

АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН: ОТ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ ДО ИЗВЛЕЧЕНИЯ УРОКОВ

Г.Т. РАСУЛОВА, Д.М. РАХМАТУЛЛОЕВА, С.М. МАРДОНОВА

Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучение результатов внедрения новой методологии анализа критических случаев в работу акушерского стационара с целью профилактики возникновения смертельно опасных состояний в службе родовспоможения и улучшения оказания неотложной акушерской помощи.

Материал и методы: проведён сравнительный анализ 20 случаев критических состояний – обменные карты, истории родов и новорождённых, карты анализа критических случаев (АКС) и интервью женщин: 14 случаев массивных акушерских кровотечений и 6 случаев тяжёлых гипертензивных нарушений с осложнениями.

Результаты: в стране поддержана инициатива ВОЗ по анализу критических состояний в акушерстве, направленная на снижение материнской заболеваемости и смертности (2008). Экспертами обучены специалисты родовспоможения, в том числе из числа сотрудников ТНИИ АГиП. С использованием предложенной методологии изучен ряд критических случаев на заседании рабочей группы по АКС из числа специалистов ТНИИ АГиП. Каждая отдельная последующая сессия аудита включала в себя отчёт о реализации представленных ранее рекомендаций. Непосредственно исследование случая состояло из обсуждения доклада, интервью и выявления положительных моментов ведения пациентки, а также упущенных возможностей 20 случаев критических состояний – обменные карты, истории родов и новорождённых. Проведено изучение критических случаев, угрожающих жизни женщины в периоды беременности, родов и после родоразрешения, возникших в результате массивных акушерских кровотечений (14) и осложнений тяжёлой преэклампсии (6). Выяснилось, что положительными моментами оказания помощи в критических ситуациях является наличие необходимых препаратов и оборудования в учреждении, внедрение руководств и стандартов ведения акушерских кровотечений и гипертензивных осложнений, а также командная работа. Наряду с положительными моментами, выявлены упущенные возможности – недостаточное консультирование, дефекты антенатального и стационарного наблюдения, необходимость оптимизации существующих руководств в сфере неотложных состояний в акушерстве. На основании принятых решений участниками критических случаев и рабочей группой по АКС проведено 15 занятий, как для старшего, так и среднего медицинского персонала по различным аспектам оказания неотложной акушерской помощи, подготовлено 4 проекта приказов, в дальнейшем подписанных администрацией и направленных на улучшение организации работы и повышение эффективности качества оказываемых услуг; на основании полученного опыта внедрён ряд организационных мероприятий, направленных на профилактику возможных осложнений.

Заключение: по результатам проведённых сессий аудита сделаны выводы относительно основных направлений, в которых деятельность должна быть улучшена: адаптирование некоторых руководств, приказов и стандартов для учреждения, создание ряда приказов, непрерывное повышение уровня знаний.

Ключевые слова: анализ критических состояний, материнская смертность, тяжёлые гипертензивные нарушения, акушерские кровотечения.

Для цитирования: Расулова ГТ, Рахматуллоева ДМ, Мардонова СМ. Анализ критических случаев, угрожающих жизни женщин: от внедрения методологии до извлечения уроков. *Вестник Авиценны*. 2018;20(4):342-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-342-346>

ANALYSIS OF CRITICAL CASES OF LIFE-THREATENING WOMEN: FROM THE INTRODUCTION OF METHODOLOGY TO LEARNING LESSONS

G.T. RASULOVA, D.M. RAKHMATULLOEVA, S.M. MARDONOVA

Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: Examining the results of implementing a new methodology of analysis of critical cases in the work of an obstetric hospital in order to prevent the occurrence of deadly conditions in the maternity obstetric services and to improving emergency obstetric care.

Methods: The comparative analysis of 20 cases of critical states is conducted – exchange cards, childbirth and neonatal histories, critical case analysis (CCA) cards and women's interviews: 14 cases of massive obstetric haemorrhage and 6 cases of severe hypertensive disorders with complications.

