



Перинатальные потери в Брестской области за 2016-2021 годы: анализ клинических и медико-социальных аспектов

Главное управление по здравоохранению Брестского облисполкома
Учреждение образования «Брестский государственный медицинский колледж»

Э.И. Мищук, Д.С. Буга

➔ Перинатальные потери – это статистический показатель, отражающий все случаи смерти плода или новорождённого в период от 28-й недели беременности до 7 суток после рождения (перинатальный период).





Цели исследования:

- Изучение динамики, структуры и основных тенденций перинатальных потерь в Брестской области за период с 2016 по 2021 год, разработка медико-социальных мероприятий по профилактике и снижению уровня перинатальной смертности в Брестской области.
- Для исследования нами были отобраны 265 карт экспертной оценки мертворождаемости и неонатальной смертности.

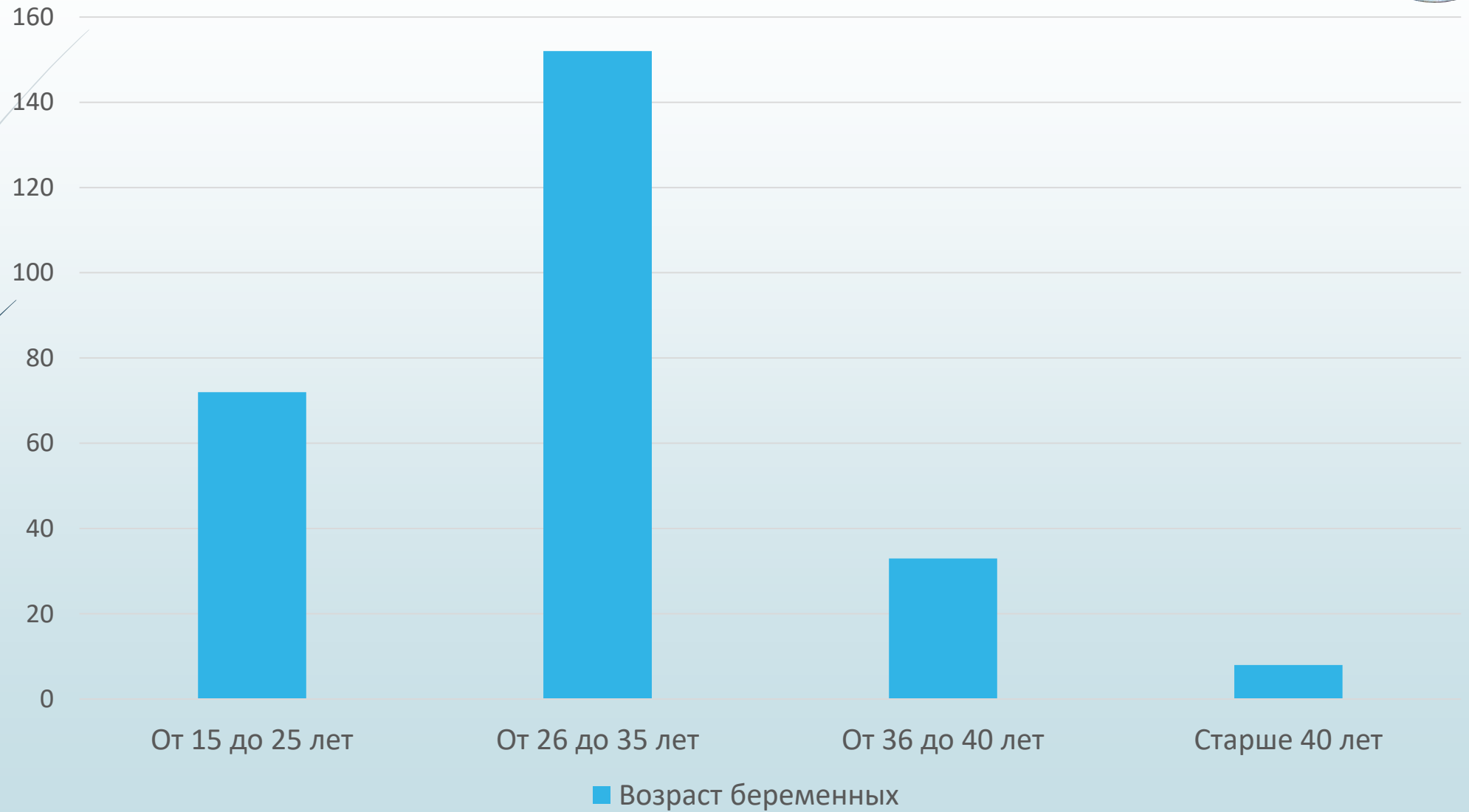


- ▶ возрастная структура беременных;
- ▶ социальный фактор;
- ▶ срок постановки на диспансерный учет по беременности;
- ▶ регулярность посещения женской консультации;
