

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ПУТИ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

В аналитическом обзоре детально и скрупулезно рассмотрены причины, структура материнской смертности в Санкт-Петербурге за последние 25 лет.

Показаны пути оптимизации помощи беременным женщинам на амбулаторном, стационарном уровнях, снижения вероятности врачебных ошибок.

Показатель материнской смертности является одним из основных в статистике родовспоможения, отражая как состояние акушерской службы, состояние здоровья женщин репродуктивного возраста, так и социально-экономическое состояние общества в целом.

С 1988 года в нашей стране учет показателя материнской смертности проводится согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения, которая гласит: "Материнская смертность определяется как обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период 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".

Показатель материнской смертности рассчитывают только на живорожденных детей, так как единственным желательным исходом любой беременности должно быть рождение живого ребенка, остальные варианты окончания беременности — показатели неблагоприятия.

В Международной классификации травм, болезней и причин смерти IX пересмотра ВОЗ (МКБ-9), показатель материнской смертности предложено рассчитывать на 1000 живорожденных. Позднее ВОЗ внесла поправку, и показатель стали рассчитывать на 100 000 живорожденных, что объясняется малым числом женщин, погибающих при беременности и во время родов в развитых странах мира.

Показатель материнской смертности в странах Западной Европы и в США в настоящее время составляет 2-10 на 100 000 живорожденных детей.

В Российской Федерации материнская смертность в 1988-1992 годах составила 50,0-49,0-47,4-52,4 на 100 000 живорожденных с колебаниями по регионам от 14,1 до 106,6 в 1992 г. В последующие годы существенной динамики в показателях не произошло.

Сравнение показателя материнской смертности в нашей стране с таковым в зарубежных странах оказалось возможным только с момента перехода в статистику, рекомендуемую ВОЗ. До этого времени в СССР и Российской Федерации в показатель материнской смертности включали только умерших после 27 недель беременности, во время родов и 42 дней послеродового периода, рассчитывая число погибших на 10 000 родов. Таким образом, из показателя терялись случаи смерти от аборта I и II триместров, от эктопической беременности, других осложнений и заболеваний, приведших к смерти до 28 недель беременности. Так как именно этот показатель был определяющим в нашей стране на протяжении многих лет, то оценить динамику материнской смертности за большой период времени можно, пользуясь только таким критерием (табл. 1). Несмотря на постоянное внедрение новых, более современных медицинских технологий в диагностический и лечебный процесс акушерских амбулаторных и госпитальных учреждений, в течение 25 лет в Санкт-Петербурге динамики материнской смертности фактически нет.

Если согласиться, что теоретически исходом каждой беременности должно быть рождение живого (здорового) ребенка, чему призвана способствовать служба планирования семьи и адекватная контрацепция, то возникает необходимость проследить динамику деторождений в регионе Санкт-Петербурга. Наиболее высокая рождаемость в городе за последние 25-30 лет отмечена в 1987 году, когда число родов составило 74 206, или рожали только 6 из 100 женщин репродуктивного возраста.

В последующие годы число деторождений стало прогрессивно снижаться, составив в 1991-1995 годах 62,7-45,3% от такового в 1987 году (табл. 2). То есть в эту пятилетку роды были только у 2-3 женщин из 100.

Повлияло ли резкое снижение рождаемости на число материнских смертей, рассчитываемое по методике, рекомендованной ВОЗ? Анализ материалов показывает, что в Санкт-Петербурге сохраняется показатель, который в 6-8 раз превышает таковой в развитых странах мира. Исключение составляет 1995 год, когда материнская смертность снизилась фактически в 2 раза (табл. 3).

Какие же причины способствуют сохранению стабильно высокого показателя материнской смертности в Санкт-Петербурге?

Для ответа на этот вопрос необходимо рассмотреть структуру материнской смертности.

В разные сроки беременности и после родов за последние 8 лет погибло 198 женщин (табл. 4).