Results: The country supported by the WHO initiative on the analysis of critical states in obstetrics aimed at reducing maternal morbidity and mortality (2008). Experts trained the specialists from maternity obstetric service, including the staff of the Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology. Using the proposed methodologies, a number of critical cases were examined at the meeting of the working group on the CCA from among specialists of the above-mentioned institution. Each individual subsequent audit session included the implementation report on the previously provided recommendations. The direct case study consisted of a discussing of the interview report and identifying the positive aspects of the patient's vision, as well as missed opportunities of 20 cases of critical conditions – exchange cards, childbirth and neonatal histories. The study of critical cases of life-threatening women during pregnancy, childbirth and after delivery resulting from massive obstetric haemorrhage (14) and complications of severe pre-eclampsia (6). It turned out that positive moments of assisting in critical situations are the availability of necessary drugs and equipment institution, the introduction of guidelines and standards for the management of obstetric haemorrhage and hypertensive complications, as well as teamwork. Along with the positive moments, the missed opportunities were revealed – insufficient counselling, defects of antenatal and inpatient surveillance need to optimize the existing guidelines in the field of emergency conditions in obstetrics. Based on the decisions taken by the participants of the critical cases and the working group on the CCA, conducted 15 sessions as a senior secondary medical staff on various aspects of emergency obstetric care, prepared 4 draft orders, further signed by the administration and aimed at improving the work of organization and improving the quality of the rendered services. Based on the experience gained, a number of organizational measures aimed at prevention of possible complications were introduced.

Conclusions: Based on the results of the audit sessions, conclusions were drawn on the main directions in which the activity should be improved by: adapting some order manuals, orders and standards for the institutions, the establishment of a series of orders, continuously raising the level of knowledge improvement.

Keywords: *Analysis of critical conditions, maternal mortality, severe hypertensive disorders, obstetric haemorrhages.*

For citation: Rasulova GT, Rakhmatulloeva DM, Mardonova SM. Analiz kriticheskikh sluchaeв, ugrozhayushchikh zhizni zhenshchin: ot vnedreniya metodologii do izvlecheniya urokov [Analysis of critical cases of life-threatening women: from the introduction of methodology to learning lessons]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2018;20(4):342-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-342-346>

ВВЕДЕНИЕ

Одним из основных индикаторов качества деятельности службы здравоохранения в стране является показатель материнской смертности. Материнская смертность является одним из важных критериев качества медицинского обеспечения женщин во время беременности, родов и послеродового периода. Кроме того, этот показатель является итогом взаимодействия социально-экономических, экологических, медико-биологических, медико-организационных и культурных факторов [1-5]. В свою очередь, материнские потери напрямую зависят от своевременности и адекватности неотложной акушерской помощи [6]. Изучая мировой опыт использования эффективных внедрений, специалисты Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ и СЗН РТ), национальные и международные эксперты, партнёры по развитию, наряду с другими активностями, внедрили методологию анализа материнских потерь и околопотерь. Это внедрение, именуемое «Что кроется за цифрами?», даёт возможность выявить упущенные возможности при ведении осложнённой беременности и родов.¹

Данный инструмент позволяет уделить большое внимание показателю, характеризующему критические акушерские состояния, при которых в результате тяжёлых осложнений женщина, оказавшаяся при смерти, едва не погибает, но всё же выживает. Это состояние получило определение – «материнская заболеваемость, едва не лишившая женщину жизни» (near miss maternal morbidity) [7-9]. По определению ВОЗ [8], «near miss» – «это женщины, которые были при смерти, но выжили после осложнения, случившегося во время беременности, родов или в течение 42 дней после окончания беременности». Частота критических акушерских состояний, естественно, выше уровня материнской смертности. Можно рассчитать коэффициент «near miss» на одну материнскую смертность. К 2015 г. этот показатель в Великобритании составил 1:118, в России – 1:30 [11].

