

Уважаемые коллеги!

Вновь мы встречаемся на страницах нашего журнала. С удовлетворением отмечаем, что качество подготовки публикаций постоянно растет. Считаем, что наша совместная работа вносит немалый вклад в реализацию Национального проекта в области здравоохранения в целом, и в сфере акушерства и гинекологии в частности.

Темы статей достаточно разнообразны, но при этом еще мало внимания уделяется вопросам ведения беременности и родов. Слабо освещаются проблемы оперативной гинекологии и оперативного акушерства, профилактики внутрибольничных инфекций в акушерстве и гинекологии. Значительный интерес для читателей представили бы работы врачей смежных специальностей (терапевтов, хирургов, эпидемиологов), касающиеся оказания медицинской помощи женщинам. Нам хотелось бы открыть рубрику для публикации редких и сложных клинических случаев.

Сердечно благодарим наших постоянных и новых авторов и надеемся на продолжение сотрудничества, расширение тематики и географии публикаций.

Т. А. Обоскалова

выпускающий редактор УрМЖ «Акушерство и гинекология»,
д. м. н., главный акушер-гинеколог
Управления здравоохранения Администрации Екатеринбурга.

Динамика структуры материнской смертности в г. Екатеринбурге за 16 лет по данным патологоанатомических исследований

А. В. Спири́н, Л. М. Гринберг

Уральская государственная медицинская академия
МУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района», г. Екатеринбург

Резюме

В работе представлены данные о динамике структуры материнской смертности в г. Екатеринбурге за период с 1991 по 2006 гг. Анализ причин материнской смерти выполнен в соответствии с требованиями ВОЗ и с учетом мультикаузального генеза смерти. Материалом исследования стали данные 85 патологоанатомических вскрытий беременных, родильниц и рожениц, умерших в различных учреждениях здравоохранения г. Екатеринбурга. Выявлено, что структура причин материнской смерти в г. Екатеринбурге обладает определенной динамикой и характеризуется тенденцией к уменьшению доли прямых акушерских причин с одновременным увеличением доли косвенных акушерских причин. В настоящее время лидирующей причиной материнской смерти являются инфекционные заболевания — туберкулез, ВИЧ-инфекция и ангиогенный сепсис. При планировании мероприятий, направленных на снижение материнской смертности в регионе, необходимо проводить анализ ее структуры по множественной причине и в соответствии с требованиями ВОЗ. Следует

А. В. Спири́н — зав. патологоанатомическим отделением МУ «Центральная городская клиническая больница №1 Октябрьского района», зав. городским патологоанатомическим центром по исследованию акушерской патологии;

Л. М. Гринберг — зав. кафедрой патологической анатомии Уральской государственной медицинской академии, д. м. н., профессор, действительный член Международной Академии Патологии.

включить в региональную концепцию оценки материнской смертности динамическую характеристику ее причин с выделением лидирующей причины материнской смерти на данном временном этапе.

Ключевые слова: материнская смертность, структура материнской смертности, патологоанатомическое вскрытие.

Введение

Материнская смертность (МС) — важнейший показатель качества и уровня организации охраны здоровья матери и ребенка и один из главных показателей деятельности всей системы здравоохранения в целом [7]. Многофакторная зависимость МС позволяет большинству авторов рассматривать ее в качестве интегрирующего показателя здоровья женщин репродуктивного возраста, выражающего популяционный итог взаимодействия экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов. Наряду с этим, уровень материнской смертности в определенной степени отражает меру заботы государства о беременных женщинах.

По данным ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА [9], в мире ежегодно умирает более 500 тысяч беременных, родильниц и роженец. В связи с этим, снижение МС является сегодня одной из актуальнейших задач. На Саммите Тысячелетия, состоявшемся в 2000 году в г. Нью-Йорке, главами 189 государств-членов ООН была принята декларация, согласно которой намечено к 2015 году снизить уровень материнской смертности на 75%. В рамках концепции Целей развития на пороге тысячелетия, одобренной мировым сообществом, перед Россией также стоит задача снизить материнскую смертность на три четверти в период с 1990 по 2015 гг. [4].