Из них более трети ($36,9 \pm 0,6\%$) умерло в результате аборта, еще четверть (или $23,2 \pm 0,6\%$) от заболеваний, не связанных с беременностью и родами. От акушерских причин (кровотечение, преэклампсия или эклампсия, разрыв матки, гнойно-воспалительные процессы при беременности и в послеродовом периоде) умерло более трети от общего числа погибших ($30,8 \pm 0,6\%$). Достаточно высоким и растущим показателем оказалась

смерть от эктопической беременности, у $3,5 \pm 0,7\%$ женщин смерть была связана с осложнениями наркоза.

Таким образом, одной из основных причин материнской смертности остается аборт, летальность от которого в течение последних 10 лет составляет 1,1-0,8 на 10 000. Хотелось бы сделать вывод об определенной тенденции к уменьшению летальности от аборта, но, очевидно, что ее снижение только в 1995 г. не может быть достаточно доказательным (табл. 5). Тревожным фактом является рост доли первобеременных женщин, производящих аборт, которые являются основной причиной тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений, приводящих к летальным исходам (табл. 6).

Рост числа внебольничных абортов происходит на фоне тенденции к уменьшению числа искусственных абортов, выполненных в медицинских учреждениях. Из табл. 7 видно, что в течение последних пяти и особенно трех лет сократилось абсолютное число абортов в Санкт-Петербурге: по отношению к 1985 году в 1993 году сделано на 40%, а в 1995 году - на 50% абортов меньше. Это обстоятельство, несомненно, связано с развитием в последние годы службы планирования семьи и более широким внедрением современных средств контрацепции. Обращает на себя внимание и рост удельного веса амбулаторного, или мини-аборта в доле абортов в целом: по отношению к 1985 году, когда доля амбулаторного аборта составляла лишь 4,3% в общем числе абортов, в последние 5 лет она увеличилась до 27,55 (табл. 7). Следует отметить, что частота различных осложнений мини-аборта ничуть не меньше, чем таковая при аборте, выполненном в сроках 6-12 недель беременности.

Анализ абортов в Санкт-Петербурге свидетельствует еще об одном факте - снижении фертильности женщин - жительниц Санкт-Петербурга в целом. Об этом свидетельствует параллельное снижение как числа родов, так и числа абор-

тов. Применительно к абортам это положительный факт. Однако он теряется при учете соотношения аборты - роды, которое при эффективной работе службы планирования семьи в регионе должно быть намного меньше единицы, но по Санкт-Петербургу стабильно удерживается в пределах 1,9 - 2,0 - 2,6 - 1,9 - 2,5 - 2,2 - 2,0 (табл. 8).

Рост экстрагенитальных заболеваний (ЭГ) у беременных женщин подтверждается и данными амбулаторной службы. Характерно, что в последние 5 лет частота железодефицитной анемии у беременных достигла 20 и более процентов (табл. 12), сочетаясь с дефицитом массы тела, артериальной гипотонией, отмечаемой у 40-50 % женщин, встающих на учет по беременности. Значительна частота болезней мочевыделительной системы, а среди эндокринопатий на первое место выходит дисфункция щитовидной железы, представляющая особый риск для плода (возможность развития кретинизма).

О качестве службы родовспоможения во многом судят по уровню материнской смертности от акушерских кровотечений и разрыва матки. Традиционно обсуждается вопрос, что считать кровотечением в акушерстве? В большинстве зарубежных стран кровопотерю во время родов до 500-600 мл учитывают как физиологическую. В нашей стране верхней границей физиологической кровопотери принят объем 400 мл, или до 0,5% массы тела родильницы.

Акушерские кровотечения обычно сопутствуют такой патологии, как предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нарушение отделения и выделения плаценты и гипотония матки в раннем послеродовом периоде. Следует отметить, что развитие указанных осложнений зависит от акушерско-гинекологического анамнеза (повторные аборты, осложненные роды, воспалительные заболевания матки и др.) и от экстрагенитальной патологии. Так, преждевременная отслойка нормально располо-

Динамика материнской смертности в Санкт-Петербурге за 25 лет.

Таблица 1.

Годы	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995
Абсолютное число родов	294.574	313.380	346.126	335.619	189.334
Число умерших после 28 недель беременности	76	89	108	90	48
Показатель на 10 000 родов	2.6	2.8	3.4	2.7	2.5

Таблица 2.