Известно, что при эффективном использовании анализа критических случаев (АКС) и соблюдении национальных стандартов снижается частота акушерских кровотечений и, соответственно, частота гистерэктомий при кровотечениях [12]. Немаловажным фактором является подготовка команды, работающей в данном направлении и включающей в себя как акушер-гинекологов и анестезиологов, так и средний медицинский персонал. В процесс анализа каждого критического случая вовлекаются все участники случая, оказывающие медицинскую помощь и, таким образом, создаются возможности воспроизвести истинную картину произошедшего, услышать мнение каждого участника [13, 14].

¹ Приказ МЗ и СЗН РТ «О внедрении Конфиденциального расследования случаев материнской смертности на национальном уровне и анализа критических случаев, угрожающих жизни женщины, на уровне учреждений от 03.11.2008 г., № 607.

По данным Белокриницкой Т.Е. и соавт. основными причинами «near miss» были акушерские кровотечения (40,9%); тяжёлая преэклампсия и эклампсия, осложнённая HELLP-синдромом (22,7%); гнойно-септические заболевания (9,1%) и родовой травматизм матери (9,1%) [15].

Являясь основным получателем услуг и пережив критическое состояние, женщина представляет своё видение произошедшего, порой отличное от мнений медицинского персонала и записей в истории болезни. Именно поэтому интервью является одним из краеугольных моментов каждой сессии аудита. Доклад случая самими участниками, интервью женщины, обсуждение в группе проходят конфиденциально, и весь процесс направлен на выявление упущенных возможностей с целью их устранения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение результатов внедрения новой методологии анализа критических случаев в работу акушерского стационара с целью профилактики возникновения смертельно опасных состояний в службе родовспоможения и улучшения оказания неотложной акушерской помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью выявления причин возникновения массивных акушерских кровотечений и гипертензивных осложнений проведены заседания группы АКС в результате возникновения данных осложнений. Всего изучено 20 случаев критических состояний – карты амбулаторного наблюдения, истории родов, карты АКС и интервью женщин. По данным нашего исследования большую часть исследованных критических случаев составили акушерские кровотечения – 14, остальные 6 случаев представлены тяжёлыми гипертензивными нарушениями и их осложнениями. Исследованию подлежали те случаи акушерских кровотечений, когда объём кровопотери достигал критического, либо имели место следующие осложнения: геморрагический шок, гистерэктомия, необходимость гемотрансфузии. Гипертензивные осложнения, послужившие причиной развития критического случая, были следующими: эклампсия – 4, острая печёночно-почечная недостаточность – 1, HELLP синдром – 1.

Полученные результаты обработаны методами описательной статистики: для количественных показателей высчитывались среднеарифметические тенденции и их стандартные ошибки ($M \pm m$), для качественных показателей высчитывались доли (P, %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

■ **Анализ критических случаев, в результате акушерских кровотечений**

Все пациентки, истории родов которых подверглись анализу, были в активном репродуктивном возрасте. При этом перво-

беременных среди них было – 4, а повторно- и многорожавших женщин было по пять. Социальное положение: 10 женщин были домохозяйками, одна имела высшее образование и трое – среднее специальное. В зарегистрированном браке состояли 11 пациенток, у 3 брак не был зарегистрирован.

По представленным картам антенатального наблюдения выявлено, что 10 из 14 беременных состояли на антенатальном учёте по месту жительства. При этом срок постановки на учёт и количество визитов не всегда соответствовали принятым стандартам антенатального наблюдения. Так, количество визитов пациенток на приём амбулаторного наблюдения в среднем составил 4 за весь срок до госпитализации при том, что рекомендованное количество визитов для осмотра составляет 7. Этот факт, по-видимому, обусловлен поздним первичным обращением беременных для постановки на учёт. Так, лишь 5 из 10 беременных встали на учёт до рекомендованного срока – 12 недель. Также малое количество визитов на первичном звене связано с ранним сроком госпитализации некоторых из беременных по различным причинам (начавшиеся преждевременные роды, частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипертензивные осложнения и др.). Из общего числа женщин преждевременные роды отмечены у 4 (28%). Остальные были родоразрешены в доношенном сроке беременности.

