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, последовавших 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.

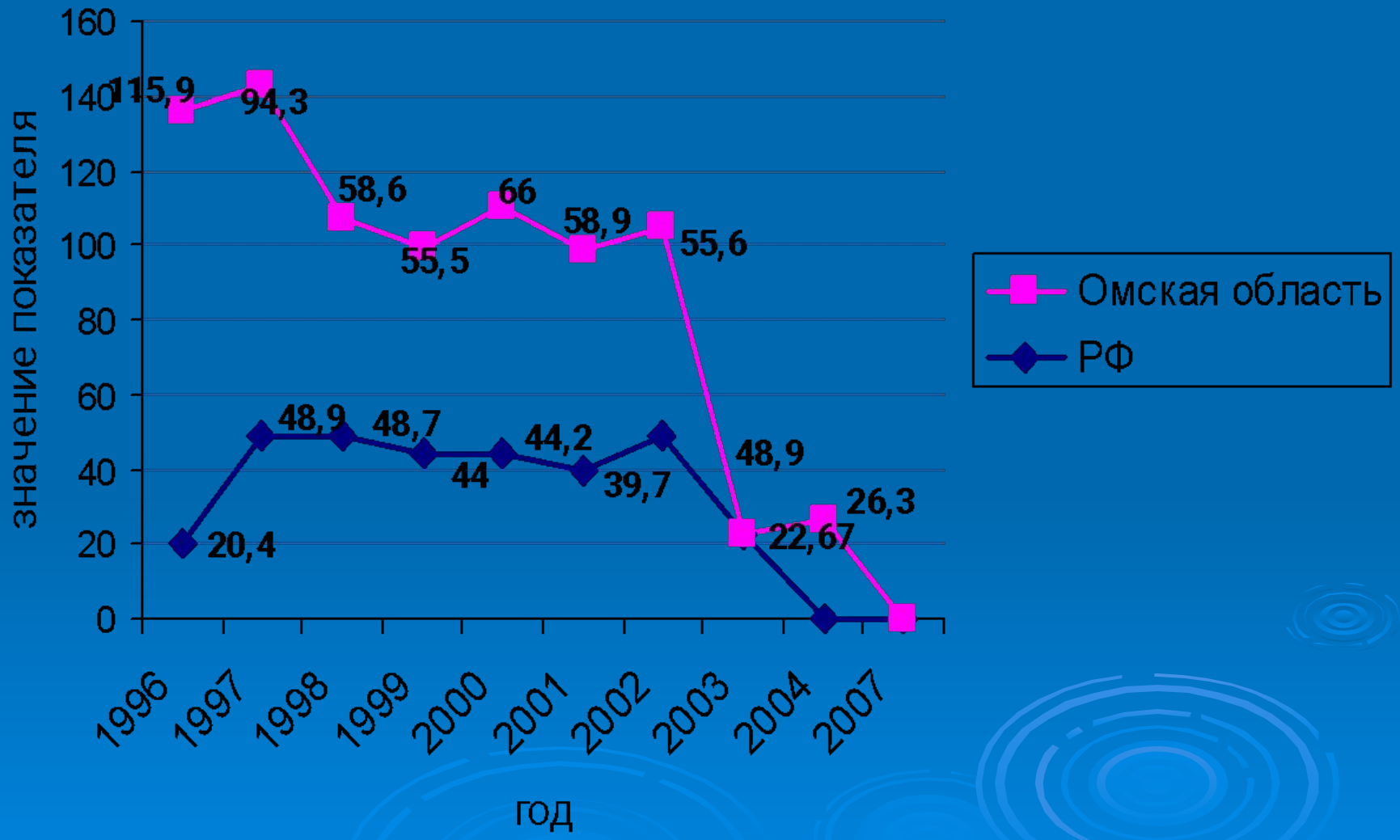
- Структура МС
- - кровотечения- 25,3%
- - поздний гестоз-21,1%
- - экстрагенитальные заболевания- 17,6%
- - сепсис – 13,4%
- - разрывы матки- 5,9%

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

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

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**

Число женщин, умерших от данной причины X100
Общее число женщин, умерших от всех причин

- **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 (%)=----------

Число женщин, имевших кр\течения в родах и после родов

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

Организационное 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 абортов 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