

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, уматеринской смертности твенного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов (ВОЗ). В сложившихся социально-экономических условиях репродуктивное здоровье является фактором национальной безопасности, критерием эффективности социальной и экономической межведоматеринской смертности твенной политики государства. В России сложившаяся модель суженного воспроизводства населения характеризуется резким падением суммарного коэффициента рождаемости с 2,0 до 1,3, снижением доли повторных рождений с 51% до 41%.

Материнская и детская смертность, как и общая смертность, непосредственно зависят от социально-экономического положения населения. В условиях экономического кризиса, падения рождаемости и высокого уровня высокой смертности населения проблема охраны репродуктивного здоровья населения приобретает особую социальную значимость.

Свыше 99% случаев смерти матерей приходится на развивающиеся страны, и более половины из них - на государства Азии. Доля родов в развивающихся странах составляет 86% от числа родов во всем мире, а материнской смертности - 99% от всех материнских потерь. На каждую женщину, которая умирает в развитых странах в связи с выполнением своей репродуктивной функции, в странах «третьего мира» умирает 99- В некоторых странах деторождение является ведущей причиной смертности женщин репродуктивного возраста.

Структура причин материнской смертности в мире весьма стабильна на протяжении последних лет: из погибающих более полумиллиона женщин от абортов умирает 80 тыс., кровотечений - 130 тыс., эклампсий - ПО тыс. и сепсиса - 130 тыс. Если к этой цифре добавить еще и 500 тыс. женщин, становящихся инвалидами вследствие травматизма и послеродовых осложнений, то социальная значимость проблемы и необходимость ее эффективного решения не вызывают сомнений. В развивающихся странах в структуре причин материнской смертности доминирует сепсис, акушерские кровотечения, послеабортные осложнения и гестозы.

Учитывая тот факт, что создание хорошо налаженной системы амбулаторной и стационарной акушерско-гинекологической помощи требует значительных финансовых затрат, превышающих бюджеты отдельно взятых стран, а также отталкиваясь от различий в структуре причин материнской смертности в отдельно взятых регионах, наиболее перспективной представляется региональная концепция оценки материнской смертности. Её смысл заключается в научно обоснованной региональной типологии различных регионов мира по уровню и структуре причин материнской смертности и, соответственно, дифференцированном подходе к выбору методов борьбы с материнскими потерями. Региональная оценка уровня материнской смертности (низкий, средний, высокий и т. п.) - весьма актуальный аспект борьбы с материнскими потерями, который послужит основой для выработки первоочередных мероприятий, позволяющих в короткие сроки и значительно сократить показатели материнской смертности.

В Российской Федерации показатель материнской смертности остается высоким по сравнению с экономически развитыми странами и составляет в последние годы в среднем 39,7 на 100 тыс. живорожденных. В России сложилась парадоксальная демографическая ситуация: уровень рождаемости соответствует показателям экономически развитых стран (за последнее десятилетие он сократился вдвое), а уровень материнской смертности показателям развивающихся стран. Данные факты заставляют обратить внимание на организацию и качество медицинской помощи беременным.

Основными причинами материнской смертности в России являются кровотечения, акушерский сепсис, гестоз, экстрагенитальные заболевания. Кроме того, производимое количество абортов в России в десятки раз выше, чем в странах с развитой системой планирования семьи. К сожалению, аборт до сих пор остается основным методом планирования семьи в России. Родами заканчивается только каждая третья беременность, остальные две прерываются абортом.

В качестве долговременных факторов, неблагоприятно воздействующих на динамику смертности населения России и обладающих высокой инерционностью, помимо отсутствия идеологии жизнесохранительного поведения следует назвать постарение населения, неудовлетворительные условия труда, ухудшение промышленной экологии и генофонда населения (рост необратимой патологии у детей, инвалидизации населения). В основе скачкообразного роста смертности в 90-е годы лежало ухудшение качества жизни населения России, связанное с затяжным социально-экономическим кризисом: ростом безработицы, хроническими задержками выплаты заработной платы, пенсий, социальных пособий, ухудшением качества питания, снижением доступности услуг здравоохранения, образования, культуры, затяжным психологическим стрессом, неуверенностью в своем будущем и будущем детей, ростом криминализации общества, алкоголизма, наркомании и других неблагоприятных факторов перестройки.