Анализ собственно акушерских кровотечений выявил следующее. Кровотечение имело место до родов у 6 женщин, у 6 родильниц – после самостоятельных родов, у пятерых из которых кровотечение развилось на первые и у одной на вторые сутки послеродового периода. Кроме того, акушерское кровотечение зафиксировано у 2 родильниц после абдоминального родоразрешения.

Различия в уровне гемоглобина определены по показателям до кровотечения (при госпитализации), а также после развившегося кровотечения. Необходимо отметить, что до возникновения кровотечения анемия тяжёлой степени изначально имела место у 5 (35,7%) беременных. Так, средний уровень гемоглобина до возникшего осложнения составил по группе $106,7 \pm 3,4$ г/л с минимальными значениями в группе 74 г/л. Средний показатель самых низких цифр гемоглобина в группе после развившегося кровотечения – $71,1 \pm 2,4$ г/л, с минимальным критическим значением в группе 49 г/л. Также определён средний объём кровопотери в группе – 2049 мл, при колебаниях кровопотери от 500 до 4500 мл.

С целью восполнения объёма циркулирующей крови проведена гемотрансфузия 13 (92,8%) родильницам. Средний объём гемотрансфузии составил $823,6 \pm 141,5$ мл. Количество койко-дней, проведённых в стационаре, значительно превысило количество дней при физиологических родах. У женщин, перенёсших массивные акушерские кровотечения, количество дней пребывания в стационаре составило в среднем 12, с колебаниями от 7 до 21 дня, тогда как при физиологических родах выписка осуществляется, как правило, на 3 сутки. Таким образом, при кровотечениях длительность пребывания превысила в среднем в 4 раза. Из всех проведённых дней в стационаре, на долю наблюдения в отделении реанимации пришлось в среднем первые 3 суток, с колебаниями от 0 до 7 суток. Кроме того, необходимостью дальнейшего наблюдения в палате интенсивной терапии специализированного акушерского отделения требовалась 8 из 14 пациенток. Срок этого наблюдения в группе колебался от 2 до 12 суток и составил в среднем $4 \pm 1,5$ койко-дня. Немаловажным являлся факт времени госпитализации беременных, 9 из которых поступили в экстренном порядке. Также необходимо отме-

тить, что время возникновения критического случая в основном было вечерним и ночным – 10 (71,4%).

Как отмечалось выше, важная информация при проведении сессии АКС может быть получена в результате беседы с женщиной. Так, в целом женщины выражали удовлетворённость предоставленным уходом. Большая часть опрошенных отмечала, что, несмотря на возникшие осложнения, медицинский персонал не оставлял женщину одну. Однако интервьюеры при беседе с пациентками выявили, что ровно половина опрошенных родильниц всё же отметила некоторые дефекты ухода. В основном это касалось вопросов наблюдения либо консультирования.

Традиционная модель проведения анализа подобных случаев требовала поиска виновных и определения им наказания. В связи с этим, написанное в историях болезней, как показал наш аудит, зачастую не всегда соответствовало истинной картине произошедшего. Страх перед наказанием, возможно, так же был причиной того, что в 2 из анализируемых случаев написанное в документации не соответствовало рассказу участников и интервью женщин.

■ Анализ критических случаев в результате гипертензивных нарушений

Нами проанализированы критические состояния, возникшие в результате гипертензивных нарушений. Всего за данный период таких случаев, подлежащих АКС, оказалось 6. Как и в группе родильниц с осложнениями родов в виде массивных кровотечений, в этой группе все пациентки были в активном репродуктивном возрасте. При этом все женщины были первобеременные. При анализе амбулаторных карт обратило на себя внимание позднее взятие на учёт амбулаторного наблюдения. Так, лишь одна беременная взята на учёт в центре репродуктивного здоровья в первом триместре беременности, срок первой явки остальных женщин колебался от 19 до 28 недель гестации. Средний срок охвата антенатальным наблюдением в группе – 20 недель беременности (при рекомендованной первой явке до 12 недель). Также неудовлетворителен сам антенатальный уход (объём необходимых исследований, соответствующих записей в обменной карте), а также количество визитов беременных для осмотра (в группе от 3 до 5 визитов).

