



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

**ПЕРВЫЙ
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994

тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

18.09.2019 № 15-4/4/2-8714

На № _____ от _____

Руководителям органов
государственной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья



№15-4/И/2-8714 от 18.09.2019

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет методическое письмо «Материнская смертность в Российской Федерации в 2018 году» для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, главными врачами перинатальных центров и родильных домов (отделений) при организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, а также гинекологическим больным.

Приложение: на 99 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения

**МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В 2018 ГОДУ**

(методическое письмо)

МОСКВА, 2019

Авторы:

заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПШОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России
О.С. Филиппов

заместитель директора Департамента – начальник отдела охраны репродуктивного здоровья и внедрения эффективной акушерско-гинекологической помощи Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России
Е.В. Гусева

директор ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Центральном федеральном округе
д.м.н. А.И. Малышкина

главный врач Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Родильный дом № 17», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга
д.м.н., профессор А.В. Михайлов

проректор по лечебной работе и последипломному образованию ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Южном федеральном округе
д.м.н. В.А. Крутова

заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии в Северо-Кавказском федеральном округе
Н.В. Зубенко

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Приволжском федеральном округе
д.м.н., профессор И.Ф. Фаткуллин

главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Уральском федеральном округе д.м.н., профессор Н.В. Башмакова

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Сибирском федеральном округе д.м.н., профессор Н.В. Артымук

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России д.м.н., профессор Т.Ю. Пестрикова

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Показатель и структура материнской смертности в Российской Федерации (по данным Росстата)	6
2. Структура и причины материнской смертности в Российской Федерации (по данным Минздрава России)	12
2.1 Материнская смертность после внематочной беременности.....	23
2.2 Материнская смертность после прерывания беременности в сроке до 22 недель (после абортов).....	23
2.3 Материнская смертность беременных женщин.....	26
2.4 Материнская смертность в родах и в послеродовом периоде.....	27
3. Материнская смертность юных женщин в Российской Федерации.....	27
4. Материнская смертность вне стационара	28
5. Материнская смертность в стационаре	29
6. Материнская смертность в федеральных округах (по данным главных внештатных специалистов по акушерству и гинекологии Минздрава России в федеральных округах).....	36
6.1 Анализ материнской смертности в Центральном федеральном округе (А.И. Малышкина)	36
6.2 Анализ материнской смертности в Северо-Западном федеральном округе (А.В. Михайлов)	43
6.3 Анализ материнской смертности в Южном федеральном округе (В.А. Крутова)	47
6.4 Анализ материнской смертности в Северо-Кавказском федеральном округе (Н.В. Зубенко)	52
6.5 Анализ материнской смертности в Приволжском федеральном округе (И.Ф. Фаткуллин)	55
6.6 Анализ материнской смертности в Уральском федеральном округе (Н.В. Башмакова).....	62

6.7 Анализ материнской смертности в Сибирском федеральном округе (Н.В. Артымук).....	78
6.8 Анализ материнской смертности в Дальневосточном федеральном округе (Т.Ю. Пестрикова).....	85
7. Заключение	90

1. Показатель и структура материнской смертности в Российской Федерации (по данным Росстата)

В 2018 году показатель материнской смертности в Российской Федерации по данным Росстата составил 9,1 на 100 000 родившихся живыми, т.е. несмотря на снижение абсолютного числа случаев материнской смерти (со 149 в 2017 году до 146 в 2018 году), отмечен рост показателя на 3,4 % к уровню аналогичного показателя в 2017 году (8,8 на 100 000 родившихся живыми).

