

Российский университет дружбы народов  
Кафедра Акушерства и гинекологии с курсом  
перинатологии.



Заведующий кафедрой профессор, д.м.н Радзинский В.Е.

# ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (ЭКОНОМИКА, КУЛЬТУРА, СОЦИАЛЬНО- ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МЕДИКО- ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ)

Выполнили ординаторы первого года:

Габля К.В .

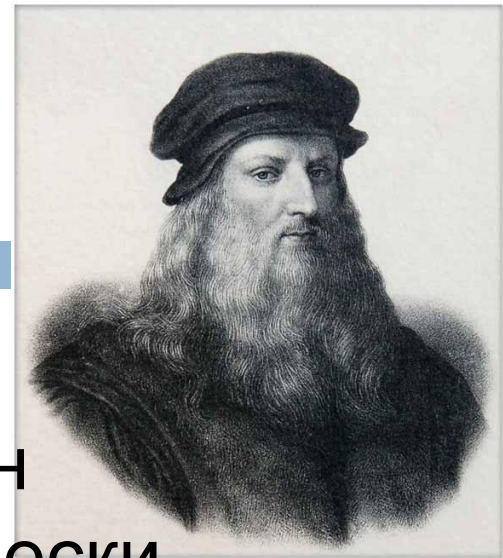
Гусейнова Л.Т.

Меҳдиева У.Т.

# Материнская смертность

- Все случаи смерти женщин во время гестации или в течении 42 суток после ее завершения, рассчитанные на 100 000 живорожденных детей. (МКБ-10)

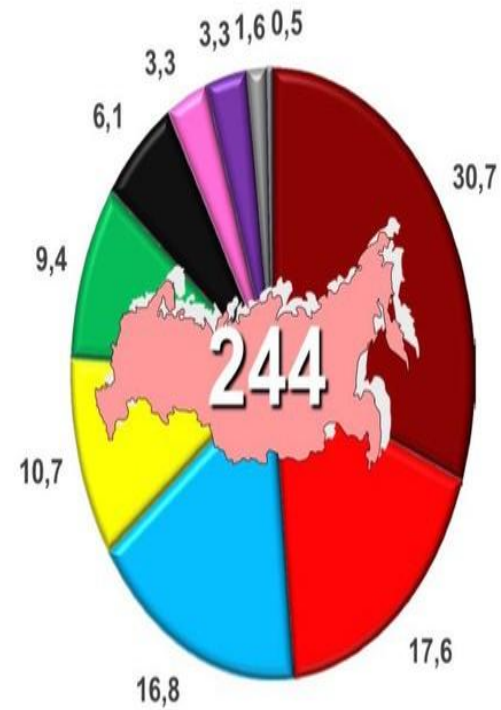
$$\text{Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течении 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число живорожденных}} * 100000$$