- ▶ паритет беременности;
- ▶ паритет родов;
- ▶ место смерти плода;
- ▶ частота экстрагенитальной патологии, выявленной до беременности;
- ▶ частота экстрагенитальной патологии, выявленной во беременности;
- ▶ патологическое исследование последа;
- ▶ патогистологический диагноз новорожденного;
- ▶ прегравидарная подготовка;
- ▶ стационарное лечение во время беременности;
- ▶ способ родоразрешения;
- ▶ наличие внутриутробной асфиксии плода;
- ▶ совпадение клинического и патогистологического диагноза;
- ▶ дефекты оказания медицинской помощи.





Возрастная структура беременных



Социальный фактор

- в 18 случаях (6,8%) имеются данные об отягощенности социального фактора
- социальный фактор не отягощен в 247 случаях (93,2%)





- До 12 недель 86,4%
- После 12 недель 12%
- Не наблюдалась 1,6%

Срок постановки на учет по беременности

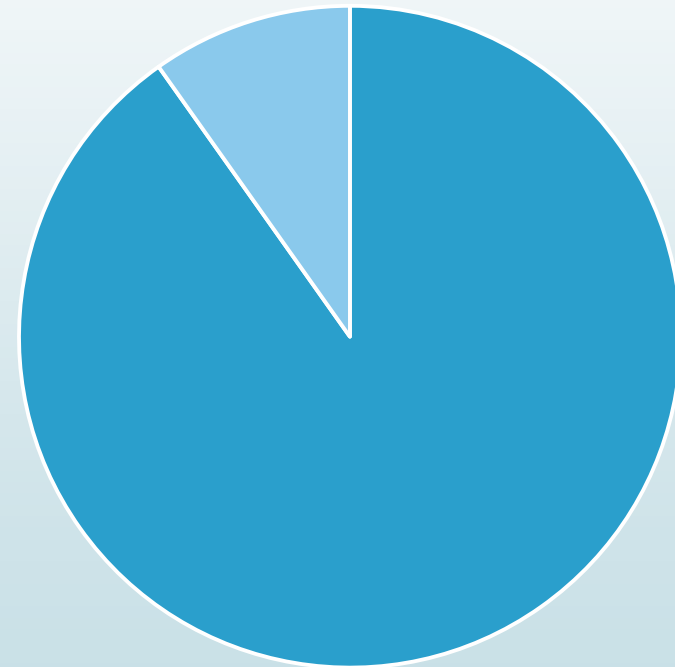


■ До 12 недель ■ После 12 недель ■ Не наблюдалась



- Регулярно 90,1%
- Нерегулярно 9,9%

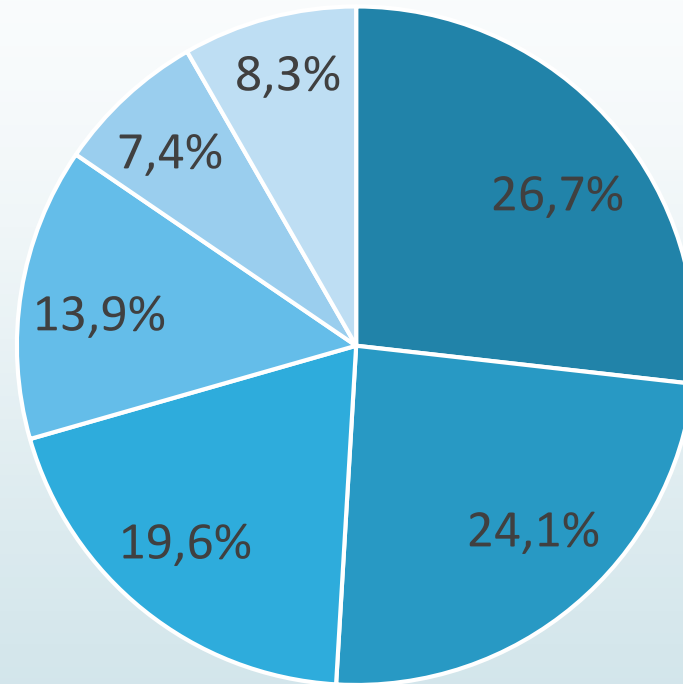
Регулярность посещения женской консультации