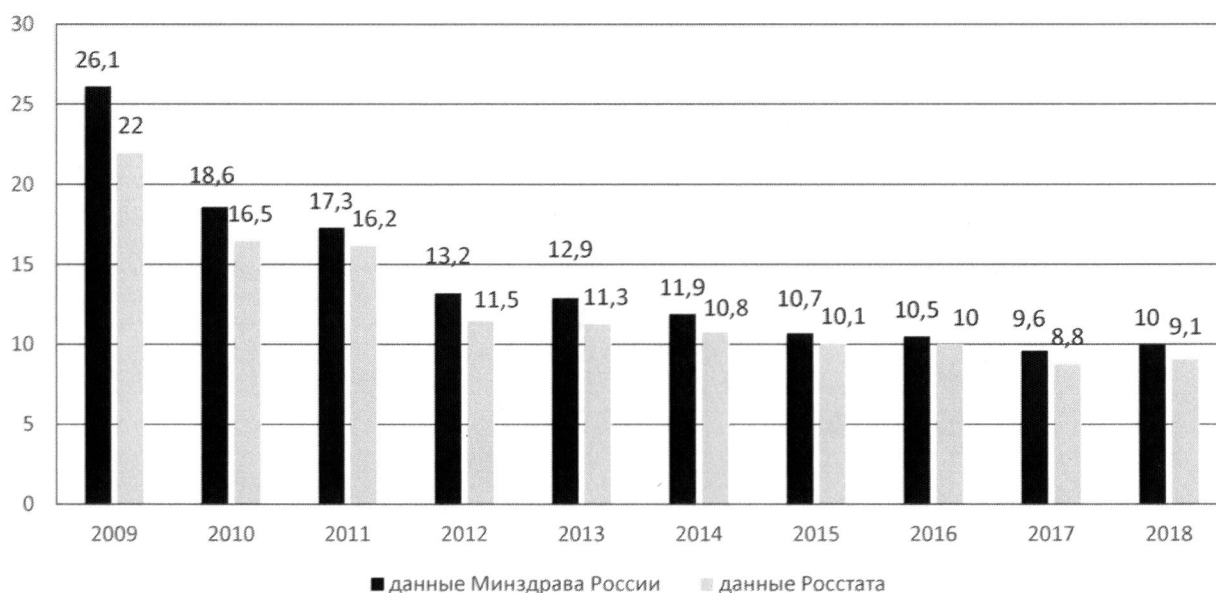


Рис. № 1. Динамика показателя материнской смертности в Российской Федерации, 2009–2018 гг. (по данным Минздрава России и Росстата).

По данным Росстата (табл. № 64) в 2018 году не зарегистрированы случаи материнской смерти в 23 субъектах Российской Федерации (в 2017 году – в 24 субъектах Российской Федерации); в 29 регионах (в 2017 году – в 33 регионах) показатель материнской смертности составил менее 10,0 на 100 000 родившихся живыми, т.е. соответствовал уровню показателя в экономически развитых странах.

По данным мониторинга, проводимого Минздравом России и основанного на анализе пояснительных записок главных акушеров-гинекологов субъектов Российской Федерации к отраслевому годовому отчету по форме № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и учетных форм № 003/у-МС «Карта донесения о случаях материнской смерти», утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июня 2006 г. № 500, в 2018 году выявлен

161 случай материнской смерти в Российской Федерации (в 2017 году – 163 случая).

Таким образом, недоучет материнской смерти в 2018 году составил 15 случаев (9,3 % от общего числа умерших по данным Минздрава России) (табл. № 1, рис. № 1).

Таблица № 1

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о числе случаев и показателях материнской смертности в Российской Федерации

Годы	Росстат		Минздрав России		Расхождение данных Росстата по отношению к данным Минздрава России	
	п	показатель*	п	показатель*	п	% от числа умерших по данным Минздрава России
2014	210	10,8	232	11,9	- 22	- 9,5
2015	196	10,1	207	10,7	- 11	- 5,3
2016	188	10,0	199	10,5	- 11	- 5,5
2017	149	8,8	163	9,6	- 14	- 8,6
2018	146	9,1	161	10,0	- 15	- 9,3

* - на 100 000 родившихся живыми

В 2018 году не выявлены расхождения данных Росстата и Минздрава России по общему числу случаев материнской смерти в Уральском и Сибирском федеральных округах (табл. № 2, № 64).

Наибольшее число неучтенных случаев отмечено в Северо-Кавказском федеральном округе – в статистике Росстата не зарегистрировано 8 случаев материнской смерти (табл. № 2, № 64).

Всего в статистике Росстата за 2018 год не учтено 16 случаев материнской смерти, из них 4 случая – в Чеченской Республике, 3 случая – в Республике Дагестан, по 2 случая – в Республике Крым и Приморском крае и по одному случаю – в Республике Ингушетия, Ивановской, Калужской, Оренбургской областях и в г. Санкт-Петербурге.

В г. Москве в статистику Росстата включен 1 случай поздней материнской смерти.

Таким образом, в целом по Российской Федерации расхождение данных Росстата и Минздрава России за 2018 год составило 15 случаев.

Расхождения статистических данных Росстата и Минздрава России по числу случаев материнской смерти в 2018 году, как и в 2017 году, отмечены в 10 субъектах Российской Федерации (табл. № 64).

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о числе случаев и показателе материнской смертности в федеральных округах, 2018 год

Федеральные округа	Росстат		Минздрав России		Расхождение данных Росстата и Минздрава России	
	п	показатель*	п	показатель*	п	% от числа умерших по данным Минздрава России
Центральный	37	9,5	38	9,7	- 1	- 2,6
Северо-Западный	14	9,6	15	10,3	- 1	- 6,7
Южный	11	6,3	13	7,5	- 2	- 15,4
Северо-Кавказский	10	7,1	18	12,7	- 8	- 44,4
Приволжский	28	9,0	29	9,3	- 1	- 3,4
Уральский	10	6,8	10	6,8	0	0
Сибирский	24	12,2	24	12,2	0	0
Дальневосточный	12	12,3	14	14,3	- 2	- 14,3
Российская Федерация	146	9,1	161	10,0	- 15	- 9,3

* - на 100 000 родившихся живыми

Среди неучтенных Росстатом 15 случаев материнской смерти 7 случаев летальных исходов после прерывания беременности в сроке до 22 недель, 7 случаев смерти беременных, рожениц и родильниц и 1 случай смерти после внематочной беременности (табл. № 3).

