

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ



- **Материнская смертность (МС)** является интегральным показателем, отражающим социальный уровень общества, организацию акушерской помощи в регионе.
- **МС** определяется, как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение года после ее окончания от какой-то причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины (СПИД, столбняк).

По приказу №584 МЗ СССР ВОЗ МС делится на 2 группы:

- Смерть непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате акушерских осложнений, вмешательств, неправильного лечения или цепи событий, следовавших одна за другой,
- Смерть (косвенно) связанная с акушерскими причинами, т.е. в результате существующей ранее болезни или болезни возникшей в период беременности вне связи с акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

МС (данные Firo):

- Ранняя - до 42 дней после родов
- Поздняя - до года

МС:

- 1) прямая МС – непосредственно от осложнений родов
- 2) непрямая МС – от сопутствующих заболеваний.

□ Причины МС в РФ (Госкомстат России) представлена следующими формами заболеваний:

□ Структура МС

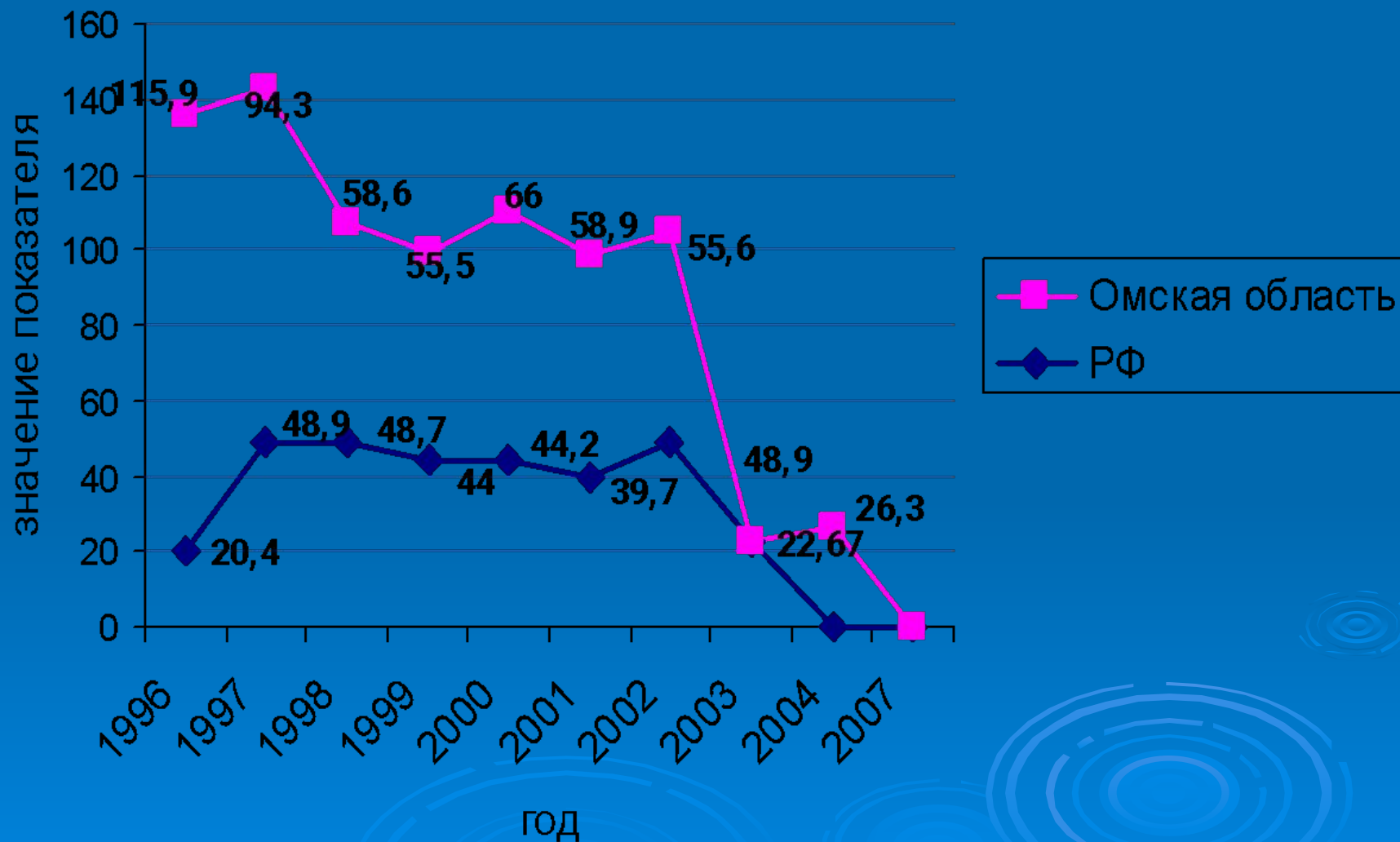
- - кровотечения- 25,3%
- - поздний гестоз-21,1%
- - экстрагенитальные заболевания- 17,6%
- - сепсис – 13,4%
- - разрывы матки- 5,9%