Всемирная Организация Здравоохранения определяет материнскую смерть как «обусловленную беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившую 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» [1].

Случаи материнской смерти подразделяют на две группы:

- 1) непосредственно связанные с акушерскими причинами — в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин;

- 2) косвенно связанные с акушерскими причинами — в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременностью [1].

Для анализа МС используют два основных критерия, а именно: «показатель материнской смертности» и «структура материнской смертности».

«Показатель материнской смертности» выражается как соотношение числа случаев смерти матерей от прямых и косвенных причин к числу живорожденных. Его значение колеблется в широких пределах в различных странах — так, в 2000 году он составил: в развитых регионах (Европа, Канада, США, Япония, Австралия и Новая Зеландия) 20 на 100 000 родившихся живыми, в развивающихся регионах — 440, в мире в целом — 400. Самый высокий уровень МС отмечен в Африке — 830 и Центральной Азии — 520 [9].

«Структура материнской смертности» характеризует иерархию причин МС. Оба показателя тесно связаны между собой, а именно: в регионах с высоким уровнем материнской смертности (развивающиеся страны) в структуре МС преобладают акушерские кровотечения, гнойно-септические осложнения и презламписия/экламписия, а в регионах с низким уровнем МС (развитые страны) — экстрагенитальная патология, амниотическая эмболия и ятрогении. Россия занимает промежуточное положение между развитыми и развивающимися странами.

Показатель и структура МС характеризуются региональными различиями, поэтому в последние годы весьма актуальной представляется региональная концепция оценки материнской смертности, позволяющая, исходя из различий в структуре причин МС в отдельно взятых регионах, дифференцированно подходить к разработке мероприятий по ее снижению в различных территориях [5].

Патологоанатом через окончательный диагноз оказывает существенное влияние на формирование структуры МС в своем регионе, поскольку в нашей стране все случаи смерти беременных, родильниц и роженец подлежат обязательному вскрытию (Приказ МЗ РФ №82 от 29.04.94 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий») [7]. Следовательно, обеспечение достоверности данных о причинах МС и значение этого показателя для разработки мероприятий по ее снижению всецело зависит от единого подхода и точного соблюдения правил построения окончательного диагноза. В настоящее время статистический анализ заболеваемости и смертности (в том числе материнской), в соответствии с рекомендациями ВОЗ [1, 7], проводится по единичной причине. Это означает, что для статистической разработки берется только первоначальная причина смерти (основное заболевание), т.е. нозологическая фор-

ма, стоящая в диагностической формуле на первом месте.

Однако, в научной литературе анализ структуры материнской смертности традиционно проводится по следующим группам: гестозы, акушерские кровотечения, гнойно-септические осложнения, акушерская эмболия, акушерская травма и экстрагенитальная патология [2, 3, 5, 6, 8]. При подобном подходе рекомендации ВОЗ нарушаются, поскольку нозологический принцип частично подменяется симптоматическим, например: «гестоз» — нозологический принцип, «кровотечения» — симптоматический, поскольку кровотечение, как правило, является осложнением какой-либо патологии (первоначальной причины смерти), «гнойно-септические осложнения» — симптоматический подход, поскольку само название группы говорит о том, что речь идет об осложнениях каких-либо нозологических единиц, а не о первоначальных причинах смерти и т.д. Кроме того, в научных публикациях, посвященных анализу материнской смертности, практически не рассматривается динамика ее структуры. Обычно для характеристики динамики МС используют «показатель материнской смертности».

Цель работы — провести анализ структуры материнской смертности в г. Екатеринбурге в динамике за 16 лет на основании данных патологоанатомических исследований, с учетом требований ВОЗ.

