

СМН

РЕШЕНИЕ

МЕДИЦИНСКОГО СОВЕТА КРАСНОЛИМАНСКОЙ ЦРБ

от 28.03.13

№ 3

Причины высокого уровня перинатальной смертности в Краснолиманской ЦРБ за 2012 год и первые два месяца 2013 года.

Заслушав и обсудив доклады районного акушер – гинеколога Реброва А. В. и врача неонатолога Бурлачко А. А. Медицинский Совет отметил, что за 2012 год и первые два месяца 2013 года выросла перинатальная смертность на территории Краснолиманского района почти в два раза.

Так за 2012 год родилось 529 детей живых (по данным ЗАГСа), в том числе две двойни, 517 детей (по данным ЦРБ), что больше по сравнению с 2011 годом (по данным ЗАГСа – 515 детей, по данным ЦРБ – 514 детей), на 22,6% в связи с тем, что родильное отделение в 2011 году было закрыто на ремонт.

За 12 месяцев 2012 года по ЗАГСу зарегистрировано 8 случаев младенческой смертности. Показатель составил 15,2 ‰, что превысил среднеобластной на 3,8 % - 11,4 ‰. При этом:

- перинатальная смертность – 6 случаев (11,2) при среднеобластном показателе – 12,6 (за 12 месяцев 2011 года было 5 случаев, показатель составлял 9,6)

- неонатальная – 4 случая (при среднеобластном 7,5) (за 12 месяцев 2011 года – 1 случай – 1,9)

- ранняя неонатальная 4 случая (7,5) при среднеобластном показателе 5,4 (за 12 месяцев 2011 года 1 случай – 1,9)

- поздняя неонатальная – 1 случай (1,8) при среднеобластном показателе 3,9 (за 12 месяцев 2011 года случаев не было)

- постнеонатальная смертность – 3 случая (5,7), за 12 месяцев 2011 года – 2 случая (3,8)

В выше представленной структуре отмечается рост по сравнению со среднеобластными ранней неонатальной и в целом перинатальной смертности.

За 12 месяцев 2012 года зарегистрировано два случая мертворождаемости (3,7) при среднеобластном показателе 6,7. Соотношение ранней неонатальной смертности и мертворождаемости 1:1,5 (в 2011г. 1:3) – отмечается положительная динамика.

Анализируя структуру перинатальной смертности, следует отметить её изменение.

Первое место занимает асфиксия – 2 случая. Из них в 1 случае антенатальная асфиксия, которая привела к гибели плода внутриутробно до рождения – это ребенок муж. Родился 12.09.12г. в 6ч. 10 мин. с весом 2200, в сроке 34 недели.

Клинический диагноз матери: Беременность 1, 32-33 недели. Преэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Маточное кровотечение. Антенатальная гибель плода. Роды 1, преждевременные, патологические. Лапаротомия: (12.09.12г) кесарево сечение в нижнем сегменте. Матка Кювелера. Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Дренажное дренирование брюшной полости. ДВС синдром. Геморрагический шок 2-3 степени. Постгеморрагическая анемия. Токсико – гипоксическая и дисметаболическая энцефалопатия 2 степени с двухсторонней рефлекторной пирамидной недостаточностью в конечностях. Полиорганный недостаток (печеночно-почечная).

Второй случай - ребенок жен. пола, родилась 11.9.12г. 12ч.05 мин. Умерла 11.09.12г. 18ч. 40 мин.

Осн: Асфиксия новорожденного тяжелой степени.

Соп: Внутриутробная инфекция, внутриутробная пневмония, ДН III ст. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, тяжелое течение. Анемия вызванная фетоплацентарной недостаточностью на фоне преждевременной отслойки плаценты у матери.

На втором месте - внутриутробная инфекция – два случая.

В 1 случае – ребенок муж. пола, родился 06.08.12г. в 6ч. 15 мин. по шкале Апгар - 0 баллов. Выставлен клинический диагноз: беременность 2, роды 2, срочные осложненные. Антенатальная гибель-плода, отеки беременных. Ожирение III ст.

Во втором случае: ребенок жен. пола, родилась 7.1.12г. в 6.ч 30 мин. с весом 1050,0. Умерла 08.10.12г. в 13ч .3 мин. К ребенку приглашались дважды специалисты (неонатолог и детский анестезиолог) по санавиации, замечаний с их стороны не было. Выставлен клинический диагноз: Внутриутробная инфекция плода неуточненная. Респираторный дистресс – синдром новорожденного, ДН III ст.

Осл: Полиорганная недостаточность.

