

## **О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-МАТЕРЕЙ ПО ДАННЫМ СТАТИСТИЧЕСКИХ ОТЧЁТОВ ЗА 2015-2016 ГОДЫ**

Цыбульская И.С., д.м.н., проф.  
Низамова Э.Р.

Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва

**Число и место проведения родов.** По данным годовых отчетов субъектов Российской Федерации всего в России за 2016 г. репродуктивная продукция женщин России включала: 2649246 беременностей (100%), которые закончились: 803183 – абортми (30,3%) и 1846063 – родами (69,7%). Большинство родов было принято в акушерском стационаре (1840216), а 5443 – вне его. Из них 4422 родов произошло на дому и 1425 – на непрофильных койках и в транспорте.

Согласно данным, представленным территориями (ФСН 30, табл. 2400), по сравнению с 2015 г., в 2016 г. относительно увеличилось число домашних родов (на 2,6%) и число родильниц на дому, отказавшихся от последующего перевода в стационарные условия (на 12,8%).

Сравнение численности родов по регионам России за последние годы показало прогрессирующее их снижение: в 2014 г. отрицательная динамика рождаемости была выражена в 38 субъектах РФ; в 2015 г. – в 53, а в 2016 – в благополучные 76. Рост численности родов в отчетном году зарегистрирован только в 9 субъектах РФ. Это в основном более благополучные и более крупныерегионы: Ханты-Мансийский А.О. (+4948 родов), г. Москва (+4124) г. Санкт-Петербург (+1814), Ленинградская обл.(+561), Сахалинская (+230), Рязанская и Московская области, респ. Мордовия, Ненецкий АО(+180-11-25-20 родов).

**Состояние здоровья женщин-матерей** определяли по ряду тестов:

- наличие и числу самопроизвольных выкидышей и прерываний беременности по медицинским показаниям;
- наличие и числу осложнений беременности и родов;

- степени воздействия материнской патологии на развитие плода;
- наличие, числу и анализу причин материнской смертности.

Всего в 2016 г. зафиксировано в РФ 737948 абортивных исходов беременностей, из них 425177 (57,62%) по желанию женщины и 312771 (42,38%) – в связи с неблагополучием ее здоровья (внематочная беременность, аномальные продукты зачатия, аборт по медицинским показаниям и самопроизвольные прерывания беременности).

При этом самопроизвольные выкидыши составляют 17,24% от общего числа абортыв и происходят они преимущественно в первые 12 недель беременности, что по современным представлениям, является следствием глубокого нарушения гестационной перестройки сосудистой системы матки и плацентации с гибелью продукта зачатия и самопроизвольным прерыванием беременности. Как следует из приведенных данных, по числу абортыв, как и следовало ожидать, лидируют наиболее крупные ФО – Приволжский, Центральный и Сибирский. А вот по процентному выражению максимально часто регистрируются замершие беременности и самопроизвольные выкидыши в СКФО (38,19%), что соответствует данным литературы (Хациева М.С.). Относительно высок процент самопроизвольных выкидышей так же в ЦФО (22,52%) и ДФО (18,47%). Прерывание беременности по медицинским показаниям превалирует также в СКФО, УФО и ПФО (2,37; 1,82 и 1,79% при 1,70% по РФ в целом).

Частота патологического течения беременности превышает патологическое течение родов. В 2016 и 2015 гг. осложненное течение беременности и родов в РФ отличается мало, но все-таки оно в отчетном 2016 г. относительно выше, чем в предшествующем 2015 г.

Сравнение показателей по федеральным округам выявляет наиболее частые осложнения беременности в ДВФО, СЗФО и ПФО; осложнения родов – в ПФО, СФО и СЗФО; анемии беременных – в СКФО, ДФО и ПФО; преэклампсии и эклампсии – в СЗФО и СФО. По совокупности отклонений лидируют ПФО, СЗФО и ДФО.

