

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ В РЕАЛЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Фархан Тарек

Российский университет дружбы народов
Farhan_tarek@mail.ru

MATERNAL MORTALITY AT THE TURN OF THE CENTURY REAL LIFE AND PROSPECTS

T. Farhan

Summary. One of the most significant demographic and social development problems of modern society is the maternal mortality rate [1]. Every day, women die from preventable causes related to pregnancy and childbirth. 99% of all maternal deaths occur in developing countries. Higher infant mortality rates are observed among women living in rural areas and among poorer communities [2]. Adolescent girls are at higher risk of complications and death because of pregnancy than women older [4] are.

This article is devoted to the global problems of the modern society of maternal mortality; it presents the main problems, facts, strategies and targets to end all preventable maternal deaths.

Keywords: maternal deaths, late maternal deaths, maternal mortality, maternal mortality, pregnancy complications.

Аннотация. Одной из самых значимых медико-демографических проблем социального развития современного общества является материнская смертность [1]. Ежедневно женщины умирают от предотвратимых причин, связанных с беременностью и родами. 99% всех случаев материнской смерти происходит в развивающихся странах. Более высокие показатели материнской смертности наблюдаются среди женщин, проживающих в сельских районах и среди бедных сообществ [2]. Девушки подросткового возраста подвергаются более высокому риску развития осложнений и смерти в результате беременности, чем женщины более старшего возраста [4].

Данная статья посвящена глобальной проблеме современного общества — материнской смертности. В ней представлены основные проблемы, факты, стратегии и цели, направленные на прекращение всех предотвратимых случаев материнской смертности.

Ключевые слова: материнская смертность, поздняя материнская смертность, снижение материнской смертности, причины материнской смертности, осложнения беременности.

Материнская смертность является одним из показателей результатов внедрения научных исследований. Уровень репродуктивного здоровья зависит от социально-экономического развития страны, экологических факторов, благосостояния населения, развития системы здравоохранения, доступности медицинской помощи и т.д. [9]. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) было приведено актуальное определение **Материнской смертности**: это гибель женщины, наступившая в период беременности, родов или в течение первых 42 дней послеродового периода (независимо от продолжительности и локализации гестации), но не от несчастного случая или непредвиденной причины [5]. Но, определить конкретные причины летальных исходов матерей возможно не во всех случаях, особенно если роды происходят на дому или отсутствуют записи актов гражданского состояния с правильным указанием причин гибели матерей. В 1990 году 43-я Ассамблея ВОЗ ввела термин отсроченных материнских потерь — «поздняя материнская смерть», для улучшения качества проверки материнских потерь между 6 неделями и 1 годом после родов. **Поздняя материнская смерть**: смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая по истечении 42 дней после родов, но не позднее 1 года после родов.

Существует два показателя от которых зависит количество летальных исходов: риск гибели во время одной беременности и общего числа беременностей или родов у женщин детородного возраста. Также можно рассчитать вероятность смертельного исхода от акушерских причин на протяжении репродуктивного периода женщины.

Женщины умирают в результате развития осложнений вовремя и после беременности и родов. Большинство из этих осложнений развивается во время беременности и их можно предотвратить. Другие осложнения могут существовать до беременности, но усугубляться во время беременности, особенно если они не находятся под наблюдением. Большинство случаев материнской смерти можно предотвратить, так как медицинские методы предотвращения осложнений или их ведения хорошо известны [5]. Всем женщинам необходим доступ к дородовому наблюдению во время беременности, квалифицированной помощи во время родов и помощи и поддержке на протяжении нескольких недель после родов.

Согласно оценке Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) уровень материнской смертности достоверно регистрируют только в 75 из 166 государств пода-

ющих статистические данные [9]. До настоящего времени не разработано единой методики анализа материнской смертности. Методы оценки уровня материнской смертности значительно расходятся не только по регионам, но даже по медицинским клиникам в одной стране. Отсутствие системы сбора данных материнской смертности сдерживает старания достичь объективного анализа и решения этой проблемы.

Материнская смертность в развивающихся странах

Более половины случаев материнской смертности в развивающихся странах связано с нестабильными условиями, гуманитарными проблемами, с невозможностью получения хотя бы минимальной специализированной помощи, основная часть медицинского персонала находится в городах, а сельское население не имеет доступа к минимальной акушерской помощи. Так же основным фактором материнской смертности необходимо считать бедность, низкий доход на душу населения как главный фактор формирования материнской смертности в развивающихся странах [3]. В странах Западной Африки акушерскую помощь получает лишь каждая пятая женщина. В Нигерии (более 140 млн. человек, около 31 млн. женщин детородного возраста) один из самых высоких уровень материнских потерь: по данным за 2007–2011 годы — 646 на 100 тысяч живорождений. Потери в сельской местности более чем в 2 раза превышают данные, полученные в городских районах: 828 из 351 на 100 тысяч рожденных живыми (как и во многих государствах). Похожая статистика и в других странах Африки: уровень материнской смертности в Танзании — 412 на 100 тысяч живорождений, в Малави — 484 на 100 тысяч живорождений, в Уганде — 477 на 100 тысяч живорождений.