Депопуляционные процессы, характерные для России последних лет, усиливаются неблагоприятной социально-экологической ситуацией, особо значимой для некоторых регионов. Высокий уровень среднероссийского показателя материнской смертности определяется ситуацией в трех крупных районах: Западной, Восточной Сибири и Дальнем Востоке (Фролова О.Г. и др., 1997). Согласно региональной типологии областей РФ (Токова 3.3.,

1990), по показателю материнской смертности Красноярский край вошел во второй класс, объединяющий территории с высоким уровнем материнской смертности и тенденцией к снижению (71-90 на 100 000 живорожденных). Показатель материнской смертности в Красноярском регионе в 1,5-2 раза превышает среднероссийский показатель, но в последние годы имеет тенденцию к снижению: в 2001 году данный показатель составил 13,5 на 100 тыс. живорожденных.

К числу территорий, признанных зонами экологического бедствия, принадлежит Красноярский край, большинство районов которого имеют конфликтную экосоциальную ситуацию. В крупных городах Красноярского края обстановка, вызванная повышенным уровнем загрязнения атмосферного воздуха жилых территорий от выбросов загрязняющих веществ и передвижных источников, продолжает оставаться напряженной. В сравнении с 1998 годом выбросы загрязняющих веществ в 1999 году увеличились в целом по Красноярскому краю на 1,3%, в том числе от стационарных источников на 1%. По данным государственного экологического контроля, в течение последних 10 лет остается прежним перечень предприятий - основных загрязнителей атмосферного воздуха населенных мест Красноярского края.

Вклад предприятий, вызывающих загрязнение атмосферного воздуха, составляет 93,6% от общего объема загрязняющих веществ стационарных источников. Существенно увеличили объемы выбросов предприятия РАО «Норильский никель» и Назаровская ГРЭС. Систематические лабораторные наблюдения за химическим загрязнением воздушной среды населенных мест проводятся Красноярским территориальным центром мониторинга загрязнения окружающей среды Росгидромета в семи городах. По результатам исследований установлено, что наиболее неблагоприятная обстановка за последние 5 лет сохраняется в г. Красноярске и г. Норильске. В этих городах уровень загрязнения воздуха, характеризующийся как

«высокий», формируется за счет бенз(а)пирена, взвешенных веществ, формальдегида, сероуглерода и хлора. Фиксируются высокие разовые концентрации отдельных поллютантов, превышающие гигиенические нормативы в 5 и 10 раз, а также среднесуточные концентрации, превышающие гигиенические нормативы в 2 и более раза.

Процессы естественного движения населения, выраженные в показателях рождаемости и смертности, по-прежнему позволяют оценить демографическую ситуацию в крае как неблагоприятную. В течение семи лет уровень смертности населения превышает уровень рождаемости. Процесс снижения рождаемости, начавшийся в крае в 1987 году, продолжается. Рождаемость в крае в 2001 году составила 9,8 на 1000, а смертность - 14,5.

Мы провели анализ материально-технического оснащения и кадрового потенциала акушерско-гинекологической службы. В Красноярском крае 68% акушерских стационаров развернуто в приспособленных помещениях. Площадь на одну родильную койку не превышает 4-5 кв. м, что не соответствует санитарным нормам. Число акушерских коек на 1 января 2001 года составило 1039 (за последние 5 лет уменьшилось на 264 койки (13%)). Доля коек патологии беременности в структуре акушерских коек в крае составляет 38,1%. По данным В.И. Кулакова, В.Н. Серова с соавт. (1998), их потребность составляет более 50%. С учетом территориальных особенностей Красноярского края доля коек патологии беременных должна составлять не менее 60%.

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в крае 4,5 на 10 000 женского населения, а в 16 районах обеспеченность ниже 2 на 10 000, что значительно ниже среднероссийского показателя. В 1995 году в 12 районах края работало по одному врачу акушеру-гинекологу. Круглосуточная акушерско-гинекологическая помощь не обеспечена в 26 районах края. В них развернуто 12,4% (252) акушерских коек и проходит 7% (1712) родов. В этих же районах отсутствует круглосуточная и анестезио-логореанимационная помощь. Не укомплектованы врачевскими кадрами 8 участковых больниц (5%) и 30 врачевских амбулаторий (28,8%). За 5 лет число акушерок в крае уменьшилось почти на 20%, а соотношение врачей акушеров-гинекологов и акушерок достигло критических цифр 1 : 2 при оптимальном соотношении 1 : 7-8. Должность акушерки сохранена на ФАПах края, обслуживающих 1500 населения и более. На остальных ФАПах функция акушерки возложена на заведующих фельдшерско-акушерских пунктов. ФАПы районов не телефонизированы и не обеспечены санитарным транспортом. Только в 9 из 19 ФАПов имеются гинекологические кресла и весы.