Материал и методы

Материалом исследования стали данные 85 патологоанатомических вскрытий беременных, родильниц и рожениц, умерших в различных учреждениях здравоохранения г. Екатеринбурга с 1991 по 2006 гг. Вскрытия выполнены в прозектуре городской клинической больницы №1 (МУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района»), на базе которой с 1991-го года работает городской патологоанатомический центр по исследованию акушерской патологии (приказ Управления здравоохранения Екатеринбургского горисполкома №415 от 01.01.91 г. «О совершенствовании патологоанатомической службы г. Екатеринбурга»).

Ежегодное количество материнских смертей имело широкий диапазон — от 1 до 12, среднее — $5,3 \pm 3,1$ (рис. 1). Возраст женщин составил от 16 до 43 лет, средний — $27,3 \pm 6,9$ лет. Половина случаев материнских потерь пришлась на возрастную группу 20-29 лет. В первом триместре беременности умерло 6 (7%) женщин, во втором — 22 (25,6%), в третьем — 41 (47,7%) и в послеродовом периоде — 17 (19,7%).

Аутопсии беременных, родильниц и рожениц выполнялись по общепринятым методикам (Абрикосов А. И., 1948; Медведев И. И., 1969; Автандилов Г. Г., 1994), через 12-24 часа после констатации биологической смерти. При проведении патологоанатомических исследований придерживались принципов системного подхо-

Рисунок 1. Распределение патологоанатомических вскрытий по годам

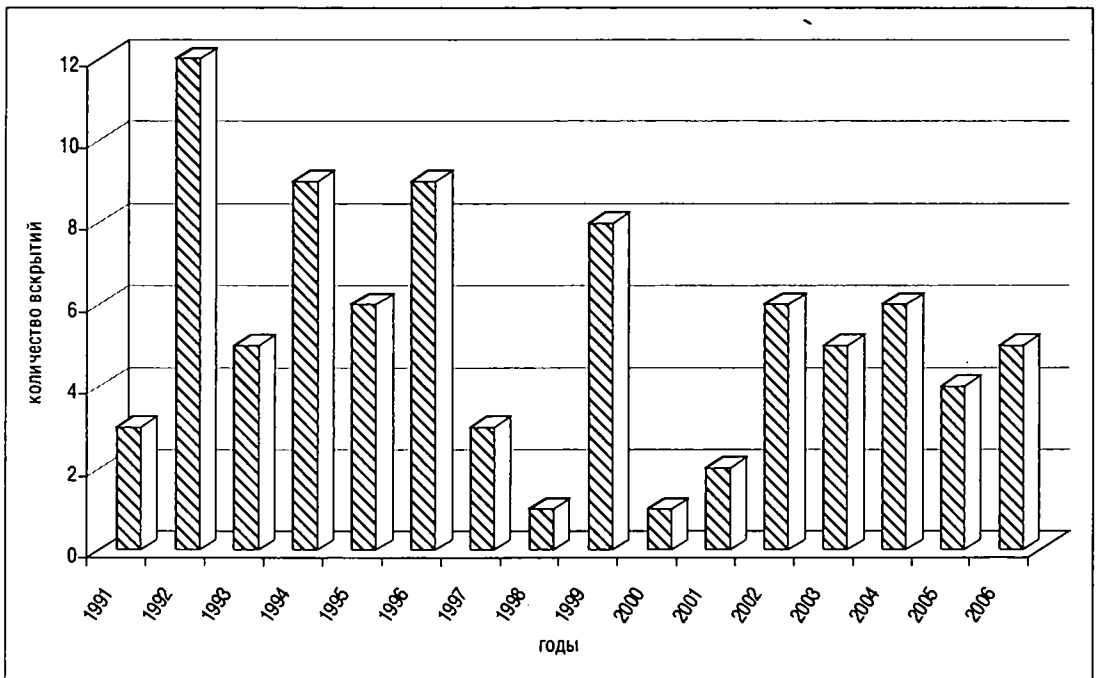


Таблица 1. Структура материнской смерти в г. Екатеринбурге при анализе ее по единичной и множественной причинам