Соп: Перинатальное гипоксически- ишемическое поражение ЦНС, тяжелое течение.

На третьем месте: Респираторный дистресс – синдром новорожденного – 1 случай.

Ребенок муж. пола, родился 30.05.12г. в 07.00 с весом 1100, первый из двойни. Умер 02.06.12г. в 20.00. К ребенку 3 раза приглашался детский анестезиолог по санавиации, так как в Краснолиманской ЦРБ данных специалистов нет. Проводилась коррекция терапии, тактики ведения. Замечаний со стороны областных специалистов не было.

Дз: Респираторный дистресс – синдром новорожденного, ДН III ст.

Осл: Полиорганная недостаточность.

Соп: Внутриутробная инфекция неуточненной этиологии. Недоношенность 29 недель.

Все случаи младенческой смертности и случаи мертворождаемости были разобраны на заседании клиничко-экспертной комиссии в 2012 году. Таких заседаний было проведено 9. На заседании комиссии приглашались лечащие врачи. Результатом одного из заседаний по случаю смерти новорожденного при множественных врожденных пороках развития, не выявленных при УЗИ исследования специалистом ЦРБ явилось направление данного врача на курсы по специализации УЗИ диагностики беременных женщин.

При изучении карт наблюдения за беременными отмечено, что из 5-ти

- 3 стояли на учете в женской консультации -60%;
- в сроке до 12 недель – 2 – 40%,
- более 12 недель – 1 – 20%,
- обследованы на TORCH инфекции – 0
- консультированы в МГЦ – 2 – 40%.

Экстрагенитальная патология выявлена в 4 случаях (80%). Осложнения беременности отмечено в 3 случаях (60%).

За два месяца 2013 года зарегистрировано по данным ЗАГСа 3 случая младенческой смертности (показатель составил 34,8 ‰), по данным ЦРБ 1 случай (показатель составил 19,6‰). Количество родов за два месяца 2013 года в ЗАГСе зарегистрировано 70, по ЦРБ – 35.

В структуре младенческой смертности по данным ЦРБ 1 случай относится к перинатальной ранней неонатальной (0 – 6 суток)

Этот случай произошел в родильном отделении ЦРБ 14.02.2013 года. Ребенок родился путем кесарева сечения в связи с появившимися признаками отслойки плаценты и маточного кровотечения у матери недоношенным с весом 1500,0 с оценкой по шкале Апгар 3 – 4 балла и признаками респираторных нарушений. Ребенку оказывалась необходимая медицинская помощь, согласно приказов № 312 от 08.06.2007 года «Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та після операційної допомоги новонародженим» и № 484 от 21.08.2008 года «Про затвердження клінічного Протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами». Несмотря на проводимую терапию ребенок умер. Выставлен диагноз: внутриутробная инфекция неуточненная. Первичный ателектаз новорожденного. Недоношенность 33 недели.

Данный случай тщательно разобран на заседании КЭК Краснолиманской ЦРБ и признан условно предотвратимым при условии доношенной беременности и отсутствии преждевременной отслойки плаценты у матери.

В структуре младенческой смертности по данным ЗАГСа из трех зарегистрированных случаев два относятся к перинатальной ранней неонатальной и один случай к постнеонатальной. К выше перечисленному одному случаю к перинатальной отнесен случай смерти ребенка погибшего на дому в результате политравмы, полученной при рождении, в данном случае имеет место и материнская смертность (этот случай расследует криминальная милиция). В случае постнеонатальной смерти ребенок умер в возрасте одного месяца от синдрома внезапной смерти на дому (R 95).

Все случаи разбирались на заседаниях КЭК как ЦРБ, так и ЦПМСП им. М. И. Лядукина.

С целью снижения младенческой и материнской смертности в Краснолиманском районе, улучшению качества оказания стационарной помощи новорожденным и беременным женщинам, улучшению качества наблюдения за беременными в женской консультации и укреплению репродуктивного здоровья Медицинский Совет

Р Е Ш И Л:

1. Признать организацию и качество работы по снижению младенческой и материнской смертности в районе не достаточной.

2. Гор. акушер - гинекологу Реброву А. В.:

2.1. Проанализировать причины младенческой и материнской смертности и наметить план мероприятий по их снижению. Взять под особый контроль выполнение нормативно – правовых актов по организации помощи детям и матерям.

Срок – в течение года

2.2. Обеспечить беременных женщин и новорожденных своевременной квалифицированной медицинской помощью, в т. ч. с привлечением областных специалистов.