Среднее время пребывания в стационаре в группе составило 14 дней, с минимальным и максимальным значениями 8 и 25 дней соответственно. Одна пациентка на 14 сутки была перенаправлена в центр детоксикации и диализа для дальнейшего лечения возникших осложнений (острая печёночно-почечная недостаточность). Собственно интенсивное наблюдение в отделении реанимации и палате интенсивного наблюдения составило 9 дней. Из общего числа женщин преждевременными роды были у 2 (33,3%). Остальные родоразрешены в доношенном сроке беременности. Осложнения имели место до родов у 4 женщин, а также и у 2 родильниц.

Положительную оценку оказанному уходу в интервью дали три женщины. Остальные три родильницы были не удовлетворены качеством оказанных услуг. В основном жалобы предъявлялись по поводу того, что о некоторых опасных симптомах женщины, с их слов, не были своевременно информированы медицинскими работниками. Не устраивало пациенток также и наличие нескольких тяжёлых больных одновременно в одной палате, шум от монитора, постоянно включённый свет и т.д. На оценку качества помощи у данной группы женщин, несомненно, оказал влияние неблагоприятный перинатальный исход (анте- и ранняя перинатальная смертность при недоношенной беременности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Модель настоящего анализа сосредоточена как на поиске упущенных возможностей, так и на выявлении факторов, способствующих оказанию квалифицированной помощи при развитии грозных осложнений. Анализ акушерских кровотечений, равно как и анализ гипертензивных осложнений, выявил общие положительные моменты, способствующие предотвращению летальных исходов. К ним, по мнению группы, относятся: формирование наборов для неотложной акушерской помощи во всех отделениях, соблюдение стандартов по ведению осложнений в акушерстве, командная работа. Факторы же, препятствующие оказанию помощи на должном уровне, указаны в виде отсутствия должного наблюдения в послеродовом периоде, дефектов консультирования либо его отсутствие вообще, недооценки кровопотери и состояния больной.

На основании выявленных упущений предложен ряд внедрений, как на уровне организации работы, так и на уровне по-

стоянного повышения квалификации, отработки практических навыков, укрепление теории.

По результатам проведённых сессий аудита сделаны выводы относительно основных направлений, в которых деятельность должна быть улучшена: адаптивное некоторых руководств, приказов и стандартов для учреждения, создание ряда приказов, повышение уровня знаний. В рамках реализации принятых решений проведено 15 занятий, как для старшего, так и среднего медицинского персонала по различным тематикам, подготовлены проекты 4 приказов, в дальнейшем подписанные администрацией, для повышения эффективности качества оказываемых услуг. Анализируя опыт использования методологии АКС в учреждении можно сделать вывод об его действенной эффективности в процессе анализа ведения случаев с целью разработки профилактических мероприятий, направленных на снижение материнской заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева ГМ, Курцер МА, Шалина РА. Материнская смертность и пути её снижения. *Акушерство и гинекология*. 2009;3:11-4.
2. Додхоева МФ, Ходжибаева ТЮ, Ашурова ГС. Материнская смертность среди первородящих. *Доклады Академии наук Республики Таджикистан*. 2009;5:396-9.
3. Буйлашев ТС, Рыскельдиева ВТ, Самигуллина АЭ. Материнская смертность и возможности её прогнозирования в Кыргызской Республике. *Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана*. 2015;4:94-8.
4. Загидуллина ВМ, Рыжова АС. Материнская смертность, как интегральный показатель, отражающий здоровье женщин. *Вопросы экономики и права*. 2015;83:163-6.
5. Додхоева МФ, Олимова ФЗ. Современные теории этиопатогенеза и профилактики преэклампсии. *Вестник Авиценны*. 2017;19(4):537-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-4-537-543>.
6. Камилова МЯ, Давлятлова ГК, Рахматуллоева ДМ, Мулкамонова ЛН, Ишан-Ходжаева Ф.Р. Ранние и поздние преэклампсии: течение беременности, родов и перинатальные исходы. *Вестник Авиценны*. 2016;4:34-8.
7. Hinton L, Locock L, Knight M. Experiences of the quality of care of women with near-miss maternal morbidities in the UK. *BJOG*. 2014;121(Suppl. 4):20-3. Available from: <http://dx.doi/10.1111/1471-0528.12800>.
8. Лебеденко ЕЮ. *Near miss. На грани материнских потерь*. Москва, РФ: Статус презенс; 2015. 184 с.
9. Сурина МН, Артымук НВ, Марочко ТЮ, Зеленина ЕМ. Погибшие и «едва не погибшие» женщины от акушерских кровотечений: социально-гигиенические и клинико-анамнестические особенности. *Мать и дитя в Кувбассе*. 2014;2:137-41.
10. Murphy DJ, Charlett P. Cohort study of near-miss maternal mortality and subsequent reproductive outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2002;2(102):173-8.
11. Айламазян ЭК, Атласов ВО, Ярославский КВ, Ярославский ВК. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (near miss). *Журнал акушерства и женских болезней*. 2016;65(4):15-23.
12. Давлятлова ГК, Камилова МЯ, Рахматуллоева ДМ. Влияние использования аудита критических случаев на изменение некоторых показателей акушерских кровотечений. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2018;67(1):13-9.

