

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

М. А. Курцер, Н. В. Полунина, Ю. Ю. Кутакова, А. Л. Черепнина, А. С. Чемезов

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Проведен анализ динамики и структуры материнской смертности в учреждениях Департамента здравоохранения Москвы за период с 2001 по 2011 гг. Показатель материнской смертности за исследуемый промежуток времени снизился в 1,7 раза, однако остается выше, чем в Российской Федерации, в целом в 1,4 раза. Ведущей причиной материнской смертности в учреждениях г. Москвы является экстрагенитальная патология. Большую часть умерших пациенток (более 50 %) составили социально неблагополучные женщины, а также жительницы других регионов России и иностранные граждане.

Ключевые слова: материнская смертность, экстрагенитальная патология.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MATERNAL MORTALITY

M. A. Kurtser, N. V. Polunina, J. J. Kutakova, A. L. Cherepnina, A. S. Chemezov

The authors examined maternal mortality rates and causes of maternal deaths in hospitals of the Department of Health in Moscow from 2001 to 2011. Maternal mortality rate in Moscow has decreased by to 1,7 times since 2001, but this indicator is higher than in the Russian Federation by to 1.4 times. The leading cause of maternal death in hospitals in Moscow is medical co-morbidities. The greater part of dead women (more than 50 %) came from unfavourable social conditions and were inhabitants from other regions of Russian Federation and citizens of foreign countries.

Key words: maternal morbidity, co-morbidities.

Показатель материнской смертности является одним из важнейших интегральных показателей, характеризующих качество здоровья женского населения. Его величина дает оценку не только состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, но и свидетельствует об уровне социально-экономического положения в стране, особенностях организации медицинской помощи, степени медицинской грамотности женского населения и отражает эффективность работы акушерско-гинекологической службы и здравоохранения в целом [4].

В 2000 г. на Саммите Тысячелетия ООН представители 189 стран, включая Российскую Федерацию, приняли программу под названием «Цели развития тысячелетия», в соответствии с которой к 2015 г. необходимо достичь сокращения уровня материнской смертности на 75 % по сравнению с 1990 г. Указом Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825 данный показатель включен в перечень критериев для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В нашей стране одной из приоритетных задач демографической политики на период до 2025 года является сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза [3].

Материнская смертность определяется как обусловленная беременностью, независимо от её продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины [5].

При анализе динамики материнской смертности в Российской Федерации за период 2001—2011 гг. отмечена тенденция к ее снижению более чем в 2 раза. Так, если в 2001 г., по данным Минздравсоцразвития [2], показатель материнской смертности был равен 41,0 на

100 тысяч живорожденных, то в 2011 г. этот показатель снизился до 17,3 случаев на 100 тыс. родившихся живыми (рис. 1) и приблизился к показателю развитых стран.

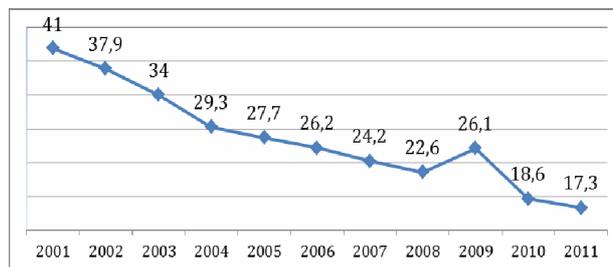


Рис. 1. Динамика материнской смертности в Российской Федерации за период 2001—2010 гг.¹ (на 100 000 живорожденных)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить анализ динамики и структуры материнской смертности в учреждениях Департамента здравоохранения г.Москвы за период с 2001 по 2011 года.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ материнской смертности по данным ежегодного справочника Мосгорстата, ежегодного статистического сборника Минздравсоцразвития России.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе динамики показателя материнской смертности в г.Москве в последние годы наблюдается тенденция к ее снижению [1]. Если в 2001 г. данный показатель составлял 43,7 на 100000 живорожденных, то в 2011 г. он снизился в 1,7 раза и составил 25,3 (рис. 2). Наиболее

¹Статистический сборник Минздравсоцразвития России

значимое снижение произошло в 2007 г., когда вышеуказанный показатель был равен 15,3 случаев смерти женщин в расчете на 100 тыс. родившихся живыми.