■ Регулярно ■ Нерегулярно



Паритет беременности



■ Первая беременность

■ Вторая беременность

■ Третья беременность

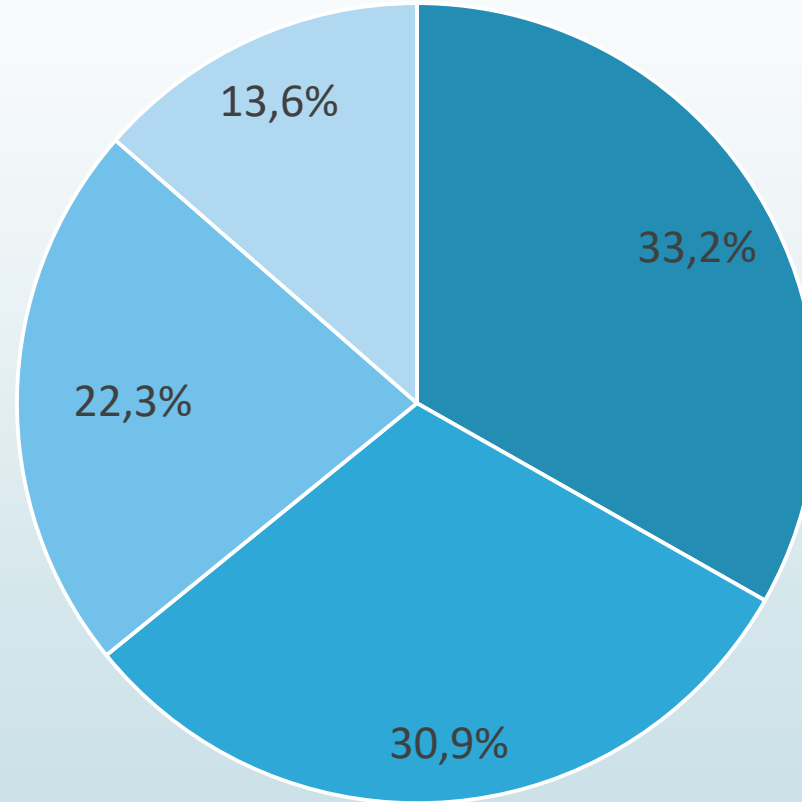
■ Четвертая беременность

■ Пятая беременность

■ Более пяти беременностей



Паритет родов



■ Первые роды

■ Вторые роды

■ Третьи роды

■ Более, чем третьи роды



Место смерти ребенка



Наиболее часто встречающаяся экстрагенитальная патология,
выявленная до беременности

1. Простудные, ОРВИ	37,4%
2. Миопия	8,7%
3. Ветряная оспа	7,9%
4. Нарушение жирового обмена	6,8%
5. Малые аномалии развития сердца	6,4%
6. Артериальная гипертензия	2,6%
7. Аутоиммунный тиреоидит	3,4%
8. Хронический пиелонефрит	2,3%
9. Хронический гастрит	4,2%
10. Сахарный диабет	1,9%



Наиболее часто встречающаяся экстрагенитальная патология, выявленная во время беременности

Нозология	Количество, ед.	Частота встречаемости, %
Малые аномалии развития сердца	30	19,2%
Диффузный зоб	14	9,0%
Нарушение жирового обмена	16	10,3%
Анемия	46	29,5%
Артериальная гипертензия	7	4,5%
Гестационный сахарный диабет	7	4,5%
Гестационный пиелонефрит	7	4,5%
Аутоиммунный тиреоидит	5	3,2%
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	9	5,8%
Токсоплазмоз	10	6,4%
Прочие	5	3,1%
Всего:	156	100%



