

Материнська смертність — печальна статистика, материнська смерть — людська трагедія

Як відомо, материнська смертність (МС) є інтегральним показником, що відображає якість медичної допомоги та рівень організації системи охорони здоров'я. В меншій ступені МС характеризує стан здоров'я та тяжкість соматичної патології жіночого населення. Цей показник варіює в залежності від рівня суспільно-економічного розвитку країни. В розвинутих країнах рівень МС достатньо низький і коливається від 5 до 10 випадків на 100 тис. народів живими дітьми, в той час як в розвиваючихся країнах цей показник може досягати 1000 і навіть 1500 на 100 тис. живороджених.

Розповісти, які показники МС в Україні в останні роки, які їх основні тенденції і про що вони свідчать, а також прокоментувати структуру МС та питання, пов'язані з МС, ми попросили головного зовнішнього спеціаліста з акушерства та гінекології МЗ України, завідувача кафедрою акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, члена-кореспондента НАМН України, доктора медичних наук, професора Вячеслава Володимировича Каминського та керівника відділення внутрішньої патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України, доктора медичних наук, професора Володимира Ісааковича Медведя.

— **Які тенденції МС в останні роки в Україні?**

Вячеслав Каминський (В.К.): Говорити про якісь тенденції в світовому масштабі дуже складно в зв'язі з різноманітністю культурної та економічної неоднорідності суспільств. Є країни, де МС намагається до нуля, а є і такі, де рівень МС несподівано високий і продовжує таким залишатися, досягаючи 1500 випадків на 100 тис. живороджених. Про тенденції краще всього говорити, посилаючись на країни, схожі за своїм розвитком, або ж на одне суспільство.

Увага до рівня МС завжди дуже пристальна, навіть обострена, так як це є інтегральним показником стану не тільки служби родовспоможіння, а й всієї системи охорони здоров'я в країні. Показник МС є рейтинговим. Його зниження на один пункт вимагає додаткового вкладення в систему надання медичної допомоги не менше 1 млрд доларів на рік. Повертаючись до України, слід сказати, що після розпаду СРСР Всесвітня організація охорони здоров'я визначила цільовий рівень МС для країн, раніше входивших до Радянського Союзу. Цей рівень становив 15 випадків на 100 тис. живороджених. В 1991 г. показник МС в Україні був рівним 29. В 1995 г. він значно погіршився і досяг 35,5 материнських смертей на 100 тис. живороджених. З 1995 по 2003 рік рівень МС поступово знижувався і досяг цільового — 13,8, визначеного для нашої країни ВОЗ. Але стабілізації показника МС, на жаль, не відбулося. З 2004 по 2008 рік рівень МС щорічно коливався, а в 2009 г. ми практично повернулися до початкових позицій, вийшовши в кінцевому підсумку на показник 25,4. Зв'язано це було з епідемією каліфорнійського

грипу в Україні, який забрав життя 53 жінок. Варто зазначити, що без урахування цих смертей показник МС становив би 15,0. В 2010 г., за попередніми даними, показник МС також дуже високий і становить 22,4 (з урахуванням втрат від грипу, які спостерігалися, в основному, в перші три місяці року). Такі різкі коливання показників МС в нашій країні не дають можливості говорити про якісь тенденції, а з точки зору статистики свідчать про те, що цей показник знаходиться поза контролем.

— **З чим ви пов'язуєте поступове зниження рівня МС з 1995 по 2004 рік?**

Володимир Медведь (В.М.): Хочеться думати, що таке плавне і закономірне зниження МС було результатом серйозних цілеспрямованих зусиль акушерської служби, направлених на подолання хаосу початку 90-х років. Однак не можна не врахувати один важливий момент: з 1995 г. в Україні відбувалося значне зниження народжуваності.