Вышеизложенное указывает на недостаточную организацию первичной медико-санитарной помощи, что резко снижает качественное наблюдение за беременными в сельской местности и приводит к тяжелым осложнениям беременности и родов.

Продолжает увеличиваться внебрачная рождаемость, за счет которой формируется группа социального риска, поскольку здоровье самих женщин и их новорожденных детей находится в опасности из-за плохого материального обеспечения, питания, бытовой неустроенности.

Проблема материнской смертности продолжает сохранять свою актуальность и требует внимания к разработке мер по ее снижению с учетом социально-экономического развития и уровня развития медицинской помощи. Материнская смертность - один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений.

Целью нашего исследования являлось проведение экспертной оценки первичной медицинской документации женщин, умерших от прямых акушерских причин в крае, определение частоты и структуры материнской смертности

беременных, рожениц и родильниц, выявление социально-гигиенических и медицинских факторов материнской смертности, выявление дефектов диагностики в оказании акушерской и анестезиолого-реанимационной помощи беременным, роженицам и родильницам, выявление взаимосвязи летальных исходов с различными акушерскими и экстрагенитальными заболеваниями.

Методология и материалы исследования. Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации 296 случаев материнской смертности за 13 лет (1989-2001 гг.) в Красноярском крае.

Из 296 женщин в лечебно-профилактических учреждениях умерло 273 (92,2%), а 23 женщины (7,8%) умерли на дому. Продолжает увеличиваться число умерших беременных и родильниц вне лечебного учреждения. Если за 6 лет (1989-1994 гг.) на дому погибло 5 женщин (1,7%), то за последние 6 лет (1995-2000 гг.) - 18 человек (6,1%). Резкое ухудшение социально-экономических условий в крае, снижение репродуктивного здоровья, огромная территория края, отсутствие коммуникаций способствуют росту материнской смертности на дому. В структуре материнской смертности, по нашим данным, жительницы села составили 62,5% (185 человек), городские - 37,5% (111 женщин).

Анализ материнской смертности по частоте встречаемости по краю за 13 лет показал, что в Красноярске умерло 68 женщин (22,9%), в Канске - 18 (6,1%), в Норильске - 13 (4,4%), в Шарыпово - 13 (4,4%), в Ачинском, Назаровском, Минусинском районах - по 11 случаев (по 3,7%), в Богучанском - 9 (3%). В таких районах, как Мотыгинский, Тасеевский, Кежемский, наблюдалось по 6 (2%) случаев материнской смертности, по 5 случаев (1,7%) в Большемуругтинском, Ужурском, Сосновоборске и по 4 случая (1,4%) имели семь районов края (Бирилюсский, Емельяновский, Енисейский, Иланский, Козульский, Курагинский, Саянский).

Изучение первичной медицинской документации умерших в регионе беременных, рожениц и родильниц за 13 лет показало, что в структуре прямых акушерских причин смерти (табл. 2) первое место занимают акушерские кровотечения (23%), второе - поздний токсикоз (17%), третье - акушерский сепсис (12,1%).

В структуре причин материнской смертности кровотечения занимают ведущее место. За анализируемый период (13 лет) из 296 умерших женщин от кровотечений погибло 23% (68 женщин). Если учесть, что в основе других причин смерти беременных, в частности, нарушенной внематочной беременности, гестоза, абортов, перифиты, как правило, лежит массивная кровопотеря, то указанные 23%, по меньшей мере, можно удвоить.

В структуре кровотечений (табл. 3), по нашим данным, первое ранговое место заняли кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах, на долю которых пришлось 24 случая (35,2%). Второе место заняли акушерские кровотечения во время беременности (ПОНРП и предлежание плаценты) - 23 случая (33,8%) и третье - разрывы матки - 21 случай (31%).

