



# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Репина М. А., Сафронова М. М.,  
Корнилова Я. А.

## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ В МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Кафедра репродуктивного здоровья  
женщин Санкт-Петербургской  
медицинской академии  
последипломного образования МЗ РФ

■ В статье представлены медико-социальные факторы материнской смертности в Санкт-Петербурге — городе, относящемся к средней группе регионов по показателю на 100 000 живорожденных детей. Анализ материалов свидетельствует о высокой экстрагенитальной заболеваемости, инфекционной отягощенности, в частности, высокой частоте носительства ИППП, а также неблагоприятных социальных факторах: беременность вне брака, принадлежность к социально неблагоприятным слоям населения, наркомания, алкоголизм, отказ от медицинского наблюдения и помощи.

■ Ключевые слова: материнская смертность, экстрагенитальная заболеваемость, социальные факторы

В Санкт-Петербурге в последние 5–6 лет материнская смертность имеет тенденцию к снижению по сравнению с концом 80-х, началом 90-х годов XX в. Так, в 1988–1990 гг. (начало учета материнской смертности согласно рекомендациям ВОЗ) и в 1991–1995 гг. показатель материнской смертности соответственно составлял 48,0 и 57,1, а в 1996–2000 гг. и 2001 г. — 34,9 и 35,8 на 100 000 живорожденных детей (табл. 1). В последние два года отмечена тенденция к увеличению числа родов в городе.

По уровню смертности Санкт-Петербург относится ко 2-й группе регионов Российской Федерации (показатель 29–99 на 100 000 родившихся живыми). Тем не менее он отличается по структуре материнской смертности, характерной для этой группы регионов. По данным О. Г. Фроловой и соавт. (2002), по частоте причины летальных исходов в этих регионах выглядят следующим образом: аборт; кровотечения при беременности, во время родов и в послеродовом периоде; эктопическая беременность; гестоз; сепсис; осложнения анестезии; другие причины.

В отличие от перечисленной последовательности факторов в структуре материнской смертности Санкт-Петербурга ведущее место принадлежит заболеваниям, не связанным с беременностью и родами или экстрагенитальной патологией, которая была непосредственной причиной смерти в 23,2–38,5% от общего числа умерших в разные годы женщин. Следует отметить, что заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринных органов и др. составили 2,3 на каждую женщину, умершую в 1994–2001 гг.

Высокая соматическая заболеваемость отмечается и по данным женских консультаций города, которые проводят диспансерное наблюдение за беременными: 71,2% к общему числу состоявших на учете в 1991–1995 гг., 93,5 и 86,3 — соответственно в 1996–2000 гг. и 2001 г. (табл. 2).

С 1988 года произошло значительное снижение материнской смертности от аборта. Она составляла 36,9% в структуре погибших в 1988–1995 гг., 14,0% — в 1996–2000 гг. и 7,7% — в 2001 г. Это снижение отразило общие тенденции аборта в городе: если в 1981–1990 гг. число абортов составляло 113,6 на 1000 женщин репродуктивного возраста, то в 1996–2000 гг. — 43,7 на 1000, а в 2001 г. — только 34,2 на 1000. Неблагоприятным моментом в динамике аборта остается возраст женщин: в 1991–1995 гг. 10,5% из них были моложе 14 и до 19 лет, в 1996–2000 гг. — 11,6% и в 2001 г. — 12,2%.

Материнская смертность непосредственно от акушерских причин остается достаточно низкой, но ее динамика разная: смертность от кровотечений и разрыва матки при беременности и во время родов снижается (6,3% в 1991–1995 гг. и 2,5–2,7%

Таблица 1

Динамика материнской смертности, Санкт-Петербург

Показатели	1988–1990	1991–1995	1996–2000	2001	2002
Общее число родов	187711	189334	163340	36171	39141*
Число живорожденных детей	187392	189203	163139	36292	—
Число умерших женщин	90	108	57	13	16
Умерло на 100 000 живорожденных детей	48,0	57,1	34,9	35,8	40,6

\* — общее число родов в родильных домах и акушерских клиниках Санкт-Петербурга.

в 1996–2000 гг. и 2001 гг.). В то же время наблюдается рост материнской смертности от сепсиса (1991–1995 гг., 1996–2000 гг. и 2001 г. — 3,7, 6,1 и 2,7%) и гестоза, как осложнения, отражающего нездоровье организма, вступающего в состояние беременности (соответственно 5,3 и 6,1% в 1991–1995 гг. и 1996–2000 гг.). Наблюдается увеличение числа смертей, связанных с непосредственным оказанием анестезиологической помощи: 3,5% в 1991–1995 гг. и 7,7% — в 2001 г. (табл. 3).