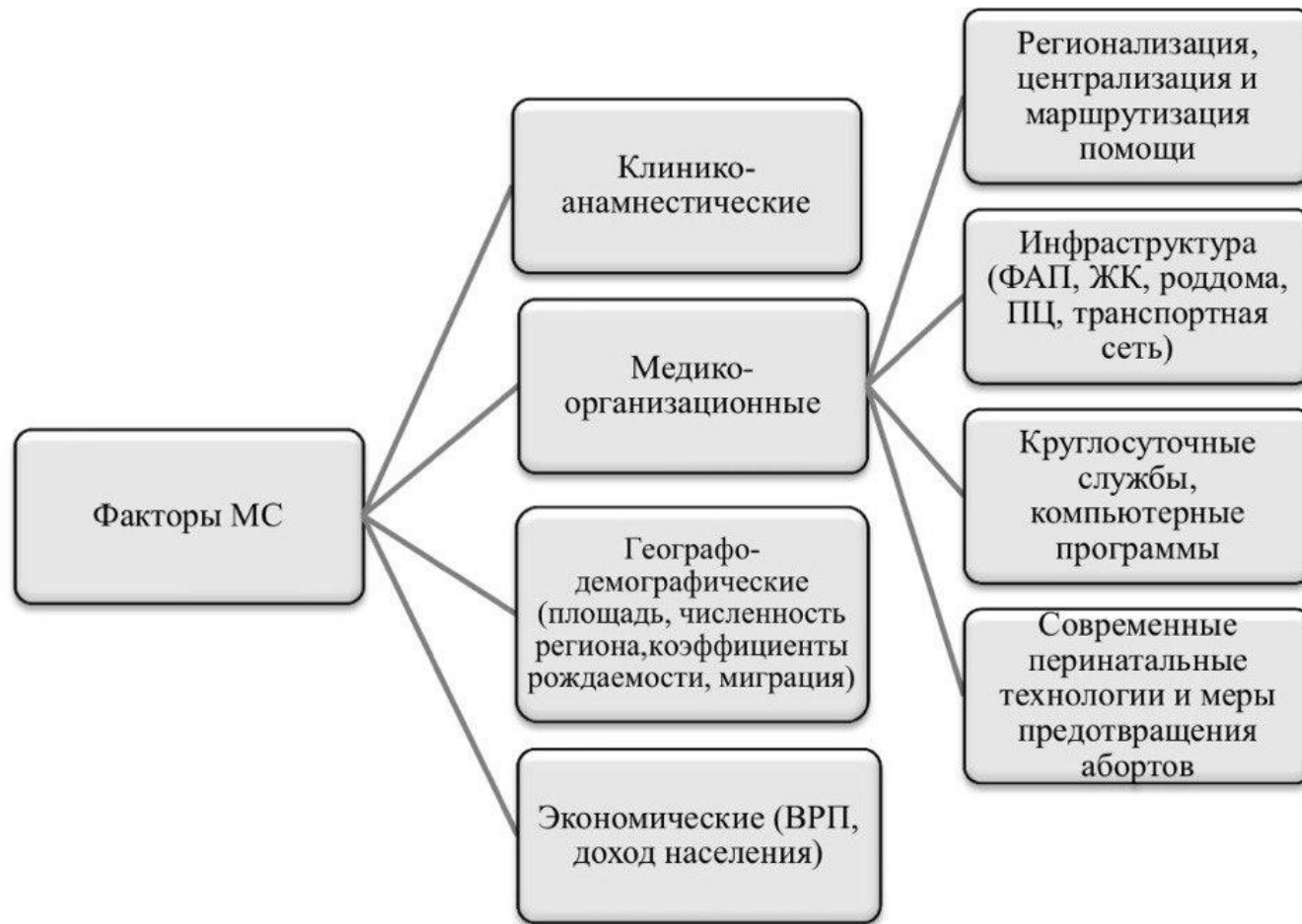
□ Ежегодно в мире для 358 000 женщин беременность заканчивается трагически-они погибают ( одна материнская смерть каждую минуту). До сих пор приходится мириться с ужасным предсказанием Леонардо да Винчи , который полтысячелетия назад прогнозировал в своих «Пророчествах», что бесконечное число поколений людей будет по-прежнему умирать от беременности и ее осложнений.



- ЭГЗ
- Кровотечения
- Эмболии
- Аборты
- Презлампися
- Сепсис
- Осложнения анестезии
- Разрыв матки
- ВМБ
- Прочие



- причинами МС от акушерских кровотечений являются: запоздалый гемостаз, неправильная ИТТ, запоздалая акушерская тактика. Основным фактором кровотечений является акушерская агрессия: необоснованная индукция родовой деятельности, амниотомия при «незрелой» шейке матки, непомерное использование утеротонических средств (36-60%), неправильный подсчет кровопотери.



Совокупность факторов МС.

## Экономические факторы материнской смертности

- **Благосостояние общества влияет на все сферы жизни населения.**
- Бедные женщины из отдаленных районов с наименьшей вероятностью получают надлежащую медицинскую помощь. Это особенно верно по отношению к регионам с низкой численностью квалифицированных работников здравоохранения, таких как Африка к югу от Сахары и Южная Азия. Несмотря на повышение уровней дородового наблюдения во многих частях мира на протяжении последнего десятилетия, лишь 51% женщин в странах с низким доходом получают квалифицированную помощь во время родов. Это означает, что миллионы родов протекают при отсутствии акушерки, врача или подготовленной медсестры.

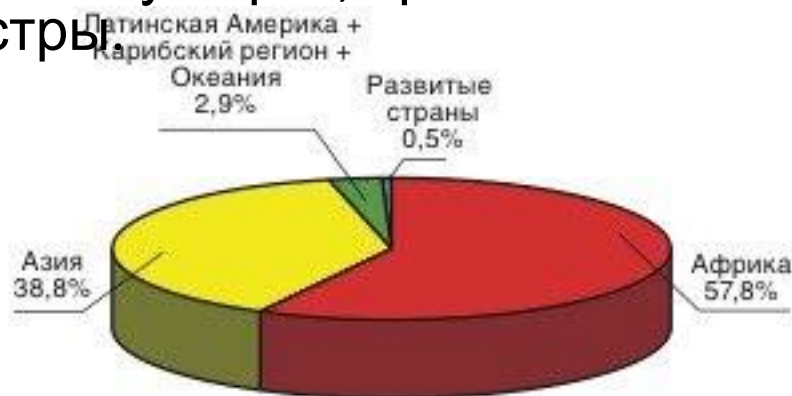


Рис. 13.1. Материнская смертность по регионам, в процентах от общего показателя (2010)

- Коэффициент материнской смертности в развивающихся странах составил в 2015 году 239 на 100 000 случаев рождения живых детей по сравнению с 12 на 100 000 в развитых странах. Между странами отмечаются значительные расхождения в показателях. Имеются также большие расхождения и внутри стран между женщинами с высоким и низким уровнем дохода и между женщинами, живущими в сельских и городских районах.