Динамика рождаемости в Санкт-Петербурге за 15 лет**В 1987 году отмечено максимальное число родов - 74206**

Годы	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1991	1992	1993	1994	1995
Всего родов	346 126	335 619	189 334	46 547	31 925	33 639	35 600	34 423
Процент от максимального числа	100.0	96.9	54.7	62.7	52.7	45.3	48.0	46.4
Родилось живых детей	346 011	335 076	189 693	46 515	39 051	33 622	35 608	34 407
Перинатальная смертность на 1000	17.6	18.8	14.4	15.4	14.1	15.7	13.7	13.1
Ранняя неонатальная смертность на 1000	9.1	8.9	5.8	6.1	5.6	6.7	5.6	4.8

Динамика материнской смертности в Санкт-Петербурге за 1988-1995 годы

Таблица 3.

Годы	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Абсолютное число умерших женщин	36	33	21	32	23	20	22	11
Число живорожденных детей	70 245	62 325	54 822	46 515	39 051	33 622	35 608	34 407
Показатель на 100 000 живорожденных	51.2	52.9	38.3	68.8	58.9	59.5	61.8	31.9

Структура материнской смертности в Санкт-Петербурге в 1988-1995 годах

Таблица 4.

Причины	1988-1990	1991-1995	Итого	Доля от общего числа умерших
Аборт	37	36	73	36.0±0.6
Эктопическая беременность	3	8	11	5.6±0.7
Акушерские - кровотечения - преэклампсия - разрыв матки - сепсис, перитонит	15 7 1 9	8 10 4 7	23 17 5 16	30.8±0.6
Экстрагенитальные заболевания	15	31	46	23.2±0.6
Наркоз	3	4	7	3.5±0.7
Итого	90	108	198	100.0

Аборты в Санкт-Петербурге (1985-1995)

Таблица 5.

Годы	1985	1986-1990	1991-1995	1991	1992	1993	1994	1995
Умерло, абс.	16	63	36	6	10	10	8	2
Летальность на 10 000 абортов	1.1	0.8	0.8	0.5	1.0	1.2	1.0	0.3
Аборт у первобеременных, абс.	12 353	72 738	40 322	9 205	8 248	7 054	8 331	7 484
Аборт у первобеременных, %	9.1	10.5	8.9	7.6	8.3	8.4	10.6	10.7

женной плаценты обычно развивается на фоне тяжелого гестоза, в основе которого, в свою очередь, лежат те или иные эндокринные, соматические заболевания (пиелонефрит, диабет и др.). Причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть тот или иной вариант тромбоцитопатии, коагулопатии (болезнь Виллебранда, печеночная коагулопатия вследствие острого жирового гепатоза, вирусного гепатита и др.). Разработана система профилактики акушерских кровотечений, в которой уделяется внимание выявлению беременных группы риска, гемостазиологическому обследованию, коррекции фетоплацентарной недостаточности и нарушений гемостаза, назначению по показаниям утеротонических препаратов и др. Поэтому при соответствующей организации работы показатель акушерских кровотечений в родильных домах, как правило, не превышает 3%. Такой показатель частоты акушерских кровотечений отмечается на территории Санкт-Петербурга в течение многих лет (табл. 16)

Вместе с тем, в течение 1981-1995 годов наблюдается рост материнской смертности от акушерских кровотечений, несмотря на то, что именно в последние 1,5 десятилетия в родильных домах внедрены многие новые медицинские технологии, открыт городской акушерский гематологический центр, отработана система неотложной помощи при кровотечениях с участием городской гематологической бригады и др.