Отдельного внимания заслуживает рост материнской смертности от гнойно-септических осложнений и других видов инфекции. Так, из 16 женщин, погибших в 2002 г., семь умерли от сепсиса, инфекционно-токсического шока, причиной которого явилась смешанная инфекция в виде аэробно-анаэробной флоры (*Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Bacteroides fragilis* и др.) и флоры, характерной для инфекций, передающихся половым путем (ИППП): микоплазмы, уреаплазмы, хламидии, герпес-вирусная инфекция. При патолого-анатомическом исследовании плацент погибших плодов диагностированы мико-/уреаплазменный, хламидийный в сочетании с ДНК-вирусным поражением плацентит, дещидуит, амнионит, массивное инфекционное поражение органов плода.

К этому следует добавить, что ИППП имелись у 12 из 16 погибших женщин, включали также сифилис, гепатит С (в трех случаях из четырех, страдавших героиновой наркоманией), ВИЧ (у четырех погибших). Инфекции как непосредственные причины смерти отмечены еще в трех случаях: гепатит В, фульминантная форма; острая дизентерия; кавернозный с массивным распадом туберкулез обоих легких.

Необходимо отметить особенности течения сепсиса у погибших: смешанная бактериально-вирусная флора способствовала вначале стертому течению процесса, напоминающему ОРВИ. При этом, как правило, просматривались симптомы, характерные для стадии синдрома системной воспалительной реакции. Это жалобы на общую слабость, недомогание, поз-

набавление; это — лейкоцитоз (иногда лейкопения) с характерными для инфекционного процесса изменениями лейкоцитарной формулы; анемия, не поддающаяся коррекции железосодержащими препаратами; лабильность частоты сердечных сокращений и артериального давления и др. Процесс быстро прогрессировал, часто приобретал молниеносное течение, когда инфекционно-токсический шок развивался почти одновременно с развертыванием классической клинической картины сепсиса, ему всегда сопутствовал синдром ДВС с нарушением гемостаза, обильным, плохо купируемым кровотечением.

**Выводы.** В Санкт-Петербурге сохранена система бесплатного наблюдения по беременности и обеспечению родов; функционирует система повышения квалификации врачей; функционирует система планирования семьи; внедрены обязательные скрининги на инфекции, передающиеся половым путем, УЗД и др.; функционируют городские центры для беременных с разным профилем помощи.

Это позволяет оказывать достаточно квалифицированную и разностороннюю лечебную помощь женскому населению, обеспечивает

Таблица 2

Экстрагенитальные заболевания у беременных женщин по данным женских консультаций Санкт-Петербурга

Показатели	1991–1995	1996–2000	2001
Экстрагенитальные заболевания, в том числе:	71,2	93,5	86,3
болезни системы кровообращения	15,4	17,5	18,5
болезни мочевыделительной системы	—	24,6	30,5
анемия	25,1	34,3	35,4
венозные осложнения	3,0	4,6	5,6
дисфункция щитовидной железы	3,0	6,3	7,7
диабет	0,3	0,3	0,3

Таблица 3

Структура материнской смертности, Санкт-Петербург

Показатели	1991–1995		1996–1995		2001		2002	
	n	На 100000	n	На 100000	n	На 100000	n	На 100000
Аборт	36	19,0	8	4,9	1	2,7	2*	5,1
Эктопическая беременность	8	4,2	4	2,4	3	8,3	1	2,5
Экстрагенитальная патология	31	16,4	16	9,8	5	13,8	7**	17,9
Гестоз	10	5,3	10	6,1	—	—	1	2,5
Кровотечения + разрыв матки	12	6,3	4	2,5	1	2,7	—	—
Сепсис, перитонит	7	3,7	10	6,1	1	2,7	4	10,2
Анестезиологическое пособие	4	2,1	2	1,2	1	2,7	1	2,5
ТЭЛА			3	1,8	1	2,7	—	

\* — непосредственная причина смерти — септический шок.  
 \*\* — непосредственные причины смерти:  
 • ВИЧ, тотальная сливная двусторонняя пневмония;  
 • ВИЧ, сифилис, острая дизентерия;  
 • туберкулез легких;  
 • гепатит В.  
 \*\*\* — расчет на 100000 родов в 2002 г.

стабильно низкие показатели перинатальной смертности (1,5:1000 новорожденных детей с весом 1000 г и более).