— **Структура причин МС в світі в основному визначається патологією, характерною для розвиваючихся країн, і відрізняється стабільністю. В економічно розвинутих країнах структура МС має інший характер. Що можна сказати про структуру МС в Україні?**

В.М.: Так, дійсно, структура МС в світі стабільна, але ця стабільність визначається причинами МС розвиваючихся країн. В економічно розвинутих країнах структура МС має інший характер. Якщо для розвиваючихся країн основними причинами МС є кровотечення та септичні ускладнення, то в розвинутих країнах це може бути не акушерська патологія, тромбоемболія, емболія оклоплодними водами. Випадки смерті від таких явищ, як кримінальний аборт, ектопічна вагітність, можуть бути. В Україні структура МС змінлива, але в цілому нагадує структуру європейських країн. Перше місце серед причин частіше за все займає екстрагенітальна патологія. Слід зазначити, що таке поняття, як екстрагенітальна патологія, в розвинутих країнах відсутнє. У них існує поняття «причини МС, не пов'язані з вагітністю» або «серцево-судинні події». Багато розвинутих країн в структурі МС не показують випадків, пов'язаних з екстрагенітальною патологією. Це дуже цікаво і навіть дивно, тому що, за визначенням ВОЗ, ці захворювання можуть бути причиною МС.

Хочу зазначити, що кілька років тому за ініціативи ВОЗ в Києві відбувся семінар, присвячений проблемам МС, в якому брали участь

представителі з Молдови. Ця країна вважається достатньо прогресивною щодо впровадження технологій безпечної материнства, що пов'язано з повним охопленням території Молдови міжнародними медичними проектами. В Україні подібні проекти здійснюються лише в окремих областях і родовспомогательних закладах. Молдавські колеги ознайомили нас з структурою МС в їхній країні і серед причин взагалі не фігурувала екстрагенітальна патологія.

Друге і третє місця в структурі причин МС в Україні займають акушерські кровотечення та септичні ускладнення відповідно. В цілому ці причини, як і еклампсія, вважаються управляємими, в той час як МС, пов'язана з екстрагенітальною патологією, важко прогнозується і слабоуправляема. Можливо, це не зовсім правильне судження.

— **Як часто МС від гіпотонічних і атонічних кровотеч пов'язані з організацією надання акушерської допомоги, враховуючи своєчасну доставку жінки в стаціонар, а також домашні роди?**

В.К.: Роди вдома — це велике зло. В нашій країні, на щастя, це рідкість. МС від акушерських кровотеч, скоріше, залежить від організації надання медичної допомоги в конкретному акушерському стаціонарі та якості підготовки спеціалістів, які повинні надавати кваліфіковану медичну допомогу. Ця допомога завжди хірургічна, вона може бути органосохраняючою або ж закончиться екстирпацією матки. В будь-якому випадку це вимагає високої кваліфікації лікаря починаючи з вибору тактики і закінчуючи технікою оперативного втручання. Ми повинні прагнути до органосохраняючих методик надання допомоги при даній патології.

— **Відомо, що в Нідерландах майже половина (40%) народів проходить на дому без участі лікаря. Рівень МС в цій країні нижчий, ніж в Україні. Чи є досвід цієї країни корисним для України, особливо в аспекті септичних ускладнень?**

В.М.: Цей приклад дуже часто наводять в акушерських колах. Така система родовспоможіння економить бюджетні кошти. Це спосіб удешевити медичні послуги, які стали дуже дорогими. Тем не менше необхідно врахувати, що в Нідерландах в період народів на дому, який приймає акушерка, вдома постійно дежує автомобіль швидкої медичної допомоги. В разі виникнення необхідності проведення оперативного родорозрешення



В.В. Каминский



В.И. Медведь

в першому або другому періоді народів або ж надання медичної допомоги при акушерських кровотечах в третьому періоді народів і ранньому післяродовому періоді є можливість негайно доставити жінку в стаціонар.

Також не слід забувати про високий професійний рівень акушерки в Нідерландах. В Україні акушерка, в першу чергу, не має того обсягу теоретичних знань і навичок прийняття самостійних рішень, якими володіє її нідерландська колега, здатна не тільки прийняти роди, а й провести їх, а в інших випадках, у нас вона виконує функції лікаря і просто не має права прийняття самостійних рішень.