Среди умерших от кровотечений жительницы городских поселений составили 33,8% (23). По возрастному составу исследуемые распределились следующим образом: 15-20 лет - 4 (5,9%); 21-25 лет - 13 (19,1%); 26-30 лет - 11 (16,2%); 31-35 лет - 20 (29,4%); 36-40 лет - 20 (29,4%). Из приведенных данных видно, что увеличение возраста женщины является фактором риска развития кровотечения во время беременности и родов. Из 68 умерших женщин в возрасте 31-40 лет было 40, что составило 58,8%.

Погибшие от акушерских кровотечений только 20 (29,4%) были первородящими, остальные 48 женщин (70,6%) были повторно беременные и повторно родящие.

В анамнезе имели от 2 до 6 беременностей 19 женщин (39,6%); 7-10 беременностей - 16 (33,3%); 11-21 беременность - 13 (27,1%). В анамнезе: от 2 до 3 родов было у 28 (58,3%); от 4 до 5 родов - у 13 (27,1%); от 6 до 10 родов - у 7 (14,6%).

По нашим данным, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез является высоким фактором риска массивной кровопотери и материнских потерь в акушерской практике. Причиной материнской смертности являются массивное кровотечение (более 1500 мл), которое практически всегда сопровождается гемокоагуляционными нарушениями. Чаще всего массивное кровотечение возникает при тотальной отслойке нормально расположенной плаценты.

Основной причиной акушерских кровотечений в третьем триместре беременности являются ПОНРП и предлежание, что составляет 50% кровотечений во время беременности. В крае за 13 лет от массивных кровопотерь, связанных с ПОНРП, погибло 20 женщин (29,4%) и 3 (4,4%) - при предлежании плаценты.

В анализируемой группе городские жительницы составили 60% (12) и сельские - 40% (8). Неработающие женщины, по нашим данным, составили 65% (13), страдали хроническим алкоголизмом 7 (35%), не состояли в браке 9 (45%). По возрасту умершие от кровотечений, связанных с ПОНРП, распределились так: 20-25 лет - 2 (10%); 26-30 лет - 2 (10%); 31-35 лет - 10 (50%); 36-40 лет - 6 (30%). Возрастная группа женщин 31-40 лет составила 80% (16 случаев), и эта группа имела, как правило, отягощенный соматический анамнез, на фоне которого развивался поздний гестоз. А причиной тяжелой формы отслойки плаценты в 45% случаев является токсикоз второй половины (длительный и вялотекущий).

ПОНРП произошла у женщин, беременность которых осложнилась сочетанным поздним гестозом. На фоне хронического пиелонефрита гестоз наблюдался у 70% (14), на фоне гипертонической болезни второй и третьей

степени - у 20% (4) и на фоне некомпенсированного сахарного диабета и ожирения третьей степени - у 10% (2). Анемия беременных различной степени тяжести отмечена у 15 (75%). Анализ соматического анамнеза показал, что в 50% (10) вынашивание беременности было противопоказано из-за тяжести экстрагенитальной патологии.

Гинекологический анамнез был отягощен у 80% (16) умерших женщин. Только 4 (20%) из 20 умерших были первобеременные и первородящие, остальные имели большое число абортотворений и родов: от 3 до 6 абортотворений - 7 (35%), от 7 до 13 абортотворений - 7 (35%), от 16-21 абортотворения - 2 (10%). Количество родов в анамнезе было от 2 до 15 - у 10 (50%), от 4 до 7 родов - у 6 (30%).

У всех погибших женщин поздний гестоз развился с 21-22 недель беременности, но на первый план выступали симптомы основного соматического заболевания, что затрудняло диагностику позднего гестоза. Анализ показателей диспансерного обслуживания беременных, умерших от ПОНРП как осложнения тяжелого позднего гестоза, показал, что на учет по беременности состояло только 50% (10) женщин. В сроке беременности до 12 недель взяты на учет лишь 4 женщины (20%). Не наблюдались в женской консультации в течение 3-4 недель до родов 12 женщин (60%).

