

Ю.М.Уваров, Н.Б.Тимофеева*

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1997 — 2004 гг.

*Институт медицинского образования НовГУ*** Комитет по охране здоровья Новгородской области*

Maternal mortality analysis in Novgorod Region during 1997-2004 showed that in the structure of maternal mortality obstetrical hemorrhage and sepsis were prevalent. Experts evaluations of 10 care records showed that 60% of maternal deaths were avertable.

Под термином *материнская смертность* (МС) в соответствии с рекомендациями ВОЗ и МКБ-Х понимают «все случаи смерти женщин, обусловленной беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, наступившей во время беременности или в течение 42 дней после ее завершения, от состояния связанного с беременностью, отягощаемого ею или ее ведением, кроме несчастных случаев или случайно возникших обстоятельств». Расчет проводится на 100 тыс. живорожденных.

Материнская смертность является важнейшим критерием качества оказания акушерской помощи. Уровень МС по отдельным странам имеет существенное различие: от 6-7 (Швеция, Норвегия, Израиль, Канада) до 1700 (Афганистан, Гвинея, Ангола). В странах ближнего зарубежья уровень МС колеблется от 15,8 (Эстония) до 105 (Туркменистан). Среднемировой показатель материнской смертности в 1995 г. составил 400 женщин на 100 000 живорожденных [1]. По уровню МС Российская Федерация занимает промежуточное место между развитыми и развивающимися странами. Средний показатель по России превышает аналогичный в развитых странах более чем в два раза, а по сравнению с рядом стран Европы и США — в 4-5 раз [2-7]. За последние 10 лет в России абсолютное число случаев материнской смертности (по данным МЗ РФ) уменьшилось почти в два раза: с 1027 в 1992 г. до 538 в 2001 г.

Структура причин МС в мире в последние годы отличается относительной стабильностью: первое место занимают акушерские кровотечения, на втором — сепсис, на третьем — эклампсия, далее следуют аборт, разрыв матки, эмболия околоплодными водами и экстрагенитальные заболевания. Ежегодно смерть около 50 000 женщин в мире бывает прямо или косвенно связана с медицинскими ошибками [3].

Материнская смертность по Новгородской области и РФ за 1997 — 2004 гг.
(абсолютные цифры / на 100 000 живорожденных)

Годы	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Новгор. обл.	3	4	2	3	2	2	4	2
	54,8	69,3	38,0	55,6	34,7	32,1	62,7	30,7
Россия	—	—	537	503	479	469	463	352
	—	—	44,2	39,7	36,5	33,6	31,9	23,4

При анализе данных видно, что если по РФ материнская смертность имела устойчивую тенденцию

к снижению, особенно за последние пять лет, то по Новгородской области такой тенденции мы не наблюдаем. МС в области колебалась от 69,3 (1998) до 30,7 (2004). Конечно, необходимо учитывать сравнительно небольшое количество родов в Новгородской области: 5288 в 1999 г. и 6504 в 2004 г.

В структуре причин МС в Новгородской области доминировали две основные: кровотечение и сепсис (по 8 случаев). Кровотечение остается основной причиной материнской смертности как в мире, так и в РФ [3,5-8]. Непосредственными причинами кровотечений в наших случаях были: атоническое кровотечение в раннем послеродовом и послеоперационном периодах — четыре; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — два; нарушенная внеплодная беременность (смерть на дому) и предлежание плаценты — по одному случаю. У четырех умерших развился синдром ДВС. При анализе случаев смерти от кровотечения выявлены однотипные ошибки: недооценка объема кровопотери, длительная неэффективная консервативная терапия, запоздалое радикальное оперативное вмешательство (удаление матки), ошибки в проведении инфузионно-трансфузионной терапии. Особо следует отметить, что у двух женщин, умерших от атонических кровотечений, на секции обнаружено частичное истинное вращение ворсин хориона, у одной — нераспознанный разрыв матки (проводилось выскабливание кюреткой).

По мнению экспертов, в странах, где акушерские кровотечения устойчиво занимают первое место в структуре МС, основой профилактики летальности должны стать эффективный учет кровопотери, ее восполнение и своевременное оперативное лечение [3,9].

