-ОПИОИДНОГО РЕЦЕПТОРА НА ТЕЧЕНИЕ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра фармакологии и клинической фармакологии*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29. E-mail: olegmaharin@yandex.ru

Цель: изучение влияния полиморфизма μ -опиоидного рецептора на течение тотальной внутривенной анестезии.

Материалы и методы: в исследование вошло 100 пациенток, которым выполнялись различные гинекологические операции с вхождением в брюшную полость. Интраоперационно у всех пациенток оценивали изменение биспектрального индекса, артериального давления, сатурации кислорода. Анализировали частоту полиморфизма гена μ -опиоидного рецептора — OPRM1 (A118G).

Результаты: установлено, что у носительниц полиморфного генотипа изучаемого гена отмечался повышенный расход наркотических анальгетиков во время операции, позже выполнялась экстубация, чаще регистрировались послеоперационные осложнения (тошнота и рвота) и отмечался более высокий балл по визуально-аналоговой шкале в раннем послеоперационном периоде.

Заключение: носительницы полиморфного генотипа μ -опиоидного рецептора A118G, как гетерозиготные, так и гомозиготные, нуждаются в больших дозах наркотических анальгетиков во время операции и в более тщательном наблюдении в раннем послеоперационном периоде из-за возможных осложнений.

Ключевые слова: анестезия, полиморфизм, μ -опиоидный рецептор.