REFERENCES

1. Savelyeva GM, Kurtser MA, Shalina RA. Materinskaya smertnost' u puti eyo snizheniya [Maternal mortality and ways to reduce it]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2009;3:11-4.
2. Dodkhoeva MF, Khodzhibaeva TU, Ashurova GS. Materinskaya smertnost' sredi pervorodyashchikh [Maternal mortality among primiparous]. *Doklady Akademii nauk Respubliki Tadzhikistan*. 2009;5:396-9.
3. Buylashev TS, Ryskeldieva VT, Samigullina AE. Materinskaya smertnost' i vozmozhnosti eyo prognozirovaniya v Kyrgyzskoy Respublike [Maternal mortality and the possibility of its prediction in the Kyrgyz Republic]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii Kyrgyzstana*. 2015;4:94-8.
4. Zagidullina VM, Ryzhova AS. Materinskaya smertnost', kak integral'nyy pokazatel', otrazhayushchiy zdorov'e zhenshchin [Maternal mortality, as an integral indicator reflecting the health of women]. *Voprosy ekonomiki i prava*. 2015;83:163-6.
5. Dodkhoeva MF, Olimova FZ. Sovremennye teorii etiopatogeneza i profilaktiki preeklampsii [Modern theories of etiopathogenesis and prevention of preeclampsia]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2017;19(4):537-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-4-537-543>.
6. Kamilova MYa, Davlyatova GK, Rakhmatulloeva DM, Mulkamonova LN, Ishan-Khodzaeva F.R. Rannie i pozdnie preeklampsii: techenie beremennosti, rodov i perinatal'nye iskhody [Early and late preeclampsia: the course of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2016;4:34-8.
7. Hinton L, Locock L, Knight M. Experiences of the quality of care of women with near-miss maternal morbidities in the UK. *BJOG*. 2014;121(Suppl. 4):20-3. Available from: <http://dx.doi/10.1111/1471-0528.12800>.
8. Lebedenko EYu. *Near miss. Na grani materinskikh poter' [Near miss. On the verge of maternal losses]*. Moscow, RF: Status prezens; 2015. 184 p.
9. Surina MN, Artymuk NV, Marochko TYu, Zelenina EM. Pogibshie i "edva ne pogibshie" zhenshchiny ot akusherskikh krvotecheniy: sotsial'no-gigienicheskie i kliniko-anamnesticheskie osobennosti [Fatalities and «almost dead» women from obstetric hemorrhages: socio-hygienic and clinical-anamnestic features]. *Mat' i ditya v Kuvbasse*. 2014;2:137-41.
10. Murphy DJ, Charlett P. Cohort study of near-miss maternal mortality and subsequent reproductive outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2002;2(102):173-8.
11. Aylamazyan EK, Atlasov VO, Yaroslavskiy KV, Yaroslavskiy VK. Au-dit kachestva meditsinskoy pomoshchi pri kriticheskikh situatsiyakh v akusherstve (near miss) [Audit of quality of care in critical conditions in obstetrics (near miss)]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2016;65(4):15-23.
12. Davlyatova GK, Kamilova MYa, Rakhmatulloeva DM. Vliyanie ispol'zovaniya audita kriticheskikh sluchaev na izmenenie nekotorykh pokazateley akusherskikh krvotecheniy [Influence of the use of audit of critical cases