Экспертный анализ показал, что все умершие женщины относились к высокой группе риска по акушерскому кровотечению. Из 20 женщин отмечалась самая тяжелая форма позднего гестоза - эклампсия у 9 (45%); преэклампсия - у 9 (45%), нефропатия третьей степени - у 2 (10%). В связи с этим досрочное экстренное родоразрешение по тяжести состояния предпринято у всех женщин в различные сроки гестации: в сроке 24 недели - 1 (5%), в сроке 30-34 недели - 9 (45%), 35-37 недель - 5 (25%), в сроке 39-40 недель - 2 (10%).

Срочные роды через естественные родовые пути произошли у 3 (15%) женщин при наличии ПОНРП на фоне позднего гестоза тяжелой степени. При доношенной беременности этим женщинам необходимо было провести операцию кесарева сечения в плановом порядке. Родоразрешение женщин с ПОНРП на фоне гестоза во всех случаях проводилось в экстренном порядке при наличии выраженных признаков геморрагического шока.

При родоразрешении путем операции кесарева сечения в связи с массивной кровопотерей в 50% (10) произведено расширение объема операции - надвлагалищная ампутация матки. Фактически диагноз матки Кювельера устанавливается во время кесарева сечения. При наличии матки Кювельера («шоковая матка») после кесарева сечения показана экстирпация матки без придатков в связи с опасностью кровотечения в послеоперационном периоде вследствие гипокоагуляции и гипотонии матки. Ограничиваться надвлагалищной ампутацией матки в этой ситуации нецелесообразно из-за возникающего кровотечения из культи шейки матки и необходимости релапаротомии для ее удаления. Отсроченная релапаротомия всегда чревата ухудшением прогноза для жизни.

В 35% (7) проведена экстирпация матки. Экспертная оценка течения родового акта показала, что в 60% случаев (12) имела место поздняя госпитализация в родильный дом и отсроченное кесарево сечение при имеющейся клинике геморрагического шока на фоне ПОНРП у женщин с поздним гестозом. Серьезным недостатком при родоразрешении через естественные родовые пути были недооценка тяжести гестоза, недостаточное анестезиологическое пособие, затяжное течение родового акта.

В исходе массивного кровотечения особенно неблагоприятным является длительное и безуспешное консервативное лечение. Во всех случаях борьба с кровотечением у женщин начиналась поздно, при большой кровопотере. У 40% женщин продолжительная терапия была связана с использованием значительного числа методов консервативного гемостаза, включая неоднократное назначение утеротонических препаратов и ручное обследование стенок полости матки, оказавшихся неэффективными при первоначальном применении.

Недооценка кровопотери во время операции и тяжесть состояния роженицы имели место у 7 (35%), что потребовало проведения релапаротомии через 3 часа у 4 женщин (20%) и у 3 - через 4-5 часов (15%). Известно, что проведение релапаротомии и длительность операции у женщин с массивной кровопотерей всегда ухудшает прогноз.

О массивности кровопотери во время операции кесарева сечения можно судить по времени наступления летального исхода в исследуемой группе женщин. У 11

(55%) умерших смерть наступила через 2-4 часа после родоразрешения. Эти данные свидетельствуют о том, что имело место запоздалое родоразрешение, уже при развившемся декомпенсированном геморрагическом шоке и ДВС-синдроме. В первые 12-24 часа погибли 4 женщины (20%), на 3-5-е сутки - 2 (10%), на 7-е, 9-е и 12-е сутки - по 1 женщине (по 5%).

Согласно патологоанатомическим данным, смертельному исходу в исследуемой группе способствовало множество осложнений (около 3-4 на каждую), основными из которых являлись острое малокровие, отек мозга, тромбоэмболия, полиорганная недостаточность.

По причине гипотонического кровотечения, погибло 24 из 296 женщин, что составило 8,1%. Из них в 3

случаях (12,5%) причиной гипотонического кровотечения явилась патология прикрепления плаценты (частичное и полное приращение ее). Городские жительницы составили 41,6% (10) и сельские - 58,4% (14). В возрасте 18-25 лет было 10 женщин (41,6%), 26-30 лет - 2 (8,3%), 35-40 лет - 12 (50%).

Вне лечебно-профилактического учреждения умерло 5 сельских жительниц (20,8%), которые страдали хроническим алкоголизмом. Соматический анамнез у 7 женщин (29,2%) был отягощен анемией, тяжелым сочетанным поздним гестозом на фоне пиелонефрита - у 6 (25%), гипертонической болезни - у 6 (25%), ожирением страдала 1 женщина (4,2%).