Оценка показателей по субъектам Федерации выявляет максимальную частоту осложненной беременности:

в ЦФО - в Брянской, Тульской и Владимирской областях (86,92-86,24-84,6%),

в СЗФО – в Архангельской и Калининградской областях и респ. Коми (97,77-87,36-86,19%),

в ЮФО – в респ. Адыгея и Ростовской области (88,32-78,68%),

в СКФО – в Чеченской республике и Ставропольском крае (81,9-77,41%),

в ПФО – в респ. Удмуртия и Мордовия, Нижегородской и Саратовской областях (96,31-95,23-89,59-80,34%),

в УФО – в Ямало-Ненецком АО и Свердловской областях (88,21-78,94%),

в СФО – в респ. Тыва, Алтай и Омская области (90,33-84,81-80,49%),

в ДФО – в Магаданской, Сахалинской, Амурской областях, Еврейской АО, респ. Саха и Камчатском крае (95,34-88,05-85,81-92,64-90,49-85,37%);

максимальную частоту осложненных родов:

в ЦФО – в Калужской и Курской областях (75,33-73,69%),

в СЗФО – в Калининградской, Псковской и Архангельской областях (79,22-78,78-76,08%),

в ЮФО – в Волгоградской обл., Севастополе и респ. Калмыкия (83,43-77,31-70,56%),

в СКФО – в Чеченской республике и респ. Дагестан (85,32-71,09%),

в ПФО – в респ. Удмуртия, Мордовия, Башкортостан и Чувашия (81,37-73,33-72,27-71,06%),

в УФО – в Свердловской области (66,32%),

в СФО – в Томской и Кемеровской областях (84,54-70,38%),

в ДФО – в Чукотском АО и Камчатском крае (95,30-72,30%);

максимальную частоту анемии беременных:

в ЦФО – во Владимирской, Костромской и Смоленской областях (39,7-38,2-38,2%),

в СЗФО – в респ. Коми и Архангельской области (50,0-40,0%) и еще в 7-ми субъектах 30,6-37,9%,

в ЮФО – в респ. Калмыкия 44,2% и в 4 субъектах 30,7-34,8%,

в СКФО – в респ. Чечня и Дагестан (60,1-40,2%) и еще 5 субъектах от 30,2 до 38,7%,

в ПФО – в респ. Марий-Эл, Башкортостан, Мордовия, и Оренбургская обл. (54,1-42,9-40,2-42,2%) и в 6 субъектах 34,2-39,4%;

в УФО – в Ямало-Ненецком АО – 46%, Свердловской области – 38,0% и в Ханты-Мансийском АО - 32,8%,

в СФО – в Кемеровской области и респ. Тыва 44,0 и 41,8% (84,54-70,38%),

в ДФО – в Чукотском АО и респ. Саха (56,0-45,7%) и еще в 6 субъектах 31,9%-39,6%;

максимальную частоту суммарных данных о преэклампсии и эклампсии:

в ЦФО – в Ярославской и Московской областях (2,65 и 2,34%),

в СЗФО – в г. Санкт-Петербурге(11,2%). Калининградской, Новгородской, Псковской, Архангельской и Ленинградской областях (4,16-3,32-2,93-2,65-2,41%), в респ. Коми (2,78%),

в ЮФО – нет,

СКФО – в респ. Дагестан и Чечня, Ставропольском крае (3,07-2,81-2,83%),

в ПФО – в респ. Чувашия и Мордовия (3,08-2,93%),

в УФО – в Свердловской области – 2,78%,

в СФО – в респ. Хакасия и Тыва (5,7-5,7%), Кемеровской области (2,64%) и Красноярском крае (2,43%),

в ДФО – в респ. Саха (3,2), Магаданской обл. (3,15%), Камчатском и Приморском крае (2,73 и 2,53%).

Максимальная частота эклампсии во время беременности зарегистрирована (в абсолютном выражении) в Московской области (335 случаев), г. Санкт-Петербурге (211), Свердловской и Ростовской областях (82 и 77), Ленинградской и Новосибирской областях (67 и 51), респ. Дагестан (25), Магаданской обл. (19), Красноярском крае (16), респ. Татарстан (13).

Общее число всех учитываемых осложнений беременностей и родов за 2016 и 2015 гг. в виде показателей, рассчитанных на 100 беременных, представлено в табл. 1.

Таблица 1. Заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности\* (сравнение данных за 2016 и 2015 гг.)