В то же время имеются серьезные пробелы и проблемы медицинской службы: отсутствует система оценки здоровья женщин до беременности (поликлиники), в результате чего серьезные соматические заболевания впервые выявляют только при наступившей беременности; нет полноценного обследования на догоспитальном этапе, что затрудняет своевременный диагноз; часто запоздало проводят госпитализацию или отказываются от госпитализации пациентки; служба скорой помощи не располагает квалифицированными кадрами, из-за чего допускаются ошибки в диагнозе заболевания, появляются осложнения в результате госпитализации в непрофильные стационары, в процессе доставки в стационар отсутствуют (неверно проводят) необходимые неотложные лечебные мероприятия.

Помимо указанного выше значения экстрагенитальных заболеваний у каждой четвертой–пятой погибшей женщины отмечены ожирение или значительный дефицит массы тела (вплоть до кахексии). Большой проблемой остается общая и гигиеническая культура населения, что отмечено выше: инфекции, передающиеся половым путем (включая герпес-вирусные заболевания, трихомониаз, сифилис, ВИЧ и др.) выявляются более чем у половины беременных женщин.

Поэтому наряду с гнойно-септической инфекцией, основной причиной материнской смертности в Санкт-Петербурге остается соматическая патология, которая составляет в последние 10–12 лет 16,4–13,8 на 100000 детей, родившихся живыми (см. табл. 3) и влияет на показатель смертности от гестоза (см. табл. 2).

Существенны, если не преобладают над медицинскими, социальные проблемы. Детальный анализ материнских смертей за 1994–2001 гг. (97 случаев) показал, что группами риска являются женщины в возрасте до 19 лет (8,5% в общем числе умерших) и 35 лет и старше (более 30% в общем числе умерших), хотя основное число родов приходится на возраст 20–34 года. Заслуживает внимания социальный статус погибших: не работали 43 (44,3%), условно рабочими (дворники, продавцы) были 25 (26,0%), служащими 17 (17,5%), инвалидами 6 (6,2%), учащимися 4 (4,0%), не известно — 2. Без определенного места жительства были трое (3,1%).

Аналогичен неблагоприятный срез и в семейном положении погибших: только 30% из них считали себя замужем, у половины многожавших все дети были от разных половых партнеров. Соответственно с высокой частотой наблюдались алкоголизм (фактически у каждой пятой), наркомания (у каждой 15–16 погибшей). Каждая вторая женщина курила, иногда с ранним (15 лет и ранее) формированием привычки. Это отразилось на высокой частоте бронхо-легочных заболеваний, атрофического

гастрита в группе погибших и случае смерти от рака желудка.

Не обращались в женскую консультацию в связи с беременностью 42 из 97 женщин (43,3%). Обратились за направлением на аборт 16. Из остальных 39 пациенток встали на учет по беременности до 12 недель только 24. Редкие, нерегулярные посещения отмечены у 13 из 39 наблюдавшихся в женских консультациях.

Дополнительным фактом, подтверждавшим социальное неблагополучие значительной части погибших женщин, был исход беременности: вообще не обратились за помощью (смерть наступила вне стационара, чаще дома) 9,3% женщин. В 54,6% случаев роды, катастрофа (разрыв матки, кровотечение и др.) произошли дома, в стационар беременные, роженицы доставлены в необратимом состоянии. К этому следует добавить, что ежегодно в Санкт-Петербурге регистрируется 150–200 родов в домашних условиях. Если учесть умерших в этих условиях, то показатель материнской смертности составляет 705,5 на 100 000 живорожденных детей (!) без учета доставленных в стационары в терминальном состоянии.

Таким образом, материнская смертность в Санкт-Петербурге представляет собой интегральный показатель социальных, экономических, культурных и медицинских проблем.

Из 97 погибших смерть была непредотвратима у 62 (63,9 %); условно предотвратима у 25 (25,8 %); предотвратима у 10 (10,3 %).

Очевидно, что устранение только медицинского «вклада» в материнскую смертность (чем необходимо заниматься и в дальнейшем) не сможет существенно повлиять на показатель в целом, который отражает общие тенденции в обществе, именуемом населением Санкт-Петербурга.

#### SOCIAL-HYGIENIC FACTORS IN MATERNAL MORTALITY

Repina M. A., Safronova M. M.,  
Kornilova Ia. Ia.

■ **The summary:** In this article, medico-social factors of maternal mortality in St. Petersburg are presented. St. Petersburg is a city pertaining to the middle group of regions according to index on 100 000 living born infants. This material analysis affirms the high extra genital morbidity, infectious severity, specifically, high frequency of IPPP germ-carrying and unfortunate social factors: pregnancy without marriage, belonging to socially unhappy population layers, narcomania, alcoholism, refusal of medical observation and help.

■ **Key words:** maternal mortality, extra genital morbidity, social factors