Анализ причин роста смертности от акушерских кровотечений позволяет выделить несколько ведущих факторов: 1) неблагоприятное

влияние на показатель роста частоты операции кесарева сечения, на которую приходится основное число массивных кровопотерь; 2) известный кризис службы трансфузиологии с постоянным пересмотром подходов к объемам замещения кровопотери, рекомендациям тех или иных трансфузионных, инфузионных сред, недостаточная обеспеченность необходимыми препаратами; 3) рост частоты экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, приводящих к тяжелым акушерским кровотечениям; 4) значительное ухудшение амбулаторной помощи беременным женщинам, связанное с потерей необходимой квалификации врачами женских консультаций, которые оказались оторванными от стационарной акушерской службы при проведении "эксперимента" 1987-1989 годов на территории Ленинграда. Следствием этого явилась утрата врачами настороженности в отношении тяжелых акушерских осложнений с отказами в направлении (запоздалом направлении) беременных женщин с различными осложнениями в акушерские стационары. В результате родильные дома часто функционируют как отделения скорой помощи, получая больных прямо на операционный стол. Это становится серьезной проблемой, о чем свидетельствует хотя бы анализ историй родов, осложненных массивной кровопотерей с благоприятным исходом, взятых методом случайной выборки в различных родильных домах города в 1995 году: из 9 беременных с массивным кровотечением при кесаревом сечении у 6 операция была выполнена по тяжести состояния экстренно после поступления в стационар. Из 6 беременных с

предлежанием плаценты четыре поступили в стационар с кровотечением, из 11 случаев преждевременной отслойки плаценты, которой обычно предшествует гестоз, соматическая патология, 9 доставлены с кровотечением и развернутой клинической картиной осложнения. Еще у двух отслойка плаценты развивалась через несколько часов после поступления, что также свидетельствует о запоздалой госпитализации.

К числу очень тяжелых акушерских осложнений относится разрыв матки - патология, характеризующаяся самой короткой продолжительностью жизни от момента катастрофы в связи с одновременным воздействием на организм массивной кровопотери и тяжелой травмы. Показатель частоты разрыва матки и материнской смертности от этой патологии по Санкт-Петербургу на протяжении ряда лет остается достаточно низким, занимая одно из последних мест в структуре причин смертности. Тем не менее, как и в случаях акушерских кровотечений, в случаях разрыва матки прослеживается тенденция к увеличению частоты летальных исходов в последние годы (табл. 17). Причины этого в целом те же, что и в случаях акушерских кровотечений.

Завершая анализ материнской смертности, следует отметить наметившийся рост частоты эктопической беременности и рост частоты, связанных с ней летальных исходов (соответственно три случая в 1988-1990 годах и 8 случаев в 1991-1995 годах).

Рост частоты эктопической беременности в определенной степени

Внебольничный и поздний аборт в Санкт-Петербурге

Таблица 6.

Годы	1991	1992	1993	1994	1995
Аборт II триместра, абс.	1722	2050	2024	1515	1531
Аборт II триместра, %	1.4	2.1	2.4	1.9	2.3
Внебольничный аборт, абс.	10 845	11 490	9 763	10 286	9 142
Внебольничный аборт, %	9.0	11.6	11.4	12.9	13.0

Аборт в Санкт-Петербурге (1985 - 1995)

Таблица 7.

Годы	1985	1986-1990	1991-1995	1991	1992	1993	1994	1995
Абсолютное число абортов	142 281	760 837	452 793	120 921	98 783	84 248	78 728	70 113
Из них искусственных абортов, абс.	77 899	538 594	271 716	76 692	62 622	48 539	44 132	39 731
Искусственных абортов, %	57.2	70.8	60.0	63.4	63.4	57.6	56.0	56.7
Из них "мини"-абортов, абс.	6 127	72 691	124 740	31 547	23 861	25 229	23 596	20 517
"Мини"- абортов, %	4.3	9.5	27.5	26.1	24.1	29.4	29.7	29.3

Аборты и роды в Санкт-Петербурге на 1000 женщин фертильного возраста

Таблица 8.

Годы	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Абортов	107.7	106.2	105.8	100.7	102.9	94.3	68.8	64.0	60.8	53.4
Родов	55.2	55.0	52.6	49.8	51.3	35.9	35.3	25.2	27.3	26.2
Соотношение аборты/роды	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.6	1.9	2.5	2.2	2.0

Акушерский анамнез у женщин, погибших в 1992-1995 годах

Таблица 9.