Сравнительные данные Росстата и Минздрава России о структуре материнской смертности в Российской Федерации, 2018 год

Структура материнской смертности	Росстат	Минздрав России	Расхождение данных Росстата и данных Минздрава России
Внематочная беременность	6	7	- 1
Прерывание беременности в сроке до 22 недель (аборт)	10	17	- 7
Беременные (все сроки гестации), роженицы и родильницы	130	137	- 7
Всего умерло	146	161	- 15

Структура материнской смертности по данным Росстата в 2018 году практически не изменилась. Как и в 2017 году основной причиной материнской смерти явились экстрагенитальные заболевания (26,0 %) и акушерская эмболия (15,8 %). На третьем месте – другие причины акушерской смерти (14,4 %) (табл. № 4).

В 2018 году отмечен рост показателей материнской смертности от акушерских кровотечений (в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, в родах и в послеродовом периоде), сепсиса во время родов и в послеродовом периоде, акушерской эмболии, разрыва матки и других причин акушерской смерти.

Не изменился показатель материнской смертности от непрямых причин акушерской смерти и медицинского аборта.

Снизился показатель материнской смертности от преэклампсии и эклампсии, а также от аборта, начатого вне лечебного учреждения и неустановленного. В статистике Росстата не зарегистрированы случаи смерти от осложнений анестезии (табл. № 4).

Таблица № 4

Основные причины материнской смерти в Российской Федерации (все население) в 2017–2018 гг. (по данным Росстата)

Основные причины материнской смерти	2017			2018		
	п	%	показатель*	п	%	показатель*
Внематочная беременность	12	8,1	0,71	6	4,1	0,37
Медицинский аборт	2	1,3	0,12	2	1,4	0,12
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный	9	6,0	0,53	8	5,5	0,50
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	18	12,1	1,06	13	8,9	0,81
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9	6,0	0,53	12	8,2	0,75
Кровотечения в родах и в послеродовом периоде	8	5,4	0,47	8	5,5	0,50
Осложнения анестезии	2	1,3	0,12	0	0	0
Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	8	5,4	0,47	11	7,5	0,69
Акушерская эмболия	23	15,4	1,36	23	15,8	1,43
Разрыв матки	0	0	0	4	2,7	0,25
Другие причины акушерской смерти	18	12,1	1,06	21	14,4	1,31
Непрямые причины акушерской смерти	40	26,9	2,37	38	26,0	2,37
ВСЕГО	149	100,0	8,8	146	100,0	9,1

* - на 100 000 родившихся живыми

**Материнская смертность среди жительниц городских поселений
и сельской местности (по данным Росстата)**

	2016		2017		2018	
	п	показатель*	п	показатель*	п	показатель*
Всего	188	10,0	149	8,8	146	9,1
Город	125	8,8	110	8,7	106	8,8
Село	63	13,6	39	9,3	40	10,0

* - на 100 000 родившихся живыми

В 2018 году, по сравнению с 2017 годом, отмечен рост показателя материнской смертности среди сельского населения на 7,5 % (с 9,3 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 10,0 в 2018 году) (табл. № 5).

Несмотря на уменьшение числа случаев смерти городских женщин (со 110 в 2017 году до 106 в 2018 году), показатель материнской смертности среди городского населения увеличился на 1,1 % (с 8,7 до 8,8 на 100 000 родившихся живыми соответственно).

В 2018 году показатель материнской смертности среди сельских женщин на 13,6 % превышал аналогичный показатель среди городского населения (в 2017 году – на 6,9 %).

Таким образом, в 2018 году различия показателей материнской смертности среди сельских и городских женщин увеличились.

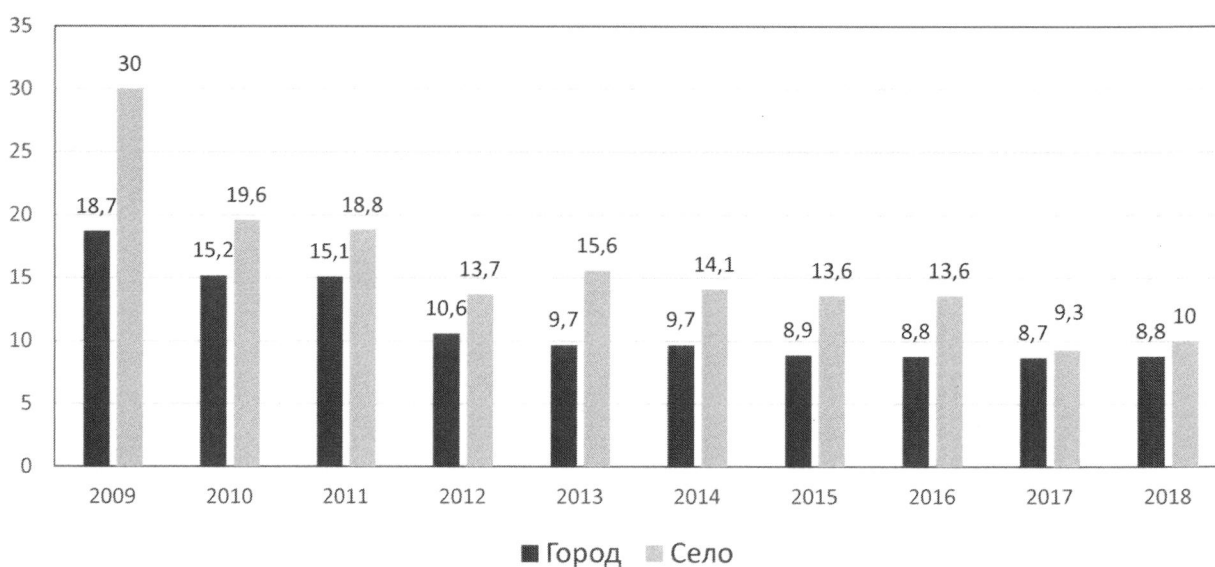


Рис. № 2. Динамика показателя материнской смертности среди городского и сельского населения в Российской Федерации, 2009–2018 гг.