Основные группы причин смерти	Единичная причина n=85		Множественная причина n=128		p
	abc	%	abc	%	
Экстрагенитальная патология	22	26	44	34	>0,05
Гестозы (преэклампсия/эклампсия/HELLP)	10	12	19	15	>0,05
Ятрогении	11	13	14	11	>0,05
Септический метроэндометрит	12	14	13	10	>0,05
Отслойка плаценты	5	6	13	10	>0,05
Амниотическая эмболия	10	12	10	8	>0,05
Жировой гепатоз	5	6	5	4	>0,05
Неуточненные акушерские причины	5	6	5	4	>0,05
Акушерская травма	2	2	2	1,6	>0,05
Прочие акушерские причины	3	3	3	2,4	>0,05

да [2, 3, 7]: максимально полное вскрытие, тщательное макро- и микроскопическое исследование органов репродуктивной системы с прицельным изучением плацентарного ложа матки и т. д. При диагностике акушерской патологии особое внимание уделяли изучению матки. С этой целью тщательно исследовали плацентарное ложе и оценивали степень гестационной трансформации эндо- и миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий. Патологоанатомический диагноз формулировался комиссионно, с участием главных внештатных патологоанатомов городского и областного уровня. Каждый случай материнской смерти разбирался на лечебно-контрольных комиссиях, клинично-анатомических конференциях и на коллегиях по родовспоможению.

При анализе причин материнской смерти, в соответствии с рекомендациями ВОЗ [1], использовали только первоначальные причины смерти, а также выделяли группы прямых и косвенных акушерских причин МС.

Результаты исследования и их обсуждение

Первоначальная причина материнской смерти имела монокаузальный генез в 62,4% случаев. В 37,6% случаев она имела мультикаузальный характер, то есть была представлена несколькими нозологическими единицами в виде комбинированного основного заболевания (в форме конкурирующих, сочетанных, основного и фонового заболеваний). В связи с этим, с одной стороны, патологоанатому все чаще приходится испытывать затруднения при выборе первоначальной причины смерти, а с другой стороны, возникает противоречие между статистическим анализом материнской смертности по единичной причине и многопричинным характером МС в акушерской практике. В подобной ситуации получение достоверных данных о структуре материнской смертности, на наш взгляд, возможно только при ее анализе по множественной причине. В связи с этим, проведен сравнительный анализ струк-

Таблица 2. Динамика прямых акушерских причин материнской смерти (анализ по множественной причине)

Группы заболеваний	Годы	1991-1994 (n=26)	1995-1998 (n=23)	1999-2002 (n=17)	2003-2006 (n=18)	ВСЕГО (n=84)	
						abc	%
Гестозы (преэклампсия/эклампсия/HELLP)		8	3	5	3	19	23
Ятрогении		3	7	1	3	14	17
Септический метроэндометрит		3	3	3	4	13	15
Отслойка плаценты		6	3	1	3	13	15
Амниотическая эмболия		0	2	3	5	10	12
Жировой гепатоз		2	1	2	0	5	6
Неуточненные акушерские причины		4	1	0	0	5	6
Акушерская травма		0	1	1	0	2	2
Прочие акушерские причины		0	2	1	0	3	4

Таблица 3. Динамика косвенных акушерских причин материнской смерти (анализ по множественной причине)

Классы заболеваний (МКБ-10)	Годы	1991-1994	1995-1998	1999-2002	2003-2006	ВСЕГО (n=44)	
		(n=9)	(n=3)	(n=10)	(n=22)	абс	%
Инфекционные болезни		1	1	4	10	16	36
Новообразования		0	0	0	1	1	2
Болезни системы кровообращения		1	0	2	2	5	11
Болезни органов пищеварения		1	0	1	4	6	14
Болезни органов дыхания		0	1	0	0	1	2
Болезни кожи и подкожной клетчатки		0	0	0	1	1	2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани		1	0	1	0	2	5
Болезни мочеполовой системы		5	1	0	0	6	14
Симптомы, не классифицируемые в других рубриках		0	0	2	4	6	14