В анамнезе аборты						В анамнезе роды					
Годы	1992	1993	1994	1995	Итого	Годы	1992	1993	1994	1995	Итого
Нет	10	5	5	2	22	Нет	15	10	13	6	44
До 3-х	7	8	16	7	38	Одни	2	-	3	4	9
4-5	2	4	-	2	8	Двое	4	4	5	-	13
6 и более	4	3	1	-	8	Трое	2	5	1	-	8
Итого	23	20	22	11	76	Четверо и более	-	1	-	1	2
						Итого	23	20	22	11	76

Материнская смертность от заболеваний, не связанных с беременностью и родами

Таблица 10.

Годы	1981-1985	1986-1990	1991-1995
Умерло от соматических заболеваний	39	17	31
Смертность на 100 000 родов	11.3	5.1	16.4
Соматические заболевания у беременных, абс.	35 556	44 384	48 770
Соматические заболевания на 100 000 родов	10 275.0	13 224.0	25 759.0
Летальность от соматических заболеваний у беременных на 10 000	10.9	3.8	6.3

ни может быть связан с достаточно широким использованием в Санкт-Петербурге метода внутриматочной контрацепции: внутриматочный контрацептив, как известно, защищает от маточной беременности, но не препятствует ее развитию в маточных трубах и других отделах внутренних гениталий.

Таким образом, состояние материнской смертности в Санкт-Петербурге нельзя признать удовлетворительным. Остается высоким ее показатель на 100 000 живорожденных детей, в структуре смертности удерживается значение аборта, растет значение экстрагенитальных заболеваний и связанных с ними осложнений.

Анализ материнской смертности свидетельствует о многих недочетах в организации помощи беременным женщинам:

1) на уровне амбулаторного звена недостаточно или с опозданием выявляются соматические заболевания, эндокринопатии, развивающиеся на их фоне акушерские осложнения. Это способствует запоздалой госпитализации - при прогрессирующей тяжести заболевания, тяжелой полиорганной недостаточности, массивном кровотечении и др.;

2) рост частоты экстрагенитальных заболеваний у женщин репродуктивного возраста сочетается с недооценкой их тяжести и значения для организма, находящегося в состоянии беременности, как врачами-терапевтами женских консультаций, поликлиник, так и терапевтами акушерских стационаров. Крайне недостаточно и некачественно лабораторное обеспечение диагностического процесса на всех этапах;

3) в акушерских стационарах наблюдается недооценка тяжести развивающихся осложнений, что приводит к запоздалому родоразрешению, запоздалому выполнению тех или иных оперативных вмешательств, недооценке объема кровопотери, запоздалому ее замещению;

4) указанные врачебные ошибки

ответственны не более, чем за треть всех материнских смертей, основная часть которых является совокупным результатом неблагоприятных социальных, экономических факторов, сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, отсутствия действенной профилактики аборта, эффективной защиты от нежелательной беременности и других причин.

Выше отмечено, что фактически 2% абортотворцев производятся в медицинских учреждениях, выполняются во II триместре беременности (табл. 6). Риск аборта II триместра достаточно высок. Так, у пяти из 36 женщин (13,9%), погибших от аборта в 1991-1995 годах, прерывание беременности по социальным показаниям было выполнено во II триместре в различных гинекологических стационарах города.

Неблагоприятный социальный фон имелся у большинства погибших женщин. Об этом свидетельствует высокий процент не состоявших в браке и не желавших беременности, большое число погибших, находящихся в раннем или, напротив, в позднем репродуктивном возрасте, и другие факты. Несмотря на то, что наибольшее число родов, как правило, приходится на 20-34 года, в этом возрасте погибло только 69 из 108 женщин в 1991-1995 годах. В то же время каждая 10-я умершая женщина была моложе 20 лет (11 из 108) и фактически каждая третья - в возрасте 35 лет и старше (28 беременных, или 29,9%), в том числе 11 из них были в возрасте 40 лет и старше.

Из 108 женщин 53, то есть половина, не работали и не учились. Учащихся было 8, инвалидов I-II группы - трое, служащих и рабочих - по 22 беременных. Обращает на себя внимание частая встречаемость таких сопутствующих факторов, как алкоголизм, наркомания. Например, в 1994 г. из 22 погибших четыре женщины страдали хроническим алкоголизмом или наркоманией (опиатной), в 1995 г. из 11 погибших по крайней мере у двух отмечен алкоголизм.