13. Камилова МЯ, Расулова ГТ, Алиева РЯ, Талбова НС. Внедрение анализа критических случаев в ТНИИ АГИП: предварительные результаты и дальнейшие перспективы. *Мать и дитя*. 2013;2:12-6.
14. Камилова МЯ, Расулова ГТ, Пирова З. Оценка внедрения анализа критических случаев, угрожающих жизни женщины при проведении мониторинга. *Вестник педагогического университета*. 2014;2:135-41.
15. Белокриницкая ТЕ, Иозефсон СА, Лига ВФ, Анохова ЛИ. Аудит случаев «near-miss» в Забайкальском крае в 2014 году. *Забайкальский медицинский вестник*. 2015;2:137-41.

on the change of some indicators of obstetric hemorrhages]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2018;67(1):13-9.

13. Kamilova MYa, Rasulova GT, Alieva RYa, Talbova NS. Vnedrenie analiza kriticheskikh sluchaev v TNII AGIP: predvaritel'nye rezul'taty i dal'neyshie perspektivy [Introduction of the analysis of critical cases in the Tajik Scientific Research Institute of obstetric and gynecology: preliminary results and further perspectives]. *Mat' i ditya*. 2013;2:12-6.
14. Kamilova MYa, Rasulova GT, Pirova Z. Otsenka vnedreniya analiza kriticheskikh sluchaev, ugrozhayushchikh zhizni zhenshchiny pri provedenii monitoringa [Evaluation of the implementation of the analysis of critical cases that threaten the life of women during monitoring], *Vestnik pedagogicheskogo universiteta*. 2014;2:135-41.
15. Belokrinitskaya TE, Yozefson SA, Liga VF, Anokhova LI. Audit sluchaev "near-miss" v Zabaykalskom krae v 2014 godu [Audit of «near-miss» cases in the Trans-Baikal Territory in 2014]. *Zabaykal'skiy meditsinskiy vestnik*. 2015;2:137-41.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Расулова Гульнора Таирджановна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая отделением патологии беременности № 2, Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

Рахматуллоева Дилноза Маноновна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник акушерского отдела, Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

Мардонова Саломат Махмудмуродовна, кандидат медицинских наук, доцент, заместитель директора по лечебной работе, Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Расулова Гульнора Таирджановна

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая отделением патологии беременности № 2, Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

734002, Республика Таджикистан, Душанбе, ул. Турсунзаде, 31
Тел.: +992 (918) 610409
E-mail: g_rasulova@list.ru

AUTHOR INFORMATION

Rasulova Gulnora Tairdzhanovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pregnancy Pathology № 2, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Rakhmatulloeva Dilnoza Manonovna, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Obstetric Department, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Mardonova Salomat Makhmudmurodovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Deputy Director for Medical Work, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Rasulova Gulnora Tairdzhanovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pathology of Pregnancy № 2, Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

734002, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tursunzade str., 31
Tel.: +992 (918) 610409
E-mail: g_rasulova@list.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: РГТ
Сбор материала: РДМ, МСМ
Статистическая обработка данных: РДМ, МСМ
Анализ полученных данных: РГТ
Подготовка текста: РГТ
Редактирование: РГТ
Общая ответственность: РГТ

Submitted 02.08.2018
Accepted 04.12.2018

Поступила 02.08.2018
Принята в печать 04.12.2018