Структура причин материнской смертности городского и сельского населения отличалась (табл. № 6).

Среди причин смерти у жительниц города первое место заняли экстрагенитальные заболевания (30,2 %), второе – акушерская эмболия (18,9 %), третье – другие причины акушерской смерти (12,3 %).

В структуре причин материнской смертности среди сельского населения в 2018 году отмечены неблагоприятные изменения: первое место заняли акушерские кровотечения (суммарно 22,5 %), второе место – другие причины акушерской смерти (20,0 %) и третье место – экстрагенитальные заболевания (15,0 %).

Таблица № 6

**Причины материнской смерти в Российской Федерации
среди городского и сельского населения (по данным Росстата), 2018 г.**

Основные причины материнской смерти	Городское население			Сельское население		
	п	%	показатель*	п	%	показатель*
Внематочная беременность	5	4,7	0,41	1	2,5	0,25
Медицинский аборт	1	0,9	0,08	1	2,5	0,25
Аборт, начатый вне лечебного учреждения и неустановленный	5	4,7	0,41	3	7,5	0,75
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	8	7,55	0,66	5	12,5	1,25
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	8	7,55	0,66	4	10,0	1,00
Кровотечения в родах и в послеродовом периоде	3	2,8	0,25	5	12,5	1,25
Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	9	8,5	0,75	2	5,0	0,50
Акушерская эмболия	20	18,9	1,66	3	7,5	0,75
Разрыв матки	2	1,9	0,17	2	5,0	0,50
Другие причины акушерской смерти	13	12,3	1,08	8	20,0	2,00
Непрямые причины акушерской смерти (экстрагенитальные заболевания)	32	30,2	2,66	6	15,0	1,50
ВСЕГО	106	100,0	8,79	40	100,0	10,00

* - на 100 000 родившихся живыми

Необходимо отметить, что показатель материнской смертности от акушерских кровотечений (суммарно) среди сельского населения в 2,5 раза превышал аналогичный показатель среди городского населения, от преэклампсии и эклампсии – в 1,9 раза, от аборта, начатого вне лечебного учреждения – в 1,8 раза.

В тоже время среди городских женщин, по сравнению с сельскими, были выше показатели материнской смертности от акушерской эмболии (в 2,2 раза) и экстрагенитальных заболеваний (в 1,8 раза).

2. Структура и причины материнской смертности в Российской Федерации (по данным Минздрава России)

Анализ случаев материнской смерти в Российской Федерации за 2018 год проведен на основании данных учетной формы № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 23 июня 2006 г. № 500, а также пояснительных записок главных акушеров-гинекологов субъектов Российской Федерации, ежегодно подаваемых в Минздрав России к отраслевому годовому отчету по форме № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

По данным Минздрава России в 2018 году зарегистрирован 161 случай материнской смерти (в 2017 году – 163 случая); показатель материнской смертности составил 10,0 на 100 000 родившихся живыми, что на 4,2 % выше, чем в 2017 году (9,6 на 100 000 родившихся живыми).

Анализ материнской смертности в федеральных округах (табл. № 7) свидетельствует о повышении в 2018 году показателя материнской смертности в большинстве федеральных округов, в том числе в Дальневосточном – на 47,4 %, в Северо-Кавказском – на 44,3 %, в Сибирском – на 41,9 %, в Приволжском – на 17,7 % и в Южном – на 13,6 %.

Максимальный показатель материнской смертности в 2018 году зарегистрирован в Дальневосточном федеральном округе (14,3 на 100 000 родившихся живыми), минимальный – в Уральском федеральном округе (6,8 на 100 000 родившихся живыми) (табл. № 7).

Таблица № 7

Материнская смертность в федеральных округах в 2017–2018 гг.

Федеральные округа	2017			2018			Динамика показателя в 2018 году к уровню 2017 года (%)
	всего умерло (n)	доля от общего числа умерших (%)	показатель*	всего умерло (n)	доля от общего числа умерших (%)	показатель*	
Центральный	46	28,2	11,2	38	23,6	9,7	- 13,4
Северо-Западный	26	15,9	16,8	15	9,3	10,3	- 38,7
Южный	12	7,4	6,6	13	8,1	7,5	+ 13,6
Северо-Кавказский	13	8,0	8,8	18	11,2	12,7	+ 44,3

Приволжский	26	15,9	7,9	29	18,0	9,3	+ 17,7
Уральский	12	7,4	7,7	10	6,2	6,8	- 11,7
Сибирский	18	11,0	8,6	24	14,9	12,2	+ 41,9
Дальневосточный	10**	6,1**	9,7**	14**	8,7**	14,3**	+ 47,4
Российская Федерация	163	100,0	9,6	161	100,0	10,0	+ 4,2

* - на 100 000 родившихся живыми

** - с учетом Республики Бурятия и Забайкальского края

По данным Минздрава России (табл. № 64) в 2018 году, как и в 2017 году, не зарегистрированы случаи материнской смерти в 20 субъектах Российской Федерации; в 26 регионах (в 2017 году – в 34 регионах) показатель материнской смертности составил менее 10,0 на 100 000 родившихся живыми, т.е. соответствовал уровню показателя в экономически развитых странах.