Материнская смертность в Восточной Европе и Центральной Азии

На фоне развивающихся стран (средняя МС — 240) материнская смертность в Восточной Европе и Центральной Азии составляет 32 на 100000 живорождений, что квалифицирует ситуацию как относительно благополучную, но заметно отстающую от лучших показателей развитых государств (менее 8). По официальной статистике, уровень материнской смертности разделяет эти регионы на три вида:

- ◆ с низким показателем материнской смертности: Белоруссия, Македония, Болгария, Сербия: 2–12 на 100 тысяч родившихся живыми;
- ◆ со средним показателем материнской смертности: Румыния, Россия, Украина, Казахстан, Узбекистан: 19–28 на 100 тысяч живорождений;

- ◆ с высоким уровнем материнской смертности: Грузия, Киргизия, Таджикистан, Туркмения: показатель выше 60 на 100 тысяч живорождений.

На протяжении 2001 года в Европейском регионе (данные по 41 стране), около 40% из 1280 материнских смертей зарегистрированных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) произошли в России [9].

Материнская смертность США

Сегодня в США материнская смертность происходит гораздо чаще, чем в большинстве других стран, — 6,9 раза чаще чем в Италии, в 4,5 раза чаще чем в Австралии. Случаи материнской смертности в США за десятилетие увеличились примерно в двое. Согласно данным CDC (Центров контроля заболеваемости и профилактики болезней), несмотря на высокий уровень затрат на медицинское обслуживание, наблюдение, риск смерти связанных с беременностью и родами, выше, чем в других 40 странах, которые входят в наблюдение. Случаи материнской смертности в США связаны с невнимательным, пренебрежительным отношением к пациенткам, злоупотреблением вмешательством повышенного риска (индуцированные роды, оперативные родоразрешения и т.д.). Также значительный вклад в структуру и продолжающийся рост материнской смертности вносят ожирения среди женщин репродуктивного возраста, общее ухудшение здоровья под влиянием экологических факторов, злоупотребления оперативными родоразрешениями. Так же на статистику повлияли резкая непропорциональность по расовому, географическому и этническому признаку. У пациенток афроамериканского происхождения риск летального исхода, связанного с беременностью и родами, в 4 раза выше, чем у женщин европеоидной расы, поскольку шансы последних на получение адекватной медицинской помощи заметно больше.

Материнская смертность в России

Оценка показателя материнской смертности, исследование причин смерти женщин от осложнений беременности и родов признана национальным приоритетом в рамках концепции первичной медико-санитарной помощи, с 1978 года рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для всех развивающихся стран. Россия с 1988 года принадлежит к числу стран, где текущая регистрация материнских смертей происходит согласно рекомендациям Международной классификации болезней (МКБ) IX, а затем X пересмотра [7]. Уровень материнской смертности стабильно движется вниз на протяжении десятилетия: с 2005 года потерь стало меньше в 2,2 раза, для 23 субъектов РФ уровень материнской смертности с 2007 года соответ-

ствуется среднему для западноевропейских стран, однако это все равно в 3–4 раза выше чем в странах Евросоюза и Скандинавии. На протяжении 7 лет в структуре причин материнской смертности на территории РФ первое место занимают экстрагенитальные заболевания (непрямые причины материнской смертности), что послужило причиной материнской смертности (23%, 2013г). Важно, что из этих непрямых причин смерти 87,1% входили в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. Одна из наиболее трагичных причин материнской смертности приходится на осложнения подростковой беременности. Вероятность смерти 15-летней девушки от причин, связанной с беременностью и родами, составляет 1:150 в развивающихся странах, тогда как в регионах с прогрессивной медициной — 1:3800. В борьбе с осложнениями подростковых беременностей и материнской смертностью представляется просветительская работа и повышение доступности контрацепции.