Более высокие показатели смертности женщин по сравнению с Российской Федерацией обусловлены тем обстоятельством, что среди умерших женщин на долю жителей Москвы и Московской области приходится около 60 % всех случаев смерти женщин. Показатель материнской смертности среди жительниц Москвы и Московской области составляет 14,7 случаев на 100 тыс. родившихся живыми.



Рис. 2. Динамика материнской смертности в Москве за период 2001—2011 гг.² (на 100 000 живорожденных)

Значительную долю среди умерших женщин в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранению Москвы, составляют иногородние жители, а также граждане других государств (рис. 3).

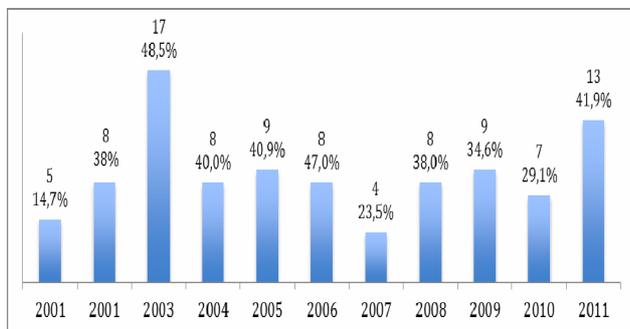


Рис. 3. Число иногородних и жителей других государств в структуре материнской смертности за период 2001—2011 гг.

При анализе распределения умерших женщин по месту жительства за последние 11 лет выявлено, что с 2001 г. удельный вес иногородних и иностранных пациенток возрос в 2,8 раза и составил в 2011 г. 41,9 %, а в 2001 г. их было 14,7 %. Отмечено, что подавляющее большинство жителей других регионов России и иностранные граждане не были обследованы, и не наблюдались в лечебных учреждениях Москвы,

При анализе возрастного состава умерших выявлено, что большинство вошедших в материнскую смертность за период с 2001 по 2011 гг. составили пациентки в возрасте от 25 до 35 лет. Их доля варьировала от 42,0 %

²Ежегодный справочник Мосгорстата

до 66,7 %. Исключением был 2009 г., когда 8 из 26 умерших женщин (30,8 %) были в возрасте до 20 лет.

Как видно из данных, представленных на рис. 4, без учета вышеуказанного контингента умерших (иногородние, иностранки) показатель материнской смертности за последние 10 лет был в 1,2—1,9 раз ниже, чем аналогичный показатель с учетом иногородних женщин и в 2011 г. составил 14,7 на 100 000 живорожденных (18 пациенток).



Рис. 4. Динамика материнской смертности в Москве с учетом и без учета иногородних пациенток за период 2001—2011 гг.

За последние несколько лет в структуре материнской смертности значительно возросла доля женщин, не вставших на учет по беременности в женские консультации. За исследуемый период этот показатель варьировал с 20,0 % в 2007 г. до 52,0 % в 2010 г. В основном пациентки, которые не наблюдались в течение беременности, были гражданами других государств и жителями других регионов России.

При анализе материнской смертности по срокам беременности выявлено, что большую долю — от 48,4 % в 2011 г. до 85,3 % в 2001 году составили умершие женщины со сроком беременности до 28 недель.

Следует отметить, что материнская смертность занимает не существенную роль в структуре смертности населения. Однако каждый случай материнской смертности имеет особое значение, так как вместе с молодой женщиной — матерью часто погибает новорожденный ребёнок, остаются сиротами дети, не имеют поддержки пожилые родители. Поэтому каждый случай материнской смертности требует тщательного анализа, с привлечением специалистов, оказывавших медицинскую помощь на всех этапах.

Анализ структуры материнской смертности в г. Москве за период с 2003 по 2011 гг. проводился согласно Международной классификации болезней X МКБ. В соответствии с указанной классификацией ведущее место в структуре материнской смертности в последние годы занимают заболевания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовый период (экстрагенитальные заболевания). Доля соматических заболеваний возросла за последние два года в 5—6 раз (по сравнению с 2003 г.) и составила 60,8 % (14 женщин) в 2010 г. и 54,8 % (17 женщин) в 2011 г. Основной причиной смерти в 2011 г.