туры МС по единичной и множественной причинам. Результаты представлены в табл. 1. Статистически значимого различия в группах не выявлено ($p > 0,05$), однако при анализе МС по множественной причине отмечено увеличение группы «экстрагенитальной патологии» (косвенных акушерских причин МС) в два раза, группы «гестозов» — в 1,9 раза, а группы «преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП)» — в 2,6 раза. Вследствие этого произошло изменение иерархии причин МС, а именно: если при анализе по единичной причине структура МС была представлена (в порядке убывания) экстрагенитальной патологией — септическими метроэндометриями — ятрогениями — гестозами и амниотической эмболией, то при анализе по множественной причине второе место заняли гестозы, третье — ятрогении, четвертое — септические метроэндометриты и ПОНРП, а пятое — амниотическая эмболия.

Как видно из табл. 3, ведущее место в структуре МС в г. Екатеринбурге занимают прямые акушерские причины — их доля среди первоначальных причин материнской смерти составляет 66%. Доля косвенных причин — 34%.

При анализе структуры МС в динамике за 16 лет (рис. 2) отмечена четко прослеживающаяся тенденция к снижению доли прямых акушерских причин с одновременным увеличением доли косвенных. В последние годы доля косвенных причин материнской смерти превысила долю прямых причин.

Среди косвенных причин материнской смерти (табл. 3) основными являются: инфекционные болезни — их доля составила 36%, болезни органов пищеварения и болезни мочеполовой системы — доля каждой из этих групп составила по 14%. Однако, при анализе в динамике отмечено существенное изменение характера экстрагенитальной патологии за рассматриваемый отрезок времени (16 лет), а

Рисунок 2. Динамика структуры материнской смертности (анализ по множественной причине)



именно: если в 1991-1994 гг. основными причинами материнских потерь были острые и хронические пиелонефриты и гломерулонефриты, то в 2003-2007 гг. ими стали: туберкулез, ВИЧ и экстрагенитальный сепсис. В настоящее время лидирующей первоначальной причиной материнской смерти в этой группе является туберкулез, его доля среди всех материнских потерь составляет 6,25%.

В группе прямых акушерских причин МС (табл. 2) первое место занимают гестозы (эклампсия/преэклампсия/HELLP-синдром), на втором месте стоят ятрогении, на третьем — септические метроэндометрииты и ПОНРП. Амниотической эмболии принадлежит только 5-е место. Однако, при анализе в динамике становится видно, что в 1991-1994 гг. ведущей прямой акушерской причиной МС были гестозы, представленные преимущественно эклампсией и тяжелой преэклампсией. Второе место в этот промежуток времени занимала отслойка плаценты. В 1995-1998 гг. в структуре прямых причин материнской смерти лидировали ятрогении. В 1999-2002 гг. ведущую позицию вновь заняли гестозы. В последние годы (2003-2006) на первом месте по частоте стоят амниотические эмболии, на втором — септические метроэндометрииты и третье место делят ятрогении, ПОНРП и гестозы. При этом гестозы представлены в основном легкими и средне-тяжелыми формами преэклампсии и занимают в диагностической формуле, как правило, место фоновой патологии. Следует отметить, что за последние 8 лет в г. Екатеринбурге не было случаев материнской смерти от эклампсии.

Как видно из представленных данных, анализ структуры МС в динамике является важным дополнением к стандартному статистическому анализу, поскольку позволяет выделить лидирующую на данный момент времени причину материнской смерти. Это дает возможность более эффективно осуществлять профилактику материнских потерь.

Выводы

1. В связи с увеличением в акушерстве полипатий, представляется целесообразным для научных целей и при планировании мероприятий, направленных на снижение материнской смертности в отдельно взятом регионе, проводить анализ структуры МС не по единичной, как это принято в настоящее время, а по множественной причине. Это позволит

сделать представление об иерархии причин МС более полным и достоверным.