- Самый высокий риск материнской смерти угрожает девушкам-подросткам в возрасте до 15 лет.
- Осложнения во время беременности и родов являются основной причиной смерти среди девушек подросткового возраста в большинстве развивающихся стран.

В странах с высоким уровнем дохода практически все женщины, по меньшей мере,

- ▣ четыре раза посещают женскую консультацию в дородовой период
- ▣ получают помощь квалифицированного медицинского работника во время родов и послеродовой уход.
- ▣ В странах с низким уровнем дохода только 40% всех беременных женщин, по меньшей мере, четыре раза посещают женскую консультацию в дородовой период.

Другими факторами, препятствующими обращению женщин за медицинской помощью во время беременности и родов, являются следующие:

- нищета;
- отдаленность;
- отсутствие информации;
- культурные особенности.

# Медико-организационные факторы материнской смертности

Основные звенья системы охраны здоровья  
матери и ребенка:


- ПЦ
- Родильные (акушерские) стационары
- ЖК
- ФАП

- Более чем в 75% регионах с низким уровнем МС функционировала трехуровневая система оказания помощи, почти повсеместно существовали круглосуточные службы, сердечно-сосудистые центры и, более чем в половине регионов (62,5%), АРКЦ, достоверно снижающие уровень МС.

# Научно-методическая работа и образовательные технологии в регионах

Мероприятия
Повышение квалификации медицинских работников в других регионах и на местах
Наличие медицинских высших учебных заведений в регионах
Проведение ежегодного клинического анализа службы родовспоможения
Наличие комиссии по разбору материнских потерь
Наличие общества акушеров-гинекологов
Участие в международных конференциях, симпозиумах, семинарах*
Участие в проекте «Мать и дитя»*
Участие в разработке методических руководств для диагностики и лечения заболеваний, приводящих к осложнениям беременности и родов
Внедрение международных протоколов в акушерскую практику

Разработка региональных клинических протоколов, основанных на принципах доказательной медицины*
Использование СПР
Мониторинг беременных групп высокого риска*
Наличие автоматизированных компьютерных программ
Передача данных по e-mail*
Наличие телемедицинских технологий*
Применение листов маршрутизации беременных и родильниц*



Для успешной диагностики и лечения осложнений, возникающих во время беременности и родов необходима разработка четких алгоритмов действий при различных клинических состояниях в акушерстве и гинекологии □ региональных клинических протоколов, основанных на принципах доказательной медицины.

# Современные перинатальные технологии ВОЗ, ЮНИСЕФ

Индивидуальные родильные залы

Партнерские роды

Совместное пребывание матери и ребенка, выкладывание новорожденного сразу после родов на живот матери, раннее прикладывание к груди

Эксклюзивное грудное вскармливание

Ранняя выписка из стационара

Развитие стационарозамещающих технологий (дневных стационаров)



# Социальные факторы.

□ Материнская смертность составляет 1-2 на 100 000 женщин. Канада, Швеция, Бельгия, Люксембург, Исландия, Дания, Швеция, Израиль.

Материнская смертность составляет 4-12 на 100 000 женщин. ОАЭ, Катар, Йемен, Оман.

# Аборты !

Мероприятия
Методическая информация (календари, буклеты, листовки, информационные листы)
Проведение бесед о вреде абортов
Использование видеоматериалов (фильмы, реклама) о вреде абортов проведение обучающих семинаров о вреде абортов
Центры или кабинеты планирования семьи
Кабинеты медико-социальной помощи в женских консультациях
Наличие в группах кабинетов детского гинеколога
Наличие кризисного центра для женщин
Наличие детской акушерско-гинекологической службы или «клиник, дружественных к молодежи»
Применение ВМС на 1000 женщин фертильного возраста
Применение КОК на 10000 женщин фертильного возраста

**КОК наряду с высокой санитарно-просветительской работой позволили уменьшить число абортов, способствовали сохранению РЗ женщин, что, в конечном итоге, снизило КМС.**

# Социально-гигиенический портрет

Таблица 3.10 – Социально-гигиенические риски МС в группах (%)