явилась тяжелая соматическая патология: патология сосудов (внутричерепное кровоизлияние, разрыв аневризмы селезеночной артерии), злокачественные новообразования (хориокарцинома, острый лейкоз, лимфосаркома), кардиомиопатия, тиреотоксический зоб, ВИЧ-инфекция (сепсис, флебит, хроническая опиатная наркомания).

Одной из ведущих причин, влияющих на уровень материнской смертности, является социальное неблагополучие пациенток (ВИЧ-инфекция, наркомания, хронический алкоголизм), число которых в последние годы, к сожалению, увеличивается (рис. 5). Так, в 2011 г. к данной категории отнесены 9 умерших, причем 4 из них поступили в лечебные учреждения в терминальном состоянии, у 5 была ВИЧ-инфекция. Причиной смерти у указанных пациенток явились туберкулез, грипп АН1N1, сепсис, септическая пневмония, бактериальный эндокардит, разрыв аневризмы сосудов головного мозга.



Рис. 5. Динамика частоты материнской смертности социально неблагополучных пациенток среди случаев материнской смертности в Москве за период с 2007 по 2011 гг.

Немаловажное значение в структуре материнской смертности имеют септические осложнения. Доля таких осложнений не снижается и варьирует в пределах 4,2—17,0 %.

Наряду с вышеперечисленными фактами имеются и положительные тенденции. Так, доля внематочной беременности в структуре материнской смертности в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы, за исследуемый период сократилась почти в 4 раза с 11,8 % в 2003 до 3,2 % в 2011.

Также резко сократилась смертность в результате аборта (включая медицинский аборт и аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный). Так, если в 2003 г. доля абортотворения в структуре материнской смертности составила 15,1 %, то в 2009 г. этот показатель был равен 3,8 %, а в 2010 и 2011 гг. женщин, умерших после аборта, не было.

Наметилась тенденция к снижению смертности женщин и в связи с нефропатией (отеки, протеинурия и гипертензивные состояния во время беременности). В 2003 г. доля этих осложнений составляла 17,1 %, а в 2010 г. этот показатель снизился до 4,7 %. В 2011 г. доля нефропатии в структуре материнской смертности была 9,7 %.

Из прямых акушерских причин, являющимися «трудноуправляемыми», следует отметить акушерские

эмболии (эмболия околоплодными водами и легочная эмболия), доля которых была максимальная в 2005 г. (15,5 %) и снизилась до 6,5 % в 2011 г.

Немаловажную роль в структуре материнской смертности занимают такие прямые акушерские причины, как кровотечения. Доля кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, приведших к гибели женщин, была максимальная в 2007 г. (13,3 %) и минимальная в 2009 г. (3,8 %). В 2010 г. от вышеуказанного осложнения умерла всего 1 женщина. Снизилась смертность и от кровотечений в родах и в послеродовом периоде. Если в 2003 г. доля таких кровотечений в структуре материнской смертности составляла 10,2 %, то за последние два года вышеуказанное осложнение не встречалось. Таким образом, в 2011 г. не было зарегистрировано ни одной умершей от акушерского кровотечения. Указанных результатов удалось достичь благодаря внедрению в Москве органосохраняющих методов лечения акушерских кровотечений, введению порядка «О единой тактике диагностики и лечения неотложных состояний в период беременности, родов, послеродовом периоде и неотложных состояний в гинекологии в государственных учреждениях здравоохранения города Москвы» (Приказ Департамента здравоохранения Москвы № 800 от 01.09.2011 года).

Таким образом, за последние 8 лет в Москве наблюдается тенденция к снижению показателя материнской смертности, (с 39,9 в 2003 г. до 25,3 на 100 тысяч живорожденных в 2011 г.). Однако этот показатель в мегаполисе превышает в несколько раз аналогичный показатель многих европейских экономических развитых стран и в 1,4 раза — показатель по Российской Федерации в целом. В то же время структура материнской смертности в г. Москве сопоставима с таковой в экономически развитых странах [6,7].

Ведущей причиной материнской смертности в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы, является экстрагенитальная патология, доля которой в 2011 г. составила 54,8 %, причем большую часть умерших пациенток (52,9 %) составили женщины, страдающие наркоманией и хроническим алкоголизмом, доля которых за последние 5 лет возросла более чем в 2 раза.