Детальный клинический анализ репродуктивного анамнеза показал, что только 20,8% (5) были первобеременными, а отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 79,2% женщин (19). В анамнезе у них было от 6 до 12 аборт, причем в 30% имело место осложненное течение послеперинатального периода. У 15 женщин (62,5%) в анамнезе было от 2 до 3 родов, а у 4 (16,7%) - 4-5 родов с коротким интергенетическим интервалом.

Анализ показателя диспансерного обслуживания беременных показал, что на учете по беременности состояло только 45,8% (11), остальные 54,2% (13) не наблюдались совсем. Из них 5 (20,8%) умерли на дому от массивной кровопотери. Это были жительницы сел, расположенных далеко от ЦРБ, многорожавшие в возрасте от 37 до 40 лет. Осложненное течение беременности отмечалось в 83,3% (19): анемии, сочетанный поздний гестоз на фоне пиелонефрита, гипертонической болезни и ожирения.

Срочные роды наблюдались в 79,2% (19) и преждевременные - в 2,8% (5) в сроке 33-36 недель. Родилось живых детей - 8 (33,3%), интранатально погибло 9 (37,5%) и антенатально - 7 (29,2%).

Анализ оказания неотложной помощи больным с акушерскими кровотечениями свидетельствовал о том, что в 80% она была несвоевременной и в 64% - неадекватной. Одним из основных факторов, приведших к гибели больных от кровотечений, был недостаток организации в вопросах госпитализации и родоразрешения. Об этом свидетельствует факт смерти женщин на дому, а также направление беременных, рожениц и родильниц в стационары, где им заведомо нельзя было оказать соответствующую помощь.

Наши исследования показали, что в 5 случаях (20,8%) гипотоническое кровотечение возникло у первородящих женщин, у которых во время родов диагностирован клинически узкий таз при наличии крупного плода. Анализ течения родового акта показал, что диагностика клинически узкого таза была запоздалой и оперативное родоразрешение предпринималось через 13-15 часов от начала родовой деятельности.

Нерациональное ведение родов у первородящих женщин, незнание клиники узкого таза, длительное ведение родов приводило к так называемой биохимической травме матки, снижало ее сократительную способность и являлось причиной массивной острой кровопотери и полиорганной недостаточности. В исходе массивного кровотечения особенно неблагоприятным является длительное и безуспешное консервативное лечение. В случаях с летальным исходом борьба с кровотечением у женщин начиналась поздно, уже при имеющейся большой кровопотере. Мы считаем, что выжидательное ведение и отсрочка хирургического гемостаза объясняются недостаточной готовностью врачей к выполнению оперативного вмешательства.

В 5 случаях (20,8%) в связи с массивной кровопотерей и развившимся ДВС-синдромом проводилась надвлагалищная ампутация матки, хотя, безусловно, были все показания для гистерэктомии. Спустя некоторое время после операции при наличии выраженных признаков полиорганной недостаточности проводилась релапаротомия и экстирпация матки, что на фоне массивной кровопотери приводило к смертельному исходу.

Родильниц с домашними родами - 5 (20,8%) доставляли в лечебно-профилактическое учреждение в терминальном состоянии, то есть в состоянии необратимого шока, и даже адекватные мероприятия по выведению из шока не могли уже спасти жизнь этих женщин.

Самыми частыми ошибками врача акушера-гинеколога являлись нерационально выбранный метод родоразрешения у беременных с поздним гестозом, допускалось затяжное течение родов, при слабости родовой деятельности у этих рожениц проводились длительные стимуляции окситоцином или простагландинами. У много рожавших с тазовым предлежанием и крупным плодом ведение родов проводилось через естественные родовые пути, что приводило к затяжному течению родов, тогда как необходимо было провести операцию кесарева сечения в плановом порядке. При наличии рубца на матке не осуществлялась досрочная госпитализация в родильный дом, и беременные поступали в родильный дом с клиникой угрожающего разрыва матки, операции проводились в экстренном порядке без соответствующего медикаментозного обеспечения и наличия крови и ее компонентов в лечебном учреждении.

Акушерские кровотечения как причина смертельных исходов, как правило, возникают urgently, требуют высокой профессиональной подготовки медперсонала для оказания адекватной экстренной помощи, нередко оказываемой в ночное время в маломощных медицинских учреждениях, во время транспортировки в медицинское учреждение.