Нежелательность, случайность

беременности четко прослеживается по обращаемости женщин в женскую консультацию: из 76 женщин, погибших в 1992-1995 годах, лишь 16 вставали на учет по беременности в сроке до 12 недель. Еще 27 (35,5%) обратились в женскую консультацию в более поздние сроки, в том числе для получения направления на аборт II триместра по социальным показаниям. В то же время почти каждая вторая женщина (33 из 76) вообще не обращалась в женскую консультацию в связи с беременностью. Эти беременные поступали непосредственно в родильные дома, гинекологические и другие отделения больницы в связи с осложненными родами, начавшимися вне стационара, абортотворением и другой патологией. Часть из них находилась в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, что было связано с сепсисом, инфекционно-токсическим шоком, кровотечением, декомпенсацией соматического заболевания и др. В 1994 году 2 из 22 женщин умерли дома, еще 3 поступили в больницы в агональном состоянии; в 1995 году 2 из 11 погибших также были доставлены в стационар уже в терминальном периоде.

Фактором риска материнской смертности является отягощенный акушерский анамнез. Этот факт еще раз подтверждает настоящий анализ: только 22 из 76, или менее трети женщин, погибших в 1992-1995 годах, были первобеременными (табл. 9). У остальных отмечены аборты в анамнезе, в том числе 4 и более - у каждой пятой погибшей.

Хотя среди женщин репродуктивного возраста, живущих в Санкт-Петербурге, число много рожавших едва ли достигает 1-2%, 10 из 76 погибших, или каждая 7-8-я женщина, относились к этой группе и имели в прошлом трое и более родов. Социальный статус много рожавших женщин был особенно неблагоприятным. Фактически все они не были в браке, не были заинтересованы в беременности, имели детей от разных отцов, часть из них страдала алкоголизмом и т.п.

Заслуживает внимания тот

Заболевания, не связанные с беременностью и родами, процент к числу родов

Таблица 11.

Годы	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1991	1992	1993	1994	1995
Анемия	2.6	4.1	8.6	6.1	8.1	8.1	10.4	10.1
Болезни сердечно-сосудистой системы	4.5	4.9	8.0	7.3	6.9	7.5	8.4	9.8
Болезни мочевыделительной системы	3.0	4.3	8.7	6.5	8.6	9.3	9.6	9.7
Всего заболеваний	10.2	13.4	22.5	22.9	22.6	25.9	28.4	32.8

Таблица 12.

Экстрагенитальные заболевания у беременных женщин, состоявших на учете в женских консультациях города, %

Годы	1991	1992	1993	1994	1995
Всего ЭГ заболеваний, % к состоявшим на учете	64.0	47.6	58.7	72.0	79.8
Из них: - анемия	21.6	16.9	22.0	27.0	29.4
- сердечно-сосудистые заболевания	18.0	10.6	11.8	12.3	14.0
- болезни мочевыделительной системы	24.2	15.6	19.7	26.9	29.5
- сахарный диабет	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
- дисфункция щитовидной железы	2.0	2.3	2.5	2.5	3.3

Материнская смертность от гестоза за 15 лет (Санкт-Петербург)

Таблица 13.

Годы	1981-1985	1986-1990	1991-1995
Число умерших от гестоза	15	15	10
Показатель умерших на 100 000 родов	4.3	4.5	5.3
Частота гестоза, % к числу родов	9.4	13.2	24.0
Число случаев преэклампсии, эклампсии	666	1404	4141
В том числе - эклампсия	88	84	70
Показатель преэклампсии, эклампсии на 100 000 родов	195.0	435.0	2187.0
Показатель эклампсии на 100 000 родов	25.0	24.0	36.9

Материнская смертность от гнойно-септических заболеваний за 25 лет (Санкт-Петербург)

Таблица 14.