Увеличение числа умерших во время беременности, родов и в послеродовом периоде в 2018 году, по сравнению с 2017 годом, имеет место в 29 субъектах Российской Федерации, из них в 23 регионах отмечены показатели материнской смертности, превышающие среднее значение по Российской Федерации: Республика Алтай (59,8 на 100 000 родившихся живыми), Костромская область (48,1), Сахалинская область (33,4), Республика Калмыкия (32,7), Республика Тыва (30,6), Орловская область (29,8), Ульяновская область (25,0), Курганская область (23,1), Амурская область (22,7), Республика Дагестан (20,8), Удмуртская Республика (18,3), Новгородская область (17,1), Ярославская область (16,1), Республика Саха (Якутия) (15,2), Республика Мордовия (15,0), Приморский край (15,0), Красноярский край (14,9), Республика Бурятия (14,4), Республика Ингушетия (12,4), Новосибирская область (12,2), Кемеровская область (11,3), Ивановская область (11,0), Республика Татарстан (10,8).

По результатам анализа 161 случая материнской смерти в 2018 году установлено, что среди умерших женщин доля первобеременных составила 17,4 % (в 2017 году – 19,6 %), доля женщин, не наблюдавшихся во время беременности – 23 % (в 2017 году – 24,5 %).

В 2018 году 2 женщины умерли в послеродовом периоде от осложнений беременности, наступившей после экстракорпорального оплодотворения.

Причинами смерти явились:

1) преэклампсия тяжелой степени при сроке гестации 38 недель, гипотоническое маточное кровотечение, субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с формированием внутримозговой гематомы левой височной, затылочной, теменной долей головного мозга с прорывом крови в полость левого бокового желудочка;

2) тромбоз верхнего сагиттального синуса, конвекситальных вен с развитием венозного инфаркта обеих лобных долей с геморрагической трансформацией слева при беременности 27-28 недель.

В структуре материнской смертности в 2018 году (табл. № 8) отмечено снижение удельного веса умерших после внематочной беременности (с 7,4 % в 2017 году до 4,3 % в 2018 году) и после аборта (с 12,3 % до 10,6 % соответственно).

Таблица № 8

**Структура материнской смертности в Российской Федерации
в 2014–2018 гг. (с учетом умерших вне стационара)**

Структура материнской смертности	2014		2015		2016		2017		2018	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Умерло всего, в том числе:	232	100,0	207	100,0	199	100,0	163	100,0	161	100,0
- после внематочной беременности	5	2,2	7	3,4	5	2,5	12	7,4	7	4,3
- после аборта до 22 недель	30	12,9	31	15,0	26	13,1	20	12,3	17	10,6
- во время беременности, родов и в послеродовом периоде	197	84,9	169	81,6	168	84,4	131	80,4	137	85,1

Анализ динамики показателей материнской смертности от основных причин за период 2016–2018 годы (табл. № 9, рис. № 3) свидетельствует о снижении в течение указанного периода показателей материнской смертности от преэклампсии и эклампсии (на 31,9 %), эмболии околоплодными водами (на 23,6 %), тромбоэмболии легочной артерии (21,9 %), осложнений анестезии (на 76,9 %), прочих акушерских причин (на 42,9 %)

В тоже время нестабильными являются показатели материнской смертности от кровотечений, экстрагенитальных заболеваний, септических осложнений, разрыва матки и воздушной эмболии.

Число случаев и показатели материнской смертности от основных причин в Российской Федерации в 2016–2018 гг.

Основные причины материнской смерти	2016		2017		2018	
	всего умерло (n)	показатель*	всего умерло (n)	показатель*	всего умерло (n)	показатель*
Кровотечения	37	1,96	38	2,25	30	1,87
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	26	1,38	21	1,24	15	0,94
Септические осложнения	23	1,22	14	0,83	20	1,25
Осложнения анестезии	5	0,26	5	0,30	1	0,06
Эмболия околоплодными водами	20	1,06	18	1,06	13	0,81
Тромбоэмболия легочной артерии	12	0,64	7	0,41	8	0,50
Воздушная эмболия	1	0,05	-	-	2	0,12
Разрыв матки	4	0,21	-	-	4	0,25
Прочие акушерские причины	4	0,21	3	0,18	2	0,12
Экстрагенитальные заболевания	67	3,55	57	3,37	66	4,11
Все причины	199	10,54	163	9,64	161	10,03