Сепсис как основная причина смертности также наблюдался у 8 умерших женщин. У трех больных сепсис развился после аборта (по одному случаю после артифициального, криминального и внебольничного). Следует отметить, что все случаи смерти после абортов имели место до 2000 г. В 2004 г. по РФ смертность после аборта находилась на втором месте после акушерских кровотечений [5]. Во время беременности сепсис развился у двух женщин (лечение кариозного зуба и септический шок на фоне острого пиелонефрита). У двух больных — после самопроизвольных родов (остатки плаценты, септический эндометрит). В одном случае сепсис развился после кесарева сечения (КС). Следует отметить, что у трех из 8 женщин источником сепсиса была экстрагенитальная патология.

Смерть от сепсиса имеет тенденцию к росту почти во всех странах. Следует подчеркнуть, что большинство возбудителей ЗППП не являются причиннозначимыми в послеродовом сепсисе, но истощают иммунную систему и нарушают эубиоз генитального тракта. Несомненно, что со временем СПИД будет играть все большую роль как причина МС [3].

Два случая МС связаны с осложнением при даче наркоза: смерть от синдрома Мендельсона (КС) и ошибки при интубации (операция по поводу нарушенной внематочной беременности).

По одному случаю МС были вызваны эклампсией и субарахноидальным кровоизлиянием. Вместе с тем, хочется отметить, как фоновая патология поздний гестоз встречался значительно чаще. В настоящее время гипертензивные состояния (поздний гестоз в сочетании с экстрагенитальной патологией), несомненно, занимают одно из первых мест в структуре МС [3,10,11]. Еще один случай: анафилактический шок на введение лекарственных веществ (повидимому, эуфиллина) на третьи сутки после КС. Операция проводилась по поводу рубца на матке. На случай эмболии околоплодными водами история болезни не представлена.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) как непосредственная причина смерти наблюдалась у одной больной, а как сопутствующая причина на фоне сепсиса — у двух женщин. ТЭЛА остается одним из наиболее непредсказуемых осложнений. Вместе с тем у одной больной с длительной иммобилизацией (разрыв лонного сочленения после самопроизвольных родов) необходимо было провести медикаментозную профилактику тромбозов и эмболий в послеродовом периоде.

Предотвратимость материнской смерти — наиболее трудный вопрос. По данным различных авторов, смерть женщин может быть предотвратимой в 25-80% [7-9]. Тщательный анализ 10 случаев МС в Новгородской области (2001 — 2004 гг.) позволил прийти к заключению, что у шести женщин смерть была предотвратима, у трех — условно предотвратима, и лишь у одной непротвратима.

Выводы

1. В Новгородской области доминирующими причинами материнской смертности являлись акушерские кровотечения и сепсис.

2. Основными причинами летальности от кровотечений были: атония матки в раннем послеродовом периоде и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

3. Необходимо помнить о возможности истинного вращений плаценты как причины атонических кровотечений. Кюретаж послеродовой матки в настоящее время недопустим.

4. Особое внимание необходимо обратить на раннее выявление и профилактику септических осложнений после аборт, самопроизвольных родов и кесарева сечения.

5. Частой причиной сепсиса может быть экстрагенитальная патология.

6. Выборочный анализ причин материнской смертности свидетельствует о том, что в 60% случаев она могла быть предотвращена.

1. Кулаков В.И., Фролова О.Г., Токова З.З. // Акушерство и гинекология. 2004. №2. С.3-5.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. М.: Триада X, 1997. 190 с.
3. Радзинский В.Е. // Вестник акушера-гинеколога. 1997. №2. С.5-9.
4. Репина М.А. // Журн. акушерства и женских болезней. 1997. Вып. 1. С.11-19.
5. Токова З.З., Мекша Ю.В. // Мат. VII Рос. форума «Мать и дитя». М., 2005. С.257-258.
6. Фролова О.Г. // Акушерство и гинекология. 1997. №6. С.55-57.
7. Шарапова Е.И. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1994. №4. С.7-11.
8. Серов В.Н., Арефьева И.С. // Акушерство и гинекология. 1993. №4. С.15-18.
9. Фролова О.Г., Королева Л.П. Материнская смертность в Российской Федерации в 2001 году. Информ. письмо. М., 2002. 23 с.
10. Репина М.А. // Журн. акушерства и женских болезней. 2001. Вып. 3. Т. XLIX. С.11-18.
11. Токова З.З., Фролова О.Г. // Акушерство и гинекология. 1998. №5. С.9-11.