Думаю, що сьогодні в Україні немає потреби в домашніх родах. В акушерських стаціонарах коефіцієнт для жінок вище, ніж достатньо, і вони далеко не завжди заповнені. Проблемою, скоріше, є мале число народів в рік в багатьох акушерських стаціонарах, з чого лікарі втрачають кваліфікацію.

В аспекті септичних ускладнень слід визнати один важливий момент домашніх народів, який стосується дитини, а не матері. При таких родах дитина контамується домашньою мікрофлорою, і це правильно. Разом з тим користь цього моменту не може переважити пов'язані з ним ризики, які виникають в період народів.

— **Сьогодні в світі наметилася стійка тенденція до збільшення кількості родорозрешень за допомогою операції кесарева розтину. Якщо раніше частота випадків кесарева розтину коливалася в межах 8-12% від загальної кількості народів, то сьогодні в деяких стаціонарах частота цих операцій зросла до 30%. Як ви ставитесь до такої тенденції в аспекті МС?**

В.К.: Як відомо з міжнародних досліджень, кесарево розтин суттєво підвищує ризик МС порівняно з вагінальними родами. В Україні частота таких операцій в структурі народів в 2009 г. становила 16,16%, в той час як в Житомирській області — 11,4%, а в Києві — 21,6%. В деяких стаціонарах 40% народів закінчуються операцією кесарева розтину.

За даними ВОЗ за 2009 г., в США, наприклад, 30% народів закінчилися операцією, а в Домініканській Республіці — 42%. Опасна тенденція наметилася в Бразилії, де частота випадків кесаревих розтинів наближається до 60%, що абсолютно не виправдане.

Увеличение частоты кесаревых сечений не имеет прямой связи со снижением перинатальной смертности. Для примера можно взять несколько областей:

- Житомирская – 11,4% родов закончилось операцией кесарева сечения, перинатальная смертность – 8,0‰;
- Львовская – 11,9% кесаревых сечений, перинатальная смертность – 10,4‰;
- Харьковская – 19,8% кесаревых сечений, перинатальная смертность – 11,5‰;
- Донецкая – 17% кесаревых сечений, перинатальная смертность – 13,8‰.

Кроме того, данная операция более чем в 20 раз повышает риск тромбоэмболических осложнений, которые являются традиционной причиной МС. В три раза увеличивается опасность септических осложнений, в том числе и такого жизнеугрожающего осложнения, как эндометрит, перитонит. Существует также риск осложнений, связанный с общим наркозом. У рожениц с кардиальной патологией абдоминальное родоразрешение не позволяет избежать резких и очень быстрых изменений гемодинамики.

То есть факторов для возникновения осложнений во время операции у кардиологических больных отнюдь не меньше, а больше, чем при родах через естественные родовые пути.

В.М.: Показания к операции кесарева сечения очень четко прописаны в соответствующем клиническом протоколе. К сожалению, на практике очень часто показания к этой операции надуманны. Например, долгое время в Украине миопия высокой степени служила показанием к операции кесарева сечения. В мировой практике доказано (в том числе и наш большой опыт), что миопия в целом не определяет необходимость прибегать к оперативному родоразрешению. В новой редакции клинического протокола «Кесарево сечение», который скоро обретет силу нормативного документа, будет записано, что только геморрагическая форма ретинопатии является показанием к кесареву сечению. Все остальные заболевания органов зрения, такие как периферическая дегенерация сетчатки, катаракта, состояние после различных офтальмологических операций, не определяют необходимость абдоминального родоразрешения. В свое время мы опубликовали в прессе статью, в которой было приведено множество примеров, когда беременные без каких-либо последствий для своего здоровья родили обычным способом, несмотря на рекомендации узких специалистов провести кесарево сечение. Очень часто необоснованная перестраховка имеет место при наличии нейрохирургической, неврологической, кардиологической и травматологической патологии. Сегодня обоснованным считается показатель количества родов путем кесарева сечения, равный 15%. Справедливости ради следует отметить, что для детей с малым весом увеличение частоты абдоминальных родов снижает перинатальные потери.