* - на 100 000 родившихся живыми

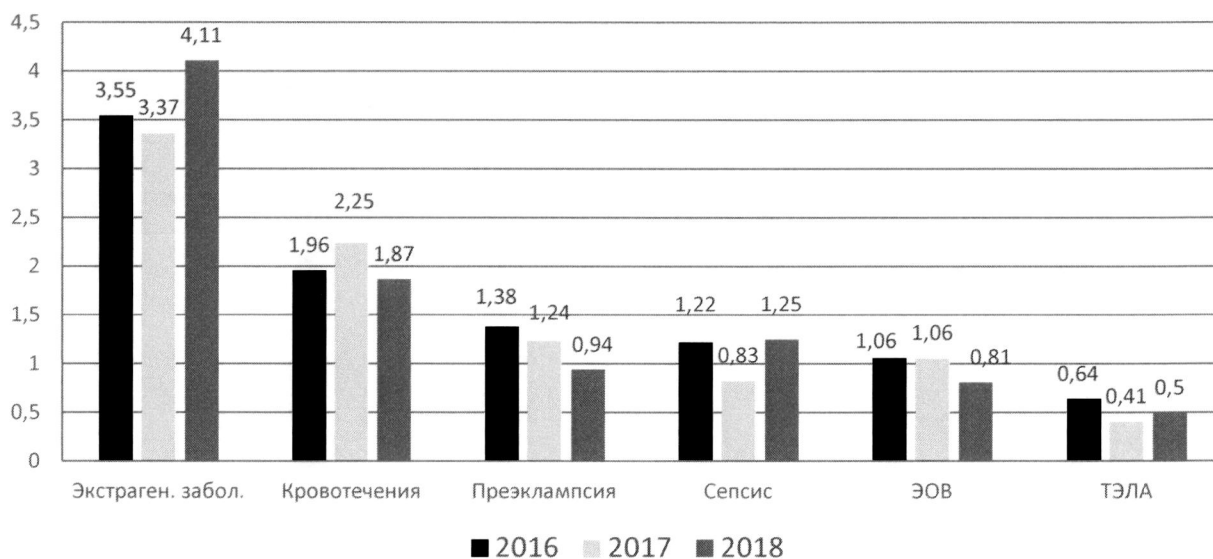


Рис. № 3. Динамика показателей материнской смертности от основных причин в Российской Федерации, 2016–2018 гг.

В структуре причин материнской смерти в 2018 году (табл. № 10), как и в 2017 году, первое место заняли экстрагенитальные заболевания, доля которых возросла с 35 % до 41,0 %, второе – кровотечения, удельный вес которых снизился с 23,3 % до 18,6 %, на третье место вышли септические осложнения, доля которых увеличилась с 8,6% до 12,4 % (в 2017 году третье место занимали отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства с удельным весом 12,9 %).

Таблица № 10

**Основные причины материнской смерти в 2018 году
(с учетом умерших вне стационара)**

Основные причины материнской смерти	Внематочная беременность	После прерывания беременности в сроке до 22 недель (после аборта)	Беременные в сроке до 22 недель	Беременные в сроке с 22 недель, роженицы и родильницы	Всего	
					п	%
Умерло от всех причин, в т.ч.:	7	17	9	128	161	100,0
- кровотечения	5	4		21	30	18,6
- отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства				15	15	9,3
- септические осложнения		6		14	20	12,4
- осложнения анестезии				1	1	0,6
- эмболия околоплодными водами				13	13	8,1
- тромбоэмболия легочной артерии				8	8	5,0
- воздушная эмболия				2	2	1,2
- разрыв матки				4	4	2,5
- прочие акушерские причины			1	1	2	1,2
- экстрагенитальные заболевания	2	7	8	49	66	41,0

Экстрагенитальные заболевания в 2018 году явились причиной смерти 66 женщин, показатель материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний составил 4,11 на 100 000 родившихся живыми (табл. № 9, рис. № 3).

В структуре экстрагенитальных заболеваний преобладали болезни системы кровообращения (29 случаев, т.е. 43,9 %), в том числе венозные тромбозы – 12 случаев, разрывы аневризм сосудов различной локализации и кровоизлияния – 8 случаев, эндокардит – 2 случая, кардиомиопатия – 1 случай, прочие – 6 случаев).

От болезней органов дыхания погибли 9 женщин, от инфекционных заболеваний – 9 (из них от осложнений ВИЧ-инфекции – 7), от болезней органов пищеварения – 5, от злокачественных новообразований – 5, от заболеваний почек – 1 и от прочих заболеваний – 8.

Из 66 женщин в условиях медицинских организаций умерли 58 (87,9 %), вне стационара – 8 (12,1 %).

Анализ распределения женщин, умерших в стационаре от экстрагенитальных заболеваний в 2018 году, по уровню медицинских организаций, где произошла смерть (табл. № 11, № 27), свидетельствует, что большинство женщин (70,7 %) погибли в стационарах III группы (в 2017 году – 56,9 %).

В 2018 году сохранился тренд снижения удельного веса женщин, умерших от экстрагенитальных заболеваний в стационарах I (с 4,8 % в 2016 году до 3,9 % в 2017 году и 1,7 % в 2018 году) и II (с 56,5 % до 39,2 % и 27,6 % соответственно) группы, и увеличения доли женщин, умерших в стационарах III группы (с 38,7 % в 2016 году до 56,9 % в 2017 году и 70,7 % в 2018 году) (табл. № 27, рис. № 8).