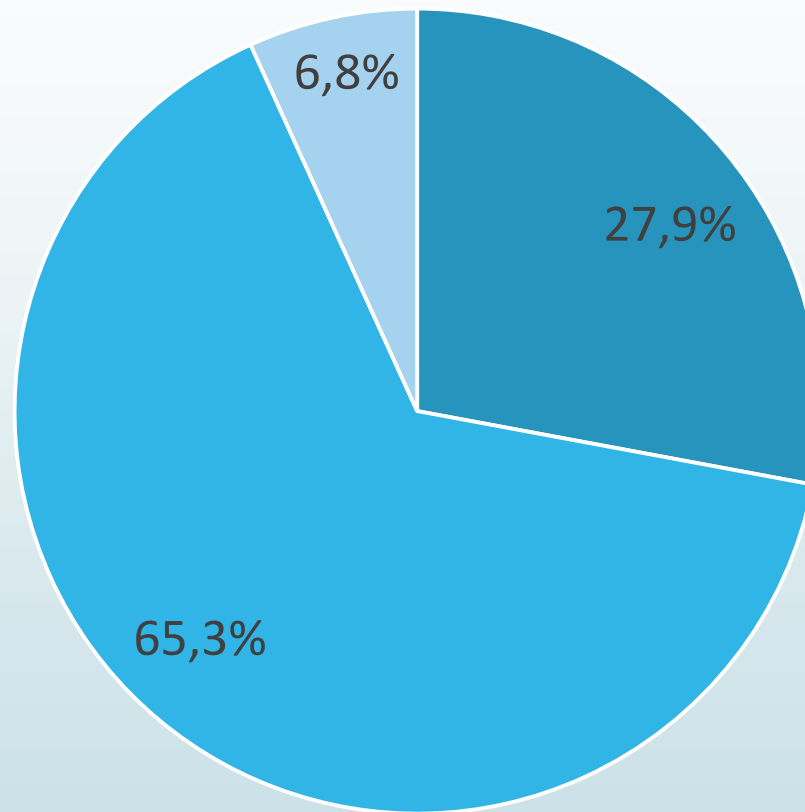


- В 203 случаях (76,6%) перинатальных потерь имелась патология последа (инволюционно-дистрофические изменения плаценты, отслойка плаценты, незрелая плацентарная ткань, перекрут пуповины, хориоамнионит, абсолютно длинная или короткая пуповина, очаговые виллузит и мембранит).
- В 54 случаях (20,3%) перинатальных потерь гистологическое исследование не проводилось.
- О гистологическом исследовании в 8 случаях (3,1%) данных нет.

- Антенатальная асфиксия плода – 127 случаев (47,9%)
- Внутриутробная инфекция – 36 случаев (13,5%).
- Нет данных о патогистологическом исследовании новорожденного в 27 случаях (10,3%).
- Иные патогистологические диагнозы 75 случаев (28,3%).