Заболевания и патологические состояния	2016 г.	2015 г.	Соотношение 2016/2015 (%)
Существовавшая ранее гипертензия	6,1	6,9	<
Преэклампсия средней тяжести	1,90	1,82	+4,4
Преэклампсия тяжелая	0,3	0,28	+7,14
Эклампсия во время беременности	0,10	0,18	<
Венозные осложнения	5,45	5,2	+4,81
Болезни мочеполовой системы	16,8	16,6	+1,20
Угроза прерывания беременности	18,23	19,0	<
Угроза преждевременных родов	11,98	12,6	<
Rh-иммунизация и др. формы иммунизации	1,82	1,80	+1,1
Патологические состояния плода	11,40	12,0	<
Сахарный диабет	3,14	2,15	+46,0
Анемия	32,72	32,6	+0,37
Болезни эндокринной системы	7,03	6,6	+6,52
Болезни системы кровообращения	7,98	8,25	<

\*-в расчете на 100 беременных

Число заболеваний по 6 позициям снизилось, однако существенно повысилось в отношении сахарного диабета, преэклампсии, болезней эндокринной системы, венозных осложнений (эндотелиальной дисфункции) и в меньшей степени – в отношении болезней мочеполовой системы, различных форм иммунизации и анемии.

Таблица 2  
 Заболевания, осложнившие роды\* (сравнение данных за 2016 и 2015 гг.)

Патология	2016 г.	2015 г.	Соотношение 2016/2015 гг.в%
Существовавшая ранее гипертензия	49,05	58,3	<
Преэклампсия средней тяжести	24,79	22,6	+9,7
Преэклампсия тяжелая	7,31	7,1	+2,96
Эклампсия во время беременности	0,15	0,30	<
Сахарный диабет	31,88	23,67	+34,7
Преждевременный разрыв плодных оболочек	195,48	194,55	+2,1
Предлежание плаценты без кровотечения	3,29	2,98	+10,4
Предлежание плаценты с кровотечением	1,78	1,83	<
Кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	0,70	1,37	<
Дородовое кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	0,08	0,64	<
Преждевременная отслойка плаценты	8,98	9,25	<
Нарушения родовой деятельности	83,05	88,10	<
из них: слабость родовой деятельности	52,48	56,07	<
стремительные роды	12,77	13,28	<
дискоординация родовой деятельности.	12,88	13,33	<
Роды, осложненные патологией пуповины	54,78	57,05	<
Затрудненные роды	63,92	66,53	<

Разрыв промежности III-IV степени	0,15	0,21	<
Разрывы матки – всего	0,15	0,14	+7,1
из них: вне стационара	0,060	0,048	+25,0
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде	10,88	10,80	+0,74
Родовой сепсис, разлитая послеродов.инфекция	0,17	0,19	<
инфекции мочеполовых путей	51,13	51,11	+0,04
Венозные осложнения	19,09	19,82	<
Анемии	247,68	235,28	+5,27
Болезни системы кровообращения	57,11	55,39	+3,11
Акушерская эмболия	0,33	0,036	> в 9 раз

\*- в пересчете на 1000 родов

Широкий спектр сравнения осложнений родов и послеродового периода у женщин в 2016 и 2015 гг. выявил относительное уменьшение патологии по 16 позициям (в основном касающимся особенностей родовой деятельности) и рост патологии по 11 позициям. Из них 6 относятся к серьезным показателям нездоровья (в виде учащения сахарного диабета, анемии, болезней системы кровообращения, тяжелой и среднетяжелой преэклампсии, инфекции мочеполовых путей), а также 2 – к значительному учащению случаев акушерской эмболии (в 9 раз-!) и разрывов матки (преимущественно вне стационара).

О характере негативного воздействия материнской патологии на развитие плода наиболее ярко может свидетельствовать сопоставление данных о нарушениях здоровья матери и патологических проявлениях у ее потомства массой менее 500 г. при сроке гестации 22 недели и более.

Информация о матерях и детях этой группы включала набор данных, стандартизованных специально разработанным опросником, который был разослан по территориям перед отчетной кампанией медицинских организаций 2016 г. Общая численность этой группы, по данным табл. 2245 ФСН № 32, составила 629 и охватывала 47 субъектов РФ.