– **Актуальной проблемой остается родоразрешение через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке. Как широко практикуются обычные роды у женщин, ранее перенесших кесарево сечение?**

В.М.: На этот вопрос, конечно, лучше ответил бы Вячеслав Владимирович. Вместе с тем как член рабочей группы, которая занималась разработкой клинического протокола по ведению родов

у беременных с рубцом на матке, я могу сказать следующее. Для начала целесообразно обратить внимание на опыт других государств. В США, например, был период чрезмерного увлечения вагинальными родами у женщин, ранее перенесших кесарево сечение. Это увлечение в течение 10 лет дало неожиданный отрицательный эффект: было зафиксировано значительное увеличение количества разрывов матки, что отрезвляюще подействовало на американских врачей и способствовало формированию более взвешенных взглядов на эту проблему. Сегодня в США первоначально стоит задача значительно уменьшить число кесаревых сечений у женщин с интактной маткой. Целевым ориентиром вагинальных родов у женщин с рубцом на матке является показатель 30%. Остальные 70% беременных должны родоразрешаться кесаревым сечением. Кроме того, следует отметить, что нежелание женщины с рубцом на матке рисковать является абсолютным показанием к абдоминальному родоразрешению. Совершенно другой подход к беременным с интактной маткой. Лишь в некоторых странах желание женщины является показанием для кесарева сечения. Украина относится к странам, где желание женщины не является показанием к операции, вероятно, в будущем эти нормы каким-то образом будут изменены.

– **Что можно сказать о гестозах и эклампсии как причине МС?**

В.К.: От преэклампсии часто умирают женщины, которых длительно лечат с целью продления срока гестации в интересах плода. Стремление матери и врача продлить беременность во имя плода абсолютно понятно, но это может закончиться трагически для матери. Поскольку сама беременность является причиной преэклампсии, излечение может наступить исключительно после родоразрешения. Особенно это касается тех случаев, когда выставляется диагноз «преэклампсия тяжелой степени»: тут на лечение отводится всего 24 ч, после чего беременная должна быть родоразрешена.

Говоря о лечении преэклампсии, нельзя обойти вниманием магниезальную терапию. На основе данных многих исследований установлено, что сульфат магния является препаратом выбора при лечении тяжелой преэклампсии. Он применяется не с целью снижения артериального давления, а для предотвращения приступа эклампсии. Магниезальная терапия требует строгого соблюдения методики введения. Сульфат магния нужно развести до определенной концентрации и вводить внутривенно с определенной скоростью. Внутримышечное введение препарата по 5 мл 4 раза в сутки, а также бессистемное внутривенное капельное введение магнезии не может называться магниезальной терапией, которая начинается с введения 4 г сухого вещества болюсно с последующей непрерывной инфузией со скоростью минимум 1 г, максимум 2 г сухого вещества в час.

– **Известно, что МС строго контролируется, а медицинская документация по каждому случаю проходит экспертизу и рассматривается специальной комиссией Минздрава. Могли ли бы вы рассказать об ошибках, которые допускаются врачами и могут иметь фатальные последствия?**

В.М.: С середины 80-х годов участвую в экспертизе случаев МС от ЭГП, а с

2006 года официально являюсь членом созданной при МЗ Украины Экспертной комиссии по рассмотрению случаев смерти женщин, связанных с беременностью. Ежегодно готовлю справку по анализу причин МС от ЭГП, которая входит в общую справку нашего Департамента и рассылается во все региональные органы здравоохранения. Поэтому имею большой опыт, позволяющий сделать некоторые обобщения. Поделюсь ими.

Вот перечень наиболее типичных ошибок и выявленных недостатков оказания помощи на амбулаторном этапе:

- недостаточное и несвоевременное обследование;
- отсутствие документальных сведений об истории болезни беременной;
- недостаточное внимание к больным с ОРЗ, запоздалое и неквалифицированное назначение антибактериальной терапии;
- позднее направление или во многих случаях ненаправление больных на консультацию в профильное специализированное учреждение;
- ошибочный выбор профиля стационара;
- невнимательные, часто неквалифицированные действия врачей скорой помощи;
- транспортировка больных в нетранспортабельном состоянии;
- несоблюдение требований нормативных документов, утвержденных МЗ Украины.