Годы	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995
Умерли от сепсиса	22	20	21	15	7
Показатель на 100 000 родов	7	6	6	4	4
Операция кесарева сечения, % к числу родов	1.8	2.4	3.8	6.5	11.3

факт, что социальная характеристика погибших женщин мало отличается от таковой у других женщин, не встающих на учет по беременности в женской консультации. Для сравнения нами взята группа женщин, рожавших в 1980 году, т.е. 15 лет назад, и также не наблюдавшихся в связи с беременностью в женских консультациях города. Из 180 таких женщин каждая пятая была в возрасте 15-19 лет (36 беременных), каждая десятая (18 беременных) - в возрасте 35-45 лет. Иными словами, отмечено совпадение возрастных характеристик. Трое и более родов в анамнезе имелись у 21 из 180, фактически также часто, как в группе погибших, в группе сравнения более трети женщин (65 из 180) не работали, 11% (20 беременных) были учащимися, студентками. Соответственно очень высокими оказались в этой группе частота преждевременных родов (29.5%), перинатальная смертность (95 на 1000).

Таким образом, отказ от посещения женской консультации в связи с беременностью очень четко демонстрирует неблагоприятное социальное положение женщины и значительно повышает риск материнской смерти.

Заслуживает внимания анализ экстрагенитальной патологии у погибших женщин. В целом на 108 умерших пришлось 110 различных заболеваний, среди которых наиболее частыми были болезни мочевыделительной системы (у 30), сердечно-сосудистые заболевания - от тяжелых врожденных пороков сердца и сосудов (синдром Морфана, сложный врожденный порок сердца с недостаточностью кровообращения III степени, аневризма артерий мозга и др.) до гипертонической, варикозной болезни (у 32); у 14 женщин отмечено состояние иммунодефицита, выражавшееся в повторных гнойно-воспалительных заболеваниях (фурункулез, хронические воспалительные процессы носоглотки, легких). У 6 женщин, страдавших хроническим бронхитом с астматическим компонентом, наблюдалось раннее (с 13-15 лет) и тяже-

лое пристрастие к курению. Достаточно высокой была частота заболеваний системы пищеварения, включая острый и хронический гепатит (у 8), психических заболеваний (у 4 погибших), диабета, токсического зоба и других эндокринопатий (у 6), тяжелых травм в анамнезе (у трех), хронического тонзиллита и тонзилэктомий (у 4) и др.

К этому можно добавить высокую венерическую и гинекологическую заболеваемость, в том числе острыми и хроническими воспалительными процессами гениталий (сальпингофорит, трихомонадный, микоплазменный и др. вагинит, гонорея, сифилис и др.)

Выше отмечено, что фактически четверть материнских смертей, произошедших в 1988-1995 годах в Санкт-Петербурге, была непосредственным следствием тяжелой соматической патологии (табл. 4). Рост материнской смертности от заболеваний, не связанных с беременностью и родами, особенно заметен в течение последних пяти лет (табл. 10). Он происходит на фоне общего увеличения экстрагенитальной заболеваемости у женщин репродуктивного возраста. По данным отчетов акушерских стационаров города, за последние пять лет наблюдается значительный рост частоты железодефицитной анемии у беременных женщин, что связано как с алиментарными причинами, так и сопутствующими инфекционно-воспалительными процессами, в частности - болезнями мочевыделительной системы (табл. 11).

Следствием высокой экстрагенитальной заболеваемости является рост частоты преэклампсии и стабильно высокий показатель материнской смертности от этого осложнения.

Преэклампсия, или гестоз, является следствием нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в ответ на развивающуюся беременность.

Срыв адаптации происходит в случаях, когда беременность протекает на неблагоприятном фоне в ви-

де психоэмоциональных, алиментарных факторов и, особенно, экстрагенитальных заболеваний. Поэтому не случайна высокая корреляция между частотой ЭГ патологий у беременных женщин и частотой гестоза (табл. 13).

Таким образом, хотя смерть от эклампсии и преэклампсии расценивается как следствие акушерских осложнений, ее показатель очень зависим от общего состояния здоровья беременных или, точнее, от состояния здоровья женщин репродуктивного возраста.