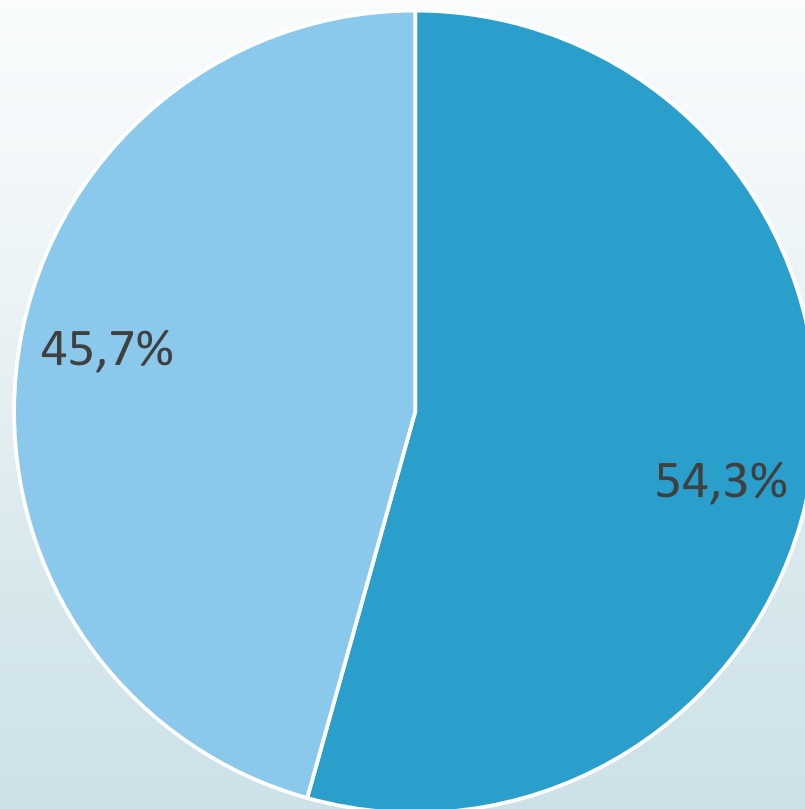
Прегравидарная подготовка



■ Да ■ Нет ■ В неполном объеме



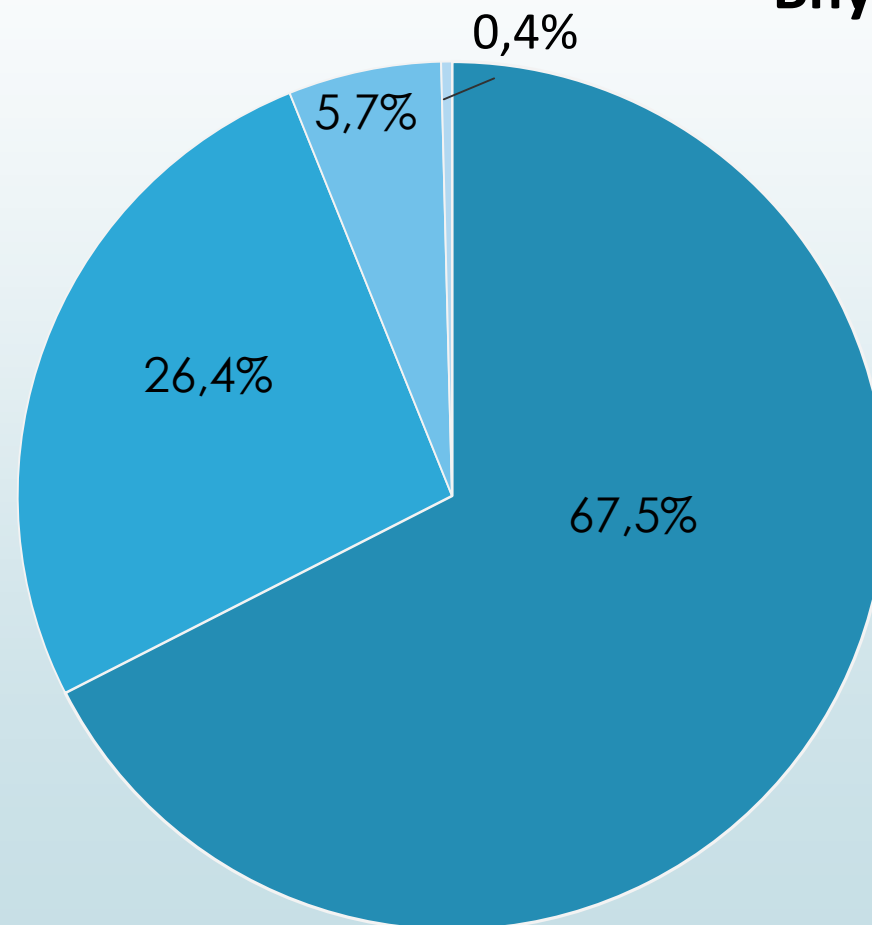
Стационарное лечение во время беременности