Однако дополнительные сведения согласно разосланному опроснику о состоянии здоровья матерей и потомства этой группы нами получены лишь от 36 субъектов и содержали сведения о 543 парах «мать-плод». Анализу подвергнуты данные о 511 из них (32 пары были исключены из общей группы, т.к. сведения о них не были полностью адекватны рекомендованному списку опросника.

Сводные данные частоты факторов воздействия у женщин, имеющих наиболее пострадавшее потомство массой тела менее 500 г, представлены в табл.2. Среди них преобладают осложнения беременности, составляющее 70,8%, осложнения соматического анамнеза (70,3%) – в виде сочетания неинфекционной патологии (58,5%) и хронических воспалительных заболеваний (28,6%), а также осложненное течение родов (49,32%).

Среди осложнений соматического анамнеза неинфекционной природы преобладают артериальная гипертензия (17,6%), железодефицитная анемия (17,0%), нарушение жирового обмена (7,8%) и сахарный диабет (7,6%).

Кроме перечисленных выше, с частотой 0,2 – 0,5% у женщин зарегистрированы: антифосфолипидный синдром, полиорганная аллергия, бронхиальная астма, рассеянный склероз, желчекаменная болезнь и холестаз, язвенная болезнь желудка, панкреонекроз, кистозные образования почек, хроническая почечная недостаточность, онкология, остеохондроз, межпозвоночные грыжи, инсульт в анамнезе с гемиплегией, черепно-мозговая травма и резидуальная энцефалопатия, генетический полиморфизм белков, генетические синдромы.

Хроническая инфекционная патология в основном локализуется в органах мочевыводящей (17,2%) и половой систем (7,2%). Среди осложненного акушерского анамнеза преобладают истмико-цервикальная недостаточность (18,5%) и рубец на матке вследствие перенесенного кесарева сечения (11,2%) (табл.9. )

Среди осложнений беременности наиболее часто встречаются плацентарная недостаточность (до 40,0%), многоплодие (до 19,8%), эклампсия и преэклампсия тяжелой степени (до 16,1%) и экстракорпоральное оплодотворение в связи с бесплодием (7,2%).



Среди осложнений родов преобладают: неправильное положение и предлежание плода (21,1%), преждевременная отслойка плаценты с кровотечением (7,8%) и преждевременное отхождение околоплодных вод (в 3,5% – с длительным безводным промежутком до нескольких суток). У 10,6% женщин роды осуществлялись с помощью кесарева сечения и у 6,7% – путем индуцированных родов при тяжелой патологии матери и/или плода.

Подводя итог представленным данным о состоянии здоровья матерей, рождающих детей ЭНМТ с задержкой роста и нарушениями развития, следует отметить более, чем двукратное, увеличение, по сравнению с усредненными литературными данными о наличии у беременных соматической патологии (58,5 при 25,4%), в первую очередь – артериальной гипертензии (17,6 при 4,9%) и сахарного диабета (7,6 при 3,1%). Так же повышенной определяется доля женщин, имеющих хронические заболевания инфекционной природы (28,6%), многоплодную беременность (19,8%), плацентарную недостаточность (39,9%). Частота маловодия превышает допустимые данные в 2,8 раза (11,35 при обычных 4,0%) и многоводия – в 4 раза (3,91 при допустимых 0,3-1,0%).

Сопоставление патологических проявлений у матерей с живорожденным и мертворожденным потомством выявило более выраженные нарушения здоровья у женщин, дети которых погибли анте- и интранатально: их возраст чаще превышал 40 лет; в большей мере была выражена экстрагенитальная патология (за исключением варикоза и миокардиодистрофии), чаще регистрировались хронические инфекции органов дыхания и половых органов, ИППП, носительство TORCH-инфекций, все виды осложнений беременности (за исключением ЭКО и угрозы прерывания), а также неправильное положение и предлежание плода, преждевременное отхождение вод, отслойка плаценты с кровотечением.