Каждая из приведенных выше позиций заслуживает внимания и подробного обсуждения. Если бы мы попытались подробно остановиться на всех ошибках, которые допускают врачи, то в вашем тематическом номере вряд ли хватило бы места. Поэтому детальный разбор, думаю, следует отложить для отдельного подробного разговора. Лишь перечислю типичные ошибки и недостатки оказания помощи в стационаре:

- чрезмерная врачебная агрессивность (неоправданные прерывания беременности, досрочные родоразрешения, оперативный способ их осуществления);
- неверная, часто алогичная акушерская тактика, противоречащая действующим Клиническим протоколам или Методологическим рекомендациям;
- неадекватная антибактериальная терапия;
- поздняя диагностика острой хирургической патологии, выжидательная хирургическая тактика, запоздалое хирургическое вмешательство;
- привлечение к консультациям беременных профильных специалистов низкой квалификации;
- отсутствие профилактики тромбоэмболических осложнений;
- неподготовленность анестезиологов-реаниматологов областных больниц и родильных домов к оказанию неотложной помощи и проведению длительной интенсивной терапии беременных с тяжелой неакушерской патологией;
- несоблюдение требований нормативных документов, утвержденных МЗ Украины.

– **Скажите, почему считается, что МС – это контролируемый показатель, который прямо зависит от уровня развития медицины и здравоохранения в стране? Неужели существует мало болезней, при которых беременность и роды могут реально угрожать жизни женщины?**

В.М.: Хотел бы процитировать экспертов ВОЗ, которые в очень серьезном издании «Что за цифрами? Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасности беременности» (2003) задались вопросом «Почему умирают матери?» Вот их ответ:

– потому что женщины не осознают необходимости получения помощи, не уделяют должного внимания признакам, которые свидетельствуют о появлении серьезных проблем;

– потому что структуры, которые оказывают соответствующую помощь, отсутствуют или недоступны (из-за отдаленности, высокой стоимости услуг или наличия социально-культурных барьеров);

– потому что оказываемая помощь является неадекватной или фактически вредной.

Получается, в каждом случае материнской смерти, с точки зрения экспертов ВОЗ, обязательно есть чья-то вина: самой женщины, системы организации помощи или врачей. Не станем спорить, такие причины МС, безусловно, есть. В большой мере они имеют значение и в Украине. Однако есть и четвертая причина – болезнь. Тяжелая, неизлечимая, не совместимая с беременностью. Такие болезни, как уже говорилось, до настоящего времени существуют, и, если эксперты ВОЗ, отвечая на свой же вопрос, имели в виду смерти не только от прямых, но и от косвенных причин, они должны были указать и эту четвертую причину – экстрагенитальная патология как таковая.

Вот тут появляется чрезвычайно важная характеристика МС – предотвратимость. Смерть от болезни, несовместимой с беременностью, непредотвратима (по крайней мере в случае категорического отказа больной от прерывания до 12 недель или при позднем обращении). Смерть, наступившая вследствие «неоправданных вмешательств, недостаточного наблюдения, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из вышеуказанных причин», предотвратима. А два других варианта – невнимательное отношение беременной к себе и недоступность медицинской помощи – как посмотреть. С одной стороны, женщина умерла от вполне курабельной болезни, т.е. с учетом возможностей современной медицины не должна была умереть, с другой, – медиков винить в такой смерти нельзя.

– **Благодарю вас за интервью, за то, что, несмотря на занятость, нашли время поделиться с читателем своими соображениями по актуальной проблеме МС в Украине.**

В.М.: Позвольте в конце нашей беседы сказать несколько слов относительно материнской смертности и смерти. Материнская смертность и материнская смерть – различные понятия. Смертность – это статистический показатель, а смерть молодой женщины во время беременности или после ее прерывания, в родах и послеродовом периоде – огромная человеческая трагедия! И для мужа, потерявшего жену, и для родителей, лишившихся дочери, и для ребенка, оставшегося без мамы, абсолютно все равно, какой смертью она умерла – материнской или нематеринской. Они и слов-то таких не знают... Поэтому мы просто должны делать все возможное для того, чтобы женщины не умирали.

Подготовила **Наталья Карпенко**