Отражением состояния здоровья женщин в значительной степени являются и гнойно-воспалительные осложнения беременности и родов. Беременность можно определить как состояние временного иммунодефицита материнского организма, что обеспечивает развитие и созревание плода, наполовину чужеродного для беременной по антигенному составу. Гормональная перестройка, биосинтез трофобластом специфических белков беременности и другие моменты, способствуя подавлению иммунной защиты у беременной женщины, повышают риск заболеваний, вызываемых условнопатогенной флорой, утяжеляя течение вирусных и бактериальных инфекционных процессов. Поэтому лечение таких заболеваний во время беременности представляет собой очень сложную задачу и часто неэффективно. Так, из 7 женщин, умерших в результате сепсиса в 1991-1995 годах, у пяти он развился во время беременности (гнойный эйтмоидит, гайморит, генерализованная микоплазменная инфекция и др.).

На основании результатов 20-летней работы городского центра послеродовых септических заболеваний и анализа материнской смертности по Санкт-Петербургу за этот период можно сделать вывод о необходимости прерывания беременности при ее осложнении тяжелой септической инфекцией любой локализации. В противном случае свойственное беременности снижение иммунной защиты способствует быстрой генерализации заболе-

Заболеваемость родильниц сепсисом, перитонитом, маститом, по данным специализированных отделений Таблица 15.

Годы	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1991	1992	1993	1994	1995
Сепсис, перитонит, абс.	247	127	73	16	21	14	10	12
Показатель на 100 000 родов	71.4	37.8	38.4	34.4	53.7	41.6	28.1	34.4
Мастит, абс.	4 541	1 848	1 097	300	262	233	152	150
Показатель на 100 000 родов	1 311.9	550.6	577.8	644.5	669.5	692.6	426.9	429.6

Материнская смертность от акушерских кровотечений за 25 лет (Санкт-Петербург)

Таблица 16.

Годы	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995
Число умерших	9	9	16	24	8
Показатель на 100 000 родов	3.1	2.8	4.6	7.1	4.2
Показатель кровотечений на 100 000 родов	2818.0	2747.0	2876.0	2977.0	2876.0

Материнская смертность от разрыва матки за 15 лет (Санкт-Петербург)

Таблица 17.

Годы	1981-1985	1986-1990	1991-1995	Итого
Абсолютное число умерших	5	6	4	15
Показатель на 100 000 родов	1.4	1.8	2.6	1.8
Абсолютное число случаев разрыва матки	79	77	28	184
Показатель на 100 000 родов	23.0	23.0	15.0	21.0

вания, развитию септикопиемии.

В целом материнская смертность от гнойно-воспалительных заболеваний имеет тенденцию к снижению: в последние 10 лет она составила 4 на 100 000 родов по сравнению с 6-7 случаями на 100 000 в предыдущие 15 лет (табл. 14).

Снижение материнской смертности от сепсиса, перитонита тем более очевидно, что оно происходит на фоне значительного роста частоты операции кесарева сечения: в 1991-1995 годах оперативным путем проведено 11.3% всех родов, т.е. фактически в два раза больше, чем в предыдущую пятилетку и в 3-5 раз больше, чем в 1971-1985 годы (табл. 14). В то же время, именно операция кесарева сечения является основной причиной тяжелой ра-

невой инфекции послеродового периода - перитонита, эндометрита, сепсиса.

Можно полагать, что снижение летальности от сепсиса, перитонита объясняется соответствующей организацией службы родовспоможения, при которой обеспечен своевременный вывод заболевших в городской специализированный центр, располагающийся на базе гинекологического отделения Мариинской больницы.

Имеет значение и общее снижение частоты тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений в родильных домах, что связано с уменьшением числа родов в городе и, следовательно, лучшими условиями для выполнения санитарно-противоэпидемического режима в

родильных домах с созданием палат совместного пребывания матери и ребенка.

Как видно из табл. 15, в течение 1991-1995 годов в специализированное отделение Мариинской больницы поступило только 73 больных сепсисом, перитонитом, что фактически в два раза меньше, чем в 1981-1985 года (соответственно 38.4 и 71.4 на 100 000 родов).

Отказ от кормления детей по часам, переход к совместному пребыванию матери и ребенка в родильных домах привел к резкому (более, чем в два раза) снижению частоты лактационных маститов, что видно по регистрации заболеваемости в специализированном отделении больницы №3 (табл. 15).