Большинство случаев материнской смерти от экстрагенитальных заболеваний (71,2 %) экспертами признаны непредотвратимыми (табл. № 12) (в 2017 году доля непредотвратимых причин смерти составляла 66,6 %).

Таблица № 11

**Распределение женщин, умерших в Российской Федерации
от основных причин материнской смерти,
по уровням медицинских организаций, где произошла смерть
(абсолютные числа и % от числа женщин, умерших в стационаре), 2018 г.**

Основные причины материнской смерти	Медицинские организации						Всего умерло в стационаре
	Акушерские стационары I группы или иные отделения многопрофильных стационаров I уровня		Акушерские стационары II группы или иные отделения многопрофильных стационаров II уровня		Акушерские стационары III группы или иные отделения многопрофильных стационаров III уровня		
	п	%	п	%	п	%	
Внематочная беременность	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3

(кровотечение)							
Акушерские кровотечения	8	40,0	7	35,0	5	25,0	20
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	-	-	3	20,0	12	80,0	15
Сепсис	1	5,3	6	31,5	12	63,2	19
Экстрагенитальные заболевания	1	1,7	16	27,6	41	70,7	58
Осложнения анестезии	-	-	1	100,0	-	-	1
Эмболия околоплодными водами	2	15,4	5	38,5	6	46,1	13
Тромбоэмболия легочной артерии	-	-	4	57,1	3	42,9	7
Воздушная эмболия	-	-	-	-	1	100,0	1
Разрыв матки	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
Прочие	-	-	1	50,0	1	50,0	2
Итого	14	9,9	45	31,7	83	58,4	142

Таблица № 12

Предотвратимость случаев материнской смерти в 2018 году

Основные причины материнской смерти	Предотвратимость смерти						Всего умерло
	Предотвратима		Условно предотвратима		Непредотвратима		
	п	%	п	%	п	%	
Внематочная беременность (кровотечение)	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5
Акушерские кровотечения	6	24,0	10	40,0	9	36,0	25
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	1	6,7	9	60,0	5	33,3	15
Сепсис	1	5,0	14	70,0	5	25,0	20
Экстрагенитальные заболевания	2	3,0	17	25,8	47	71,2	66
Осложнения анестезии	1	100,0	-	-	-	-	1
Эмболия околоплодными водами	-	-	-	-	13	100,0	13
Тромбоэмболия легочной артерии	-	-	-	-	8	100,0	8
Воздушная эмболия	-	-	-	-	2	100,0	2
Разрыв матки	-	-	2	50,0	2	50,0	4
Прочие	-	-	1	50,0	1	50,0	2
Итого	13	8,1	55	34,1	93	57,8	161

В 2018 году уменьшилось число женщин, умерших от *кровотечений* (с 38 в 2017 году до 30 в 2018 году). Показатель материнской смертности от кровотечений снизился на 16,9% (с 2,25 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 1,87 – в 2018 году) (табл. № 9, рис. № 3).

Среди женщин, умерших от кровотечений, в 2018 году, по сравнению с 2017 годом, в 2 раза уменьшилось число погибших от кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах (с 12 до 6) и в 2,2 раза – от кровотечений при внематочной беременности (с 11 до 5) (табл. № 13).

Вместе с тем возросло число случаев смерти от кровотечений, обусловленных преждевременной отслойкой и предлежанием плаценты (с 10 до 15).

Таблица № 13

Материнская смертность от кровотечений, 2016–2018 гг.

Причины смерти	2016			2017			2018		
	п	%	показатель*	п	%	показатель*	п	%	показатель*
Преждевременная отслойка и предлежание плаценты	14	37,8	0,74	10	26,3	0,59	15	50,0	0,94
Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде	13	35,1	0,69	12	31,6	0,71	6	20,0	0,37
Прочие причины кровотечений до 22 недель	6	16,2	0,32	5	13,2	0,30	4	13,3	0,25
Кровотечения при внематочной беременности	4	10,8	0,21	11	28,9	0,65	5	16,7	0,31
Всего	37	100,0	1,96	38	100,0	2,25	30	100,0	1,87

* - на 100 000 родившихся живыми

В 2018 году 7 женщин погибли от кровотечений вне стационара (в 2017 году – 9), из них 2 – от кровотечений при внематочной беременности, 2 – от кровотечений в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, 1 – от кровотечения при центральном предлежании плаценты, 1 – от кровотечения в последовом периоде, обусловленного истинным приращением нормально расположенной плаценты, и 1 – от кровотечения при самопроизвольном прерывании беременности.

Из 23 женщин, умерших от кровотечений в стационаре, 9 погибли в стационарах I группы, 8 – в стационарах II группы и 6 – в стационарах III группы (табл. № 11).

Необходимо отметить двукратный рост в 2018 году доли летальных исходов от акушерских кровотечений в учреждениях родовспоможения I группы (с 18,2 % в 2017 году до 40,0 % в 2018 году, т.е. с 4 до 8 случаев) на фоне снижения доли умерших от акушерских кровотечений в учреждениях родовспоможения III группы (с 54,5 % до 25,0 %, т.е. с 12 до 5 случаев соответственно) (табл. № 11, № 27, рис. № 6).