Снижение материнской смертности на три четверти (75%) к 2015 году относительно данных 1990 года объявлено ООН Пятой целью тысячелетия [8]. Однако удается сократить уровень материнской смертности лишь на 3,1%. В 2013 году уровень материнской смертности удалось снизить на 45% — до 289000 случаев материнской смертности с 523000 в 1990 году. Единый анализ развития в поиске минимального уровня материнской смертности демонстрирует, что за три десятилетия число умерших беременных и родильниц в мире снизилось — с 526300 на 100 тысяч живорождений в 1980 году до 342900 на 100 тысяч живорождений в 2008 году. Тотальный уровень материнской смертности также уменьшился: с 422 на 100 тысяч живорождений в 1980 году до 251 на 100 тысяч живорождений в 2008 году и до 210 на 100 тысяч живорождений в 2010 году, причем до настоящего времени удается придерживаться развивающегося градиента. С 1990 года материнской смертности становится меньше примерно на 1,3% ежегодно. С 1990 года по 2010 год материнская смертность развивающихся стран стала ниже на 34%. Среди 23 стран, пытающихся достичь пятой Цели тысячелетия, есть группа лидеров: Экваториальная Гвинея, Непал, Вьетнам, Афганистан, Египет, Китай, Колумбия, Эквадор, Боливия, где материнская смертность сокращена на 50–75%. В связи с улучшением социально-экономического статуса стран, положения женщин, снижением рождаемости мерами охраны материнства, созданием сети районных больниц и перинатальных центров. В экономически развитых странах уровни материнской смертности не превышают 5 на 100000 рождений живых детей (Италия, Швеция, Испания, Финляндия — 4). Менее 10 на 100000 живорождений в 2013 году: Дания — 5 на 100000 живорождений; Австралия, Нидерланды и Япония — 6 на 100000 живорождений; Канада — 8

на 100000 живорождений. Постоянство успеха зависит от высокого уровня развития экономики, санитарной культуры населения, надлежащего качества медицинской помощи, полная доступность служб планирования семьи вместе с невысокой рождаемостью удерживают уровни материнской смертности на почти недостижимо низком уровне. С 2010 года в России происходит значительное снижение материнской смертности — менее 2- на 100000 живорожденных. В 2014 году отмечается существенная положительная динамика в отношении снижения уровня материнской смертности. Положительная направленность в снижении материнской смертности — это многоуровневый порядок оказания медицинской помощи женщинам во время беременности родов и в послеродовой период, значительный вклад внес «Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи», утвержденный Приказом Минздрава РФ № 808Н в 2009 году и уточненный Приказом Министерства здравоохранения РФ № 572Н в 2012 году.

Таким образом, улучшение охраны материнства является одним из основных приоритетов ВОЗ. Снижение уровня материнской смертности путем обеспечения основанного на фактических данных и клинического и программного руководства, установления глобальных стандартов и оказания технической поддержки государствам — членам. Кроме того, ВОЗ пропагандирует более доступные по стоимости и эффективные методы лечения, разрабатывает учебные материалы и руководящие принципы для работников здравоохранения, а также поддерживает страны в проведении политики и программ и осуществлении мониторинга за прогрессом. Снижение уровня материнской смертности представляет собой итог совместных усилий тысяч людей и сокращает число трагедий на планете на 6,5 тыс. ежегодно. Глобальная задача, выдвинутая ВОЗ перед мировым сообществом, — снижение к 2030 году показателя материнской смертности до уровня ниже 70 случаев материнской смертности на 100000 живорождений. Дополнительный национальный целевой рубеж: к 2030 году ни в одной стране уровень материнской смертности не должен превышать 140 материнских потерь на 100000 живорождений. В рамках Глобальной задачи и цели прекращения предотвратимой материнской смертности ВОЗ вместе с партнерами работает в направлении:

- ◆ преодоления неравенств в доступности и качестве медико-санитарных услуг в областях репродуктивного здоровья, здоровья матерей и здоровья новорожденных;
- ◆ обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения для всеобъемлющей медико-санитарной помощи в областях репродуктивного здоровья, здоровья матерей и здоровья новорожденных;

- ◆ преодоления всех причин материнской смертности, репродуктивной и материнской заболеваемости и связанных с ними инвалидностей;
 - ◆ укрепления систем здравоохранения путем сбора надежных данных с целью реагирования на потребности и приоритеты женщин и девочек;
 - ◆ обеспечения подотчетности для повышения качества помощи и справедливости.
- Снижение уровня материнской смертности представляет собой итог совместных усилий тысяч людей и сокращает число трагедий на планете на 6,5 тыс. ежегодно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Lancet. 2016; 387 (10017): 462–74.
2. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Lancet, 2009, 374:881–892.
3. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C et al. Lancet Glob Health. 2016 Feb;4(2): e98–e108. doi: 10.1016/S2214–109X(15)00275–2.
4. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков, 2016–2030 гг. New York: United Nations; 2015.
5. Ner miss. На грани материнских потерь/ Е. Ю. Лебедево; под ред. В. Е. Радзинского. — М.: Издательство журнала StatusPraesens, 2015. — 184 с. ISBN978–5–905796–71–5
6. Российский статистический ежегодник, 2010. — М.: Росстат, 2011. — URL: <http://www.gks.ru>.
7. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год. — ООН, 2015. — 72с.
8. Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость и права человека. Резолюция Генеральной Ассамблеи Объединенных Наций № 21/6от12.10.2011.-URL: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31184969.
9. Стратегии ликвидации предотвратимой материнской смертности (ЛПМС). —Женева: ВОЗ,2014. —URL: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/russian_epmm.pdf.

© Фархан Тарек (Farhan_tarek@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Российский университет дружбы народов