- внематочная беременность
- искусственный аборт
- аборт вне лечебного учреждения
- токсикоз беременных
- кровотечения при беременности
- кровотечения в родах и послеродовом периоде
- осложнения анестезии
- сепсис во время родов
- акушерская эмболия
- другие акушерские причины материнской смертности
- не прямые причины акушерской смерти
- остальные осложнения беременности и родов

■ Показатели МС в странах Европы и Африки (100000 живорожденных):

- Швеция – 6,7
- США – 7,8
- Германия – 10,0
- Франция – 11,0
- Австралия – 13,0
- Лаос – 600,0
- Нигерия – 800,0
- Сомали – 1100,0
- Эфиопия – 2000,0.

Показатели МС в Омской области и РФ (на 100000 живорожденных):



Расчет показателей МС

число умерших беременных
(с начала беременности), рожениц,
родильниц в течение 42 дней

$$МС = \frac{\text{число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней}}{\text{число живорожденных}} \times 100\,000$$

Расчет структуры МС

- Доля (уд.вес) беременных, рожениц, родильниц, умерших от данной причины в общем числе умерших в %.

А) интенсивный показатель МС от отдельных причин

- РАСЧЕТ ЧАСТОТЫ МС

$$\frac{\text{Число женщин, умерших от данной причины}}{\text{Общее число женщин, умерших от всех причин}} \times 100$$

- Б) Для оценки уровня лечебной работы вычисляется показатель летальности

Число женщин, умерших от кровотечения
во время беременности, родов, послерод.
периоде (в течение 42 дней)

Летальность от кровотечения (%) = $\frac{\text{Число женщин, умерших от кровотечения в родах и после родов}}{\text{Число женщин, имевших кровотечения в родах и после родов}} \times 100$

Факторы, влияющие на здоровье беременной, роженицы и родильницы

- **Внешние факторы** (условия жизни, культурный уровень, экология)
- **Внутренние факторы** (возраст, анамнез, особенности течения беременности)
- **Медицинские факторы** (акушерский анамнез, квалификация врача, организационные мероприятия)
- **Немедицинские факторы** (ситуационные: обеспеченность врачами, оснащенность учреждения)
- **Пренатальные факторы** (анамнез, экстрагенитальный фон, осложнения беременности)
- **Интранатальные факторы** (осложнения родов)
- А) **управляемые** (контролируемые)-мероприятия по организации родовспоможения
- Б) **неуправляемые** (не поддающиеся воздействию)-возраст, сезонные факторы.

РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИЙ В СНИЖЕНИИ МС

Организационные меры:

- 1. Работа с населением: низкая санитарная культура, социальная дезадаптация;
- 2. выделение беременных групп риска ;
- 3. повышение качества диагностики и деления ;
- 4. сокращение сроков лечения беременных амбулаторно
- 5. своевременность санации групп риска по инфекции
- 6. экстрагенитальная патология
- 8. планирование семьи
- 9. неутешительная профессиональная характеристика кадров женской консультации ;
- 10. поэтапное обучение (ВУЗ- интернатура-ФУВ; необходимость создания специальных программ в ВУЗах для субординаторов акушеров и терапевтов, и для ФУВ)

Профилактика материнской смертности

- 1. Использование профилакториев и домов отдыха для беременных
- 2. Профилизация родильных домов
- 3. Создание палат для совместного пребывания матери и новорожденного
- 4. Рациональная структура акушерского стационара (увеличение числа коек
обсервационного отделения, центр экстрагенитальной патологии)
- 5. Качественная санация половой системы беременной с целью
подготовки к родам.
- 6. Создание компьютерных программ по материнской смертности
- 7. Проведение аттестации всех акушеров-гинекологов на соответствие с
занимаемой должностью по основным проблемам службы
- 8. Проведение межведомственных конференций по проблеме «Здоровье женщины-
здоровье поколения». Создание областной программы планирования семьи и
снижения аборт в области с проведением серии передач по радио и
телевидению
- 9. Улучшение постдипломной подготовки врачей акушеров-гинекологов и
терапевтов, работающих с беременными женщинами
- 10. Ввести обязательное обследование беременных женщин /особенно в III
триместре/ на важнейшие показатели гемостаза
- 11. Комплексный дифференцированный подход к ведению родов с гестозом,
своевременное проведение реанимационных мероприятий
- 12. Тактика интенсивного ведения женщин с гестозом с установкой на подготовку к
досрочному родоразрешению /при родоразрешении через естественные родовые
пути: роды.вести под длительной перидуральной анестезией.
- 13. Выбор оптимального времени родоразрешения при субкомпенсированном и
декомпенсированном состоянии беременной при экстрагенитальной патологии:
путем программированных родов или кесарева сечения.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