Сравнение показателей прямых акушерских причин материнской смерти за 2016 и 2015 гг. выявило снижение общего числа летального исхода среди беременных женщин, рожениц и родильниц, – в частности, при заболевании тяжелыми

преэклампсиями и эклампсиями, при акушерских эмболиях, разрывах матки и маточных труб, дородовых кровотечениях. В то же время возросли послеродовые кровотечения, септические и ятрогенные осложнения. В 2016 г. частота прямых акушерских причин оказалась наибольшей в ПФО, УФО и ДФО.

Общее число косвенных причин гибели женщин составляет 75 из 183 – 41,0%. Максимально часто среди умерших женщин регистрируется тромбоемболия легочной артерии (у 18 женщин – 9,8% от общего числа умерших) и осложняющие течение беременности и родов заболевания органов кровообращения (у 17 погибших, что составляет 9,3%).

Выявленные новообразования у умерших матерей, осложнявшие течение беременности и родов: рак головки поджелудочной железы с метастазами; хорионэпителиома матки, папиллярный рак щитовидной железы, пинеоцитомы (опухоль эпифиза); феохромоцитомы анапластическая. Аутоиммунные заболевания: аутоиммунный гепатит (фульминантное течение), антфосфолипидный синдром (катастрофическая форма); аутоиммунный тиреоидит (2), аутоиммунный гепатит, гломерулонефрит, рассеянный склероз, системная красная волчанка (2), болезнь Крона, псориаз. Беременность, закончившаяся смертью, у большинства женщин (80,9%) была повторной, так же как в 78,0% повторными были роды. Среди умерших преобладали женщины 30-39 лет (108 из 183, что составляет 59,0%).

Сопоставление соотношения городских и сельских жительниц среди умерших (65,6% - 34,4%) и проживающих в целом по РФ (74,2% - 25,8%) свидетельствует о большей подверженности смертельным исходам беременных, рожениц и родильниц, проживающих в сельской местности. В наибольшей степени это относится к жительницам СКФО и ДФО (табл.15).

Таблица 15

Из 183 умерших 34 (18,6%) женщин относились к социально неблагополучному слою общества. В разных сочетаниях они страдали: 12 ВИЧ-инфекцией; 20 вирусным гепатитом В и С; 15 – алкоголизмом, 13 наркоманией, 4 туберкулезом и 5 в анамнезе

перенесли сифилис. Наиболее часто асоциальное поведение наблюдалось среди женщин, проживающих в СЗ ФО (до 38,1% умерших на этой территории) и УФО (31,3%). Чаще имело место сочетание ВИЧ-инфицирования, полинаркомании, алкоголизма, вирусного гепатита В и С.

Наряду с ВИЧ, вирусным гепатитом, туберкулезом у умерших женщин имелся целый набор сомато-гинекологических заболеваний. Наличие множественных очагов хронических инфекций способствовало развитию различных проявлений инфекционных осложнений во время выкидышей, медицинских аборт, течения беременности, родов и послеродового периода, как-то: пневмонии, эндометрита, воспаления культи матки, операционной раны, тромбоза, септикопиемии, ТЭЛА.

Наиболее часто инфекционные осложнения по типу «сепсис, септицемия» проявлялись в Южном ФО, а очаговые гнойно-инфекционные осложнения – в ДФО и УФО.

В 6 федеральных округах у женщин зафиксирована выраженная фетоплацентарная нарушения с гибелью плода и самопроизвольным прерыванием беременности. Максимально часто подобная патология наблюдалась в Приволжском, Южном, Сибирском и Центральном ФО.

ения: «первичное поражение плаценты с нарушением созревания ворсинчатого дерева и развитием маточно-плацентарной формы плацентарной недостаточности» (Тульская область); «неполная гестационная перестройка миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий (Удмуртия, Челябинская область, Забайкальский край); «неполная гестационная перестройка сосудов матки, незрелая плацента с геморрагическими и ишемическими инфарктами и дистрофическими изменениями» (республика Бурятия).

Ятрогенные нарушения в представленных территориях сведениях о 183 материнских смертях указаны в 17 случаях. Непосредственной причиной смерти ятрогенные нарушения можно считать в 11 случаях (таб.20).