Факторы	Группы КМС			
	низкий	средний	высокий	нестабильный
<b>Социальные</b>				
возраст 20-24 года	30	20	11	35
возраст 25-29 лет	35	30	19	24
возраст старше 30 лет	30	43	70	47
домохозяйка	30	25	64	35
среднее образование	48	55	76	53
высшее образование	51	25	20	18
зарегистрированный брак	57	35	36	65
незарегистрированный брак	43	50	36	12
наличие вредных привычек (в основном курения)	15	29	34	24
городской житель	35	75	71	53
сельский житель	63	25	14	47
<b>Акушерско-гинекологические</b>				
паритет беременности (вторая/третья/четвертая)	27/25/28	25/25/50	10/29/60	23/29/48
прерывание первой беременности	8	12	57	23
наличие ИППП	29	25	38	35
наличие ЭГЗ	95	85	79	71
преждевременные роды	7	25	29	29
<b>Организационные</b>				
первая явка в ЖК до 12 недель	34	53	40	49
первая явка в ЖК после 12 недель	12	22	30	12
смерть произошла в ЦРБ	70	25	14	41
смерть произошла в МУЗ	-	35	50	12
смерть произошла в ГУЗ	18	20	14	24
смерть произошла вне ЛПУ	3	20	7	18

# Циклический процесс факторов.

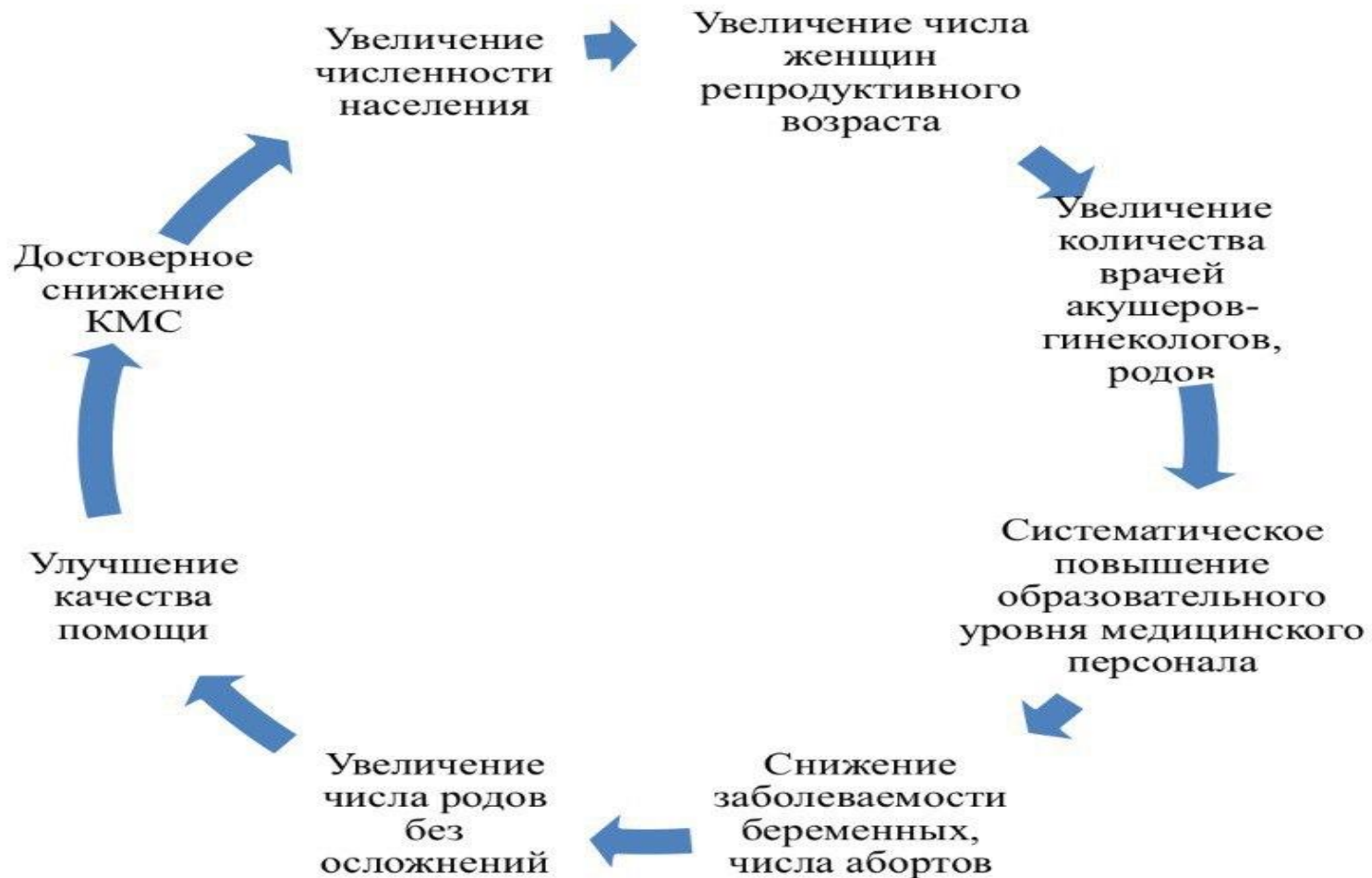


Схема 3.1 – Циклический процесс факторов, достоверно снижающих КМС.



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**