■ Да ■ Нет



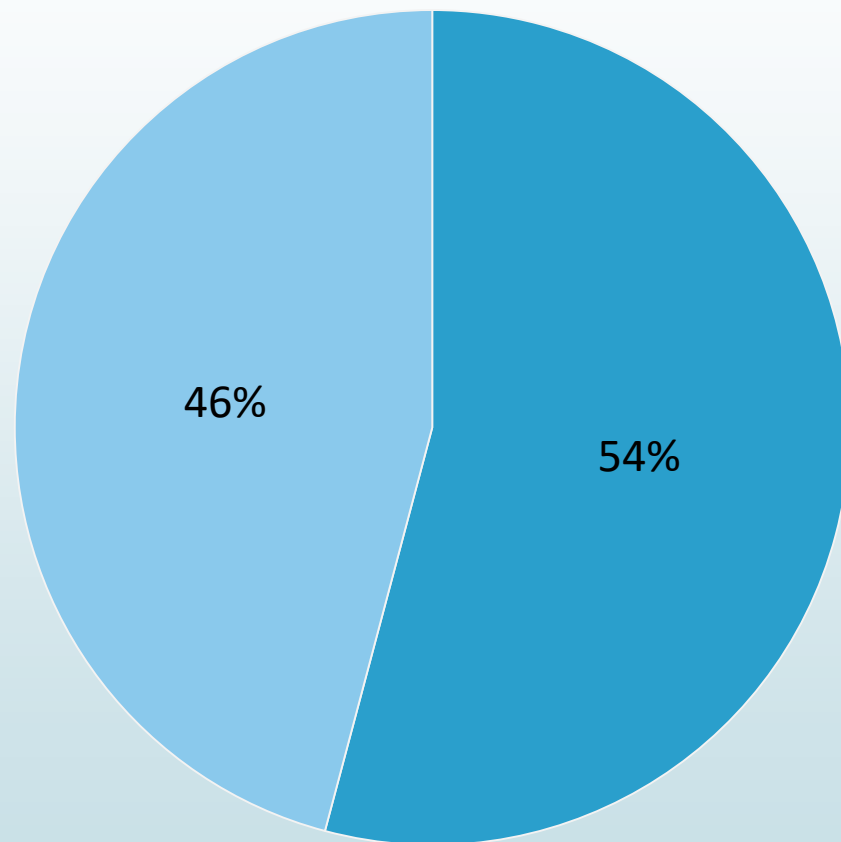
Внутриутробная асфиксия



- да
- нет
- информации нет
- умеренная



Способ родоразрешения



- Естественные родовые пути
- Кесарево сечение



Совпадение клинического и патогистологического диагноза

Подтвержден	241	90,9%
Информации нет	12	4,5%
Вскрытие не проводилось	10	3,8%
Не получен	2	0,8%



Наиболее часто встречающиеся дефекты, прямо либо косвенно приведшие к случаям гибели плода:

- ▶ недостаточный контроль за состоянием плода как на уровне стационаров, так и на амбулаторном уровне.
- ▶ несоблюдение уровня госпитализации пациенток.
- ▶ невыполнение Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2008 № 224 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов)».
- ▶ отсутствие контроля у беременных, относящихся к различным группам риска.
- ▶ отсутствие проведения прегравидарной подготовки.
- ▶ нарушения правил ведения медицинской документации.





- Практическое значение данного исследования заключается в корректировке оказания медицинской помощи беременным и планирующим беременность на всех этапах, контроль всех случаев перинатальной смертности, что повысит шансы исходов всех случаев в сторону благоприятного.



- 1. С целью профилактики возникновения случаев перинатальных потерь необходимо рекомендовать прохождение прегравидарной подготовки, сделав акцент женщин репродуктивного возраста в возрастном диапазоне от 20 до 40 лет.
- 2. Проводить диспансерное наблюдение за беременными с учетом беременность – ассоциированных заболеваний совместно с врачами-специалистами.
- 3. С учетом структуры экстрагенитальной патологии в данной группе, обеспечить своевременное выявление, терапию либо компенсацию экстрагенитальной патологии.
- 4. При проведении врачебных консилиумов обязательным является оценка необходимости родоразрешения, уровня учреждения здравоохранения для родоразрешения, определение сроков госпитализации.
- 5. Обеспечить ежегодный осмотр девочек от 15 до 18 лет



- 6. Осуществлять медицинское наблюдение, диагностику и лечение беременных в амбулаторных условиях в соответствии с нозологической формой заболевания или осложнения беременности в соответствии с МКБ-10, а также группой перинатального риска.
- 7. При подготовке к беременности проводить полный комплекс диагностических исследований, в том числе консультации врачей-специалистов, профилактические мероприятия в соответствии с приложением 3 клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденного Постановлением МЗ РБ от 19.02.2018.№17.
- 8. Обеспечить ведение беременных с паритетом родов 3 и более на 3 и 4 уровне оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.
- 9. На постоянной основе проводить работу в средствах массовой информации по освещению вопроса важности своевременной постановки на диспансерный учет по беременности с целью нивелирования осложнений во время беременности.