Как следует из приведенных данных, чаще в качестве причины смерти встречается анафилактический шок, который возник на введение различных препаратов: в Воронежской области – антибиотика цефтриаксона – с потерей сознания, геморрагическим отеком легких и гортани, субарахноидальными кровоизлияниями;

в Марий-Эл – в результате парацервикальной анестезии лидокаином при аборте (с развитием отека легких и мозга, острой эмфиземой легких, левосторонним гидротораксом и жидкой кровью); в Удмуртской республике – на введение препаратов маркаина и цефтриаксона во время кесарева сечения (в виде бронхоспазма с десквамацией бронхиального эпителия в легких и фибриноидного набухания сосудов микроциркуляторного русла), а также в виде анафилактоидного синдрома (бронхоспазма альвеол, отека легких и мозга) при родовозбуждении окситоцином.

Травматический тотальный двухсторонний пневмоторакс возник в Москве в результате двух неудачных попыток трахеостомии, осложнившихся эмфиземой средостения и подкожно-жировой клетчатки верхней части туловища, шеи, лица, баротравмой обеих легких с развитием коллапса, а также в Дагестане – в виде ятрогенного тотального напряженного травматического пневмоторакса.

При попытках пункции правой яремной вены также в Москве в одном случае произошло сквозное ранение стенок правой подключичной артерии и купола плевры с развитием пневмоторакса, гематомы мягких тканей лица, шеи, грудной клетки и переднего средостения, тяжелой анемии, а в другом – также правостороннего пневмоторакса и кардиомиопатии.

При проведении реанимационных мероприятий возникли закрытый перелом грудины с ранением капсулы печени по передней ее поверхности и внутрибрюшинное кровотечение. Переломы тела грудины, II-IV ребер справа и IV-V ребер слева случились при проведении реанимационных мероприятий при развитии кардиомиопатии в процессе кесарева сечения по поводу клинически узкого таза.

В ряде случаев катастрофическое развитие событий с гибелью женщин происходит в результате недооценки анамнестических данных, в частности, предшествующих кесаревых сечений с наличием истинного приращения плаценты. Так, в Тюменской области после двух кесаревых сечений в анамнезе и отказа женщины от 3-ей аналогичной операции при преждевременном излитии околоплодных вод в 19-20 недель беременности был применен для индукции родовой деятельности препарат мифепристон, повышающий сократительную способность миометрия. В связи с истинным приращением плаценты после предшествующих кесаревых сечений в ответ на

введение мифепристона возникло чрезмерное кровотечение с развитием геморрагического шока IV степени со смертельным исходом.

В Ямало-Ненецком АО при множественной патологии женщины непосредственной причиной смерти стал аспирационный синдром с развитием аспирационного пневмонита.

В целом квалификация причин материнской смерти была определена медицинским сообществом территорий как предотвратимая в 15 случаях (8,2%), условно предотвратимая в 72 случаях (39,3%) и как непредотвратимая – в большинстве (в 96 случаях – 52,5%).

В качестве вывода, хотелось бы отметить о необходимости более серьезного и ответственного отношения государства к проблемам семьи и сохранения здоровья женщины-матери путем законодательного и финансового обеспечения большей доступности, полноценного медицинского обслуживания и социальной поддержки воспроизводства населения, что позволит сохранить и повысить качество рождающегося потомства.

## **Библиография**

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Собрание законодательства РФ 2011.11.28, № 48, ст. 6724.

2. Цыбульская И.С., Цыбульский В.Б., Леонов С.А., Низамова Э.Р. Здоровье детей города и села в Российской Федерации 2014. Т. 37 № 3. С. 10.

3. Цыбульская И.С., Низамова Э.Р. Анализ материнских смертей в Российской Федерации за 2016 год // Менеджер здравоохранения 2017. № 5. С. 12-14.

4. Репина М.А. Сепсис: размышления в связи с материнской смертностью // Журнал акушерства и женских болезней 2005. № 3. С. 74-82.

5. Старченко А.А. Материнская и неонатальная смертность: квинтэссенция в проблеме дефектов оказания медицинской помощи в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения 2013. № 1. С. 64-67.