Срок – постоянно

2.3. Сформировать реестр беременных с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, проводить постоянный мониторинг реестра и своевременно направлять нуждающихся на третий уровень оказания медицинской акушерской помощи.

Срок – постоянно

2.4. Усовершенствовать систему наблюдения за беременными, согласно стандартов оказания акушерско – гинекологической помощи, с целью дальнейшего снижения осложнений в родах, случаев перинатальной смерти, врожденных аномалий, заболеваемости новорожденных.

Срок – постоянно

2.5. Продолжить внедрение новейших перинатальных технологий в родильном отделении ЦРБ, и довести уровень партнерских родов до 80 %.

Срок – в течение года

2.6. Обеспечить массовый скрининг новорожденных на фенилкетонурию, гипотиреоз, адреногенитальный синдром, муковисцидоз.

Срок – в течение года

2.7. Продолжить работу по обеспечению в полном объеме своевременной перинатальной диагностикой беременных, родильниц и рожениц от врожденных и наследственных заболеваний.

Срок – в течение года

2.8. Создать в родильном отделении необходимый и постоянно обновляющийся запас высокоэффективных препаратов для борьбы с акушерским кровотечением.

Срок – постоянно

2.9. Проводить разбор каждого случая мертворождения, родовой травмы, младенческой смертности в перинатальном периоде. Определять причины и намечать мероприятия по их устранению.

Срок – постоянно

2.10. Обеспечить нормативную нагрузку на медицинское оборудование, задействованное в оказании медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным.

Срок – постоянно

2.11. Согласно требованиям Протокола проводить занятия с персоналом по вопросам оказания экстренной помощи в акушерстве и неонатологии.

Срок – ежемесячно

2.12. Обеспечить профилактику внутриутробных инфекций в родильном отделении ЦРБ согласно требований приказа МОЗ от 10.05.2007 года № 284 «Про організацію профілактики внутрішнього лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах»

Срок – в течение года

2.13. Обеспечить дальнейшее внедрение принципов поддержки грудного вскармливания детей раннего возраста.

Срок – постоянно

2.14. Обеспечить дальнейшие внедрения мероприятий, необходимых для получения статуса родильным отделением ЦРБ «Лікарня доброзичлива до дитини».

Срок – первое полугодие 2013

2.15. Проводить среди врачей акушеров – гинекологов и акушерок района (с согласия ЦПМСП) семинары и занятия по дефектуре качества наблюдения за беременными из группы «риска» в районе. Довести до их сведения план мероприятий по снижению младенческой смертности в районе.

Срок – в течение года

2.16. Рекомендовать акушерам – гинекологам и акушеркам района проведение разъяснительной работы среди женского населения района о своевременном взятии на учет по беременности и необходимости постоянного наблюдения.

Срок – постоянно

3. Врачам акушерам - гинекологам и акушеркам женской консультации ЦРБ:

3.1. Улучшить качество диспансерного наблюдения за женщинами фертильного возраста с отягощенным акушерским анамнезом, беременными, в том числе беременными из группы «риска», согласно Приказа МОЗ № 417 от 15.07.2011 г. «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько – гінекологічної допомоги», обеспечив его обязательное выполнение.

Срок – постоянно

3.2. Обеспечить 100% взятие беременных в раннем сроке на учет.

Срок – в течение года

3.3. Проводить постоянный мониторинг за реестром, сформированным из беременных женщин с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, обязательно проконсультировав их по тактике дальнейшего ведения с гор, акушер – гинекологом Ребровым А. В.

Срок – в течение года

3.4. Продолжить работу в группе риска по профилактике не планируемой беременности.

Срок – в течение года

3.5. Принять меры к повышению охвата беременных УЗИ - исследованием до 99%, обеспечить его качество.

Срок – в течение года

3.6. Обеспечить качественное функционирование «Школы матерей», «Школы відповідального батьківства», обратив внимание на асоциальные семьи, наладив взаимодействие с социальными службами города.

Срок – постоянно

3.7. Усилить работу по половому воспитанию населения, сохранению репродуктивного здоровья, пропаганде грудного вскармливания.

Срок – постоянно

3.8. Обеспечить 100 % обследование беременных женщин из группы «риска» в областном медико-генетическом центре.

Срок – в течение года

3.9. Наладить взаимодействие со специалистами ЦПМСП им. М. И. Лядукина по вопросам улучшения наблюдения за женщинами фертильного возраста в том числе беременными.

Срок – постоянно

4. Контроль за выполнением данного решения возложить на Реброва А. В.

Председатель Мед. Совета



С. Г. Фесенко

Секретарь Мед. Совета .