Значительную долю среди женщин, вошедших в материнскую смертность, составили приезжие из других городов и стран, в основном не наблюдавшиеся и не обследованные во время беременности. Удельный вес таких пациенток с 2001 г. возрос с 14,7 % до 41,9 % в 2011 г. Показатель материнской смертности без учета приезжих граждан составил 14,7 на 100 тысяч родившихся живыми, что в 1,7 раз меньше, чем показатель, учитывающий все случаи материнской смертности в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы.

Наряду с вышеизложенным, в структуре материнской смертности произошло уменьшение числа случаев смерти от прямых акушерских причин (кровотечение, нефропатия, внематочная беременность, аборты).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ структуры материнской смертности в г. Москве показал, что существенное значение в предотвращении осложнений беременности и родов в настоящее время имеют пропаганда здорового образа жизни, своевременная диагностика и лечение экстрагенитальных заболеваний. Только четкое выполнение приказов и протоколов ведения беременности, родов, послеродового периода, коллегиальность и последовательность при принятии решений, а также междисциплинарный подход в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам позволят добиться дальнейшего снижения показателя материнской смертности и улучшения репродуктивного здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ежегодный справочник Мосгорстата.
2. Ежегодный Статистический сборник Минздравсоцразвития России.

3. Послание Президента России Д. А. Медведева Федеральному Собранию РФ от 30.11.2010 г.

4. Савельева Г. М., Караганова Е. И., Курцер М. А. // *Акуш. и гинек.* — 2006. — № 3. — С. 3—7.

5. AbouZahar C., Wardlaw T. Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. WHO. — Geneva, Switzerland, 2003.

6. Hogan M. C., Foreman K. J., Naghavi M., et al. // *Lancet.* — 2010. — Vol. 375 (9726). — P. 1609.

7. Say L., Inuoe M., Mills S., Suzuki E. Maternal mortality 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. — 2007.

Контактная информация

Полунина Наталья Валентиновна — д. м. н., профессор, член-корреспондент РАМН, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, проректор РГМУ по стандартизации и качеству образования, e-mail: rsmu@rsmu.ru

УДК 616-053.32-083.98.-037

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

И. Н. Хворостов, О. Н. Дамиров, И. Е. Смирнов, А. Г. Кучеренко, В. Н. Шрамко, А. Г. Синицин, Д. А. Андреев, О. И. Вербин, О. В. Фурсик

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детской хирургии,
Научно-исследовательский институт педиатрии*

Разработана математическая модель прогнозирования исходов язвенно-некротического энтероколита у новорожденных детей, позволяющая формировать группы риска больных с разными темпами прогрессирования заболевания, дифференцированно подойти к выбору методов лечения и оценке их результатов.

Ключевые слова: некротический энтероколит, новорожденные дети, исходы лечения.

PREDICTING THE OUTCOME OF NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN NEWBORN INFANTS

I. N. Khvorostov, O. N. Damirov, I. E. Smirnov, A. G. Kucherenko, V. N. Shramko, A. G. Sinitcin, D. A. Andreev, O. I. Verbin, O. V. Fursik

The authors developed a mathematical model for predicting the outcomes of NEC, allowing a classification of patients into risk groups of patients with different rates of disease progression, a differentiated approach to the selection of treatments and evaluating their results.

Key words: necrotizing enterocolitis, newborn children, outcomes of treatment.

Язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) — тяжелое заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у новорожденных детей, возникающее вследствие незрелости физиологической регуляции кишечного кровообращения, сопровождается нарушением бактериальной колонизации кишечника, развитием перфораций ЖКТ, перитонитом, сепсисом с развитием синдрома полиорганной недостаточности. Этиология и патогенез осложнений ЯНЭК до настоящего времени являются предметом обсуждения. Доказан-

ными предикторами для ЯНЭК считаются недоношенность и раннее начало энтерального питания у недоношенных детей, ведущее к нарушениям кишечной гемодинамики [2, 5].

Считается, что различные медиаторы воспаления, включая фактор некроза опухоли, интерлейкины-1, -6, -8, -10, -18, фактор активации тромбоцитов, оксид азота, вовлечены в патогенез ЯНЭК, но их роль в патогенезе осложнений и исходов заболевания остается недостаточно изученной [3]. Среди большой группы мо-