На основании представленных данных можно считать, что снижению материнской смертности от акушер-

ских кровотечений могут способствовать следующие мероприятия:

1. Прежде всего, правильная и качественная диспансеризация беременных в женской консультации, систематическая, индивидуальная работа с каждой беременной:

составление индивидуального плана обследования, ведения беременной, определение степени риска материнской и перинатальной смертности. В группу по высокому риску акушерских кровотечений должны быть отнесены беременные:

- с предлежанием плаценты, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (многорожавшие), с крупным плодом, многоводием, многоплодием, миомой матки и др.;
- с гестозом, с поражением печени, с мертвым плодом и неразвивающейся беременностью, с гломерулонефритом, у которых в 5-6% наблюдается острая ПОНРП.

2. Необходимо проводить в женской консультации

контроль системы свертывания крови во время беременности (при взятии на учет, во втором триместре, перед родами и в первом периоде родов).

3. Наличие постоянного запаса в родильных домах СЗП первой и второй групп крови в объеме не менее 3 литров, третьей и четвертой групп крови - не менее 2 литров.

4. Ввести в акушерскую практику в г. Красноярске заготовку аутоплазмы (в объеме около 600 мл) при плановом родоразрешении женщин с осложненным течением беременности.

5. Организовать в красноярском регионе выездную бригаду скорой трансфузиологической гематологической помощи, оснащенной аппаратурой для проведения лечебного плазмафереза, коагулологического контроля, имеющих весь арсенал трансфузионных сред.

6. Необходима организационная связь родильных домов с многопрофильными больницами для оказания экстренной помощи беременным, роженицам и родильницам с тяжелой экстрагенитальной патологией.

**Таблица1. Показатель материнской смертности и в абсолютных числах на 100 тыс. живорожденных в Красноярском крае по данным Госкомстата РФ**

Годы	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Край	21	33	29	30	16	30	23	21	27	23	22	18	4
	60,1	63,0	59,8	86,0	58,4	90,3	75,2	71,7	96,3	79,2	80,9	64,5	13,7
Россия	1059	943	941	806	712	737	727	638	633	565	537	503	
	54,0	47,4	52,4	50,8	51,6	52,3	53,3	48,9	50,2	44,0	44,2	39,7	33,7

**Таблица2. Структура материнской смертности от прямых акушерских причин в крае за 13 лет (1989-2001 гг.)**

Годы	6 лет (n=158)						7 лет (n= 138)						Итого	
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000		2001
Всего	21	33	27	30	17	30	23	21	27	23	22	18	4	296
Кровотечения	7-	12	3	3	3	10	3	3	6	6	4	3	1	68
%	33,3	36,4	11,1	10,0	17,7	33,3	13,0	14,3	22,2	26,1	18,2	16,70	25,0	23,0
	n = 40 (58,8%)						n = 28 (41,2%)							
Токсикозы	8	3	4	1	1	3	5	6	5	6	3	4	1	50
%	38,0	9,0	14,8	3,3	5,9	10,0	21,7	28,5	18,5	26,0	13,6	22,2	25,0	17,0
	n = 20 (12,7%)						n = 30 (21,7%)							
Ак. сепсис	2	3	4	1	1	8	3	3	4	3	2	1	1	36

%	9,5	9,0	14,8	3,3	5,9	26,7	13,0	14,2	14,8	13,0	9,0	5,6	25,0	12,1
	n= 19 (12,0%)						n= 17 (12,3%)							

**Материнская смертность от кровотечений в крае за 13 лет (1989-2001 гг.)**

	6 лет (n= 158)						7 лет (n= 138)						Итого	
Количество случаев всего	21	33	27	30	17	30	23	21	27	23	22	18	4	296
Годы	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
ПОНРП, предлежание плаценты	1	5	2	2	1	4	2	1	1	2		1	1	23
Гипо- и атония	3	2	1		1	4	1	1	4	2	3	2		24
Разрыв матки	5	5		1	1	2		1	1	2	2	1		21
	7	<b>12</b>	3	3	3	<b>10</b>	3	3	6	6	4	3	1	68
	n = 40 (58,8%)						n = 28 (41,2%)							