2. При анализе структуры материнской смертности необходимо придерживаться требований ВОЗ: выделять прямые и косвенные акушерские причины, анализировать отдельно первоначальные (основные) и непосредственные причины смерти.

3. Структура причин материнской смертности в г. Екатеринбурге во временном аспекте обладает динамикой и характеризуется тенденцией к уменьшению доли прямых акушерских причин с одновременным увеличением доли косвенных акушерских причин. В настоящее время лидирующей причиной МС в группе косвенных акушерских причин является инфекционная патология, представленная преимущественно туберкулезом, ВИЧ и ангиогенным сепсисом у женщин с социально неблагополучным анамнезом.

4. Следует включить в региональную концепцию оценки материнской смертности динамическую характеристику структуры ее причин с выделением лидирующей на данном временном этапе причины МС.

Литература

1. ВОЗ. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Женева; 1995; Т.2.
2. Милованов А. П., Зайратьянц О. В., Добряков А. В., Ермошенкова Ю. Д. Системный патологоанатомический анализ причин материнской смертности. Архив патологии 1999; 4: 26-30.
3. Милованов А. П. Патолого-анатомический анализ причин материнских смертей. Архив патологии 2003; приложение.
4. Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития. ПРО-ОН; 2005.
5. Серов В. Н., Бурдули Г. М., Фролова О. Г. и соавт. Репродуктивные потери: клинические и медико-социальные аспекты. М: «Триада-Х»; 1997.
6. Серов В. Н., Фролова О. Г., Токова З. З. Основные причины материнской смертности в динамике. Проблемы беременности 2001; 3: 15-9.
7. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении: сборник нормативно-методических документов по вопросам патологоанатомических (патоморфологических) исследований, под ред. Р. У. Хабриева, М. А. Пальцева. М.: Изд-во Медицина для всех; 2007: Выпуск I.
8. Ходасевич Л. С., Хорева О. В., Ковров И. Н. и соавт. Клинико-анатомический анализ материнской смертности в Архангельской области. Архив патологии 2001; 4: 38-41.
9. Maternal Mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. Geneva; 2004.

РЕЦЕНЗИЯ

на статью А. В. Спирина и профессора Л. М. Гринберга

«Динамика структуры материнской смертности в г. Екатеринбурге за 16 лет по данным патологоанатомических исследований»

Работа А. В. Спирина и Л. М. Гринберга посвящена одной из актуальнейших проблем — проблеме материнской смертности и динамике ее структуры, но представленной не акушерами-гинекологами, а патологоанатомами по результатам проведенных 85 вскрытий за 16 лет. Анализ проведен с учетом требований ВОЗ и позволил установить ведущие причины материнской смертности в динамике и, соответственно, проводить целенаправленную профилактику. Примером такого подхода является то, что если в 1991-1994 гг. ведущей прямой причиной материнской смертности являлась тяжелая преэклампсия и эклампсия, то благодаря внедрению профилактических мероприятий в 2003-2006 гг. гестозы занимают место фоновой патологии и в течение 8 лет в г. Екатеринбурге нет материнской смертности от эклампсии.

Авторы указывают, что структура причин материнской смерти в г. Екатеринбурге характеризуется тенденцией к уменьшению доли прямых акушерских причин с одновременным увеличением доли косвенных. Безусловно, это говорит об эффективности как профилактических мероприятий, так и организации неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве в родильных домах города. Лидирующие причины материнской смерти в последние годы чрезвычайно сложно предупредить и устранить — туберкулез, ВИЧ-инфекция и ангиогенный сепсис, поскольку это выходит за рамки только медицинских проблем.

В целом, статья А. В. Спирина и Л. М. Гринберга является чрезвычайно полезной для практических врачей и организаторов здравоохранения, поскольку позволяет объективно оценить и анализировать динамику материнской смертности и способствует разработке эффективных мер ее профилактики.

Рецензент:

А. В. Куликов — д. м. н. профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП, главный внештатный анестезиолог по вопросам акушерства УЗ Администрации г. Екатеринбурга