Из 30 случаев смерти от кровотечений 8 случаев (26,7 %) расценены как предотвратимые (табл. № 12).

Третье место в структуре материнской смертности в 2018 году заняли *септические осложнения* после родов и аборт (12,4 %).

Показатель материнской смертности от *септических осложнений* увеличился на 50,6 % (с 0,83 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 1,25 в 2018 году) (табл. № 9).

Число случаев смерти от сепсиса после аборта в 2018 году, по сравнению с 2017 годом, не изменилось и составило 6, при этом число летальных исходов от послеродового сепсиса возросло с 8 в 2017 году до 14 в 2018 году.

От септических осложнений после неуточненного аборта погибли 3 женщины (в 2017 году – 1), после криминального аборта – 2 (в 2017 году – 1) и после самопроизвольного аборта – 1 (в 2017 году – 3).

В 2018 году уменьшилось число женщин, погибших от сепсиса вне стационара (3 случая в 2017 году, 1 случай в 2018 году).

В стационаре I уровня от сепсиса погибла 1 женщина (в 2017 году случаев смерти от сепсиса в стационарах I уровня не было зарегистрировано), в стационарах II уровня – 6 женщин, т.е. 31,5 % (в 2017 году – 5 женщин, т.е. 45,5 %), в стационарах III уровня – 12 женщин, т.е. 63,2 % (в 2017 году – 6 женщин, т.е. 54,5 %) (табл. № 27, рис. № 9).

Предотвратимым признан 1 случай смерти от послеродового сепсиса (табл. № 12).

В 2018 году продолжилось снижение материнской смертности от *преэклампсии и эклампсии*. Показатель материнской смертности по сравнению с 2017 годом уменьшился на 24,2 % и составил 0,94 на 100 000 родившихся живыми (в 2017 году составлял 1,24), число случаев смерти сократилось с 21 до 15 (табл. № 9, рис. № 3).

В 2018 году несколько уменьшилась частота острого жирового гепатоза и HELLP-синдрома (с 57,1 % в 2017 году до 53,3 % в 2018 году) и эклампсии (с 23,8 % до 20,0 % соответственно).

Среди женщин, умерших от тяжелой преэклампсии в 2018 году, 1 была в возрасте 17 лет (погибла на 3 сутки после срочных родов).

Все пациентки погибли в условиях стационара, из них 3 (20,0 %) – в стационарах II уровня и 12 (80,0 %) – в стационарах III уровня (табл. № 11, № 27). Случаев смерти от преэклампсии и эклампсии в стационарах I уровня не зарегистрировано.

Таким образом, в 2018 году продолжился рост доли женщин, умерших от преэклампсии и эклампсии в стационарах III уровня (с 76,2 % в 2017 году до 80,0 % в 2018 году) на фоне снижения удельного веса женщин, умерших

в стационарах II уровня (с 23,8 % до 20,0 %) и отсутствия случаев смерти от преэклампсии и эклампсии в стационарах I уровня (табл. № 27, рис. № 7).

Предотвратимым признан 1 случай смерти от преэклампсии (табл. № 12).

Показатель материнской смертности от *эмболии околоплодными водами* в 2018 году уменьшился на 23,6 % и составил 0,81 на 100 000 родившихся живыми (в 2017 году составлял 1,06), число умерших сократилось с 18 в 2017 году до 13 в 2018 году (табл. № 9, рис. № 3).

Из 13 женщин, умерших вследствие эмболии околоплодными водами, 4 погибли во время родов и 9 – в послеродовом периоде (из них 8 в течение первых суток после родов и 1 на 14 сутки) (табл. № 21).

Все пациентки погибли в стационарах, из них 2 (15,4 %) – в акушерских стационарах I группы, 5 (38,5 %) – в акушерских стационарах II группы и 6 (46,1 %) – в акушерских в стационарах III группы (табл. № 11, № 27).

Все случаи смерти от эмболии околоплодными водами экспертами признаны непредотвратимыми (табл. № 12).

От *тромбоэмболии легочной артерии* в 2018 году умерли 8 женщин (в 2017 году – 7). Показатель материнской смертности от тромбоэмболии легочной артерии увеличился на 22,0 % (с 0,41 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 0,50 в 2018 году) (табл. № 9, рис. № 3).

Из 8 женщин, умерших от тромбоэмболии легочной артерии, 7 погибли в послеродовом периоде и 1 – во время беременности в сроке 25-26 недель.

Вне стационара погибла 1 пациентка, 4 умерли в стационарах II уровня и 3 – в стационарах III уровня (табл. № 11).

Все случаи смерти от тромбоэмболии легочной артерии признаны непредотвратимыми (табл. № 12).

В 2018 году 2 женщины погибли в результате *воздушной эмболии*. Показатель материнской смертности составил 0,12 на 100 000 родившихся живыми (табл. № 9).

В одном случае летальный исход наступил вне стационара во время преждевременных родов при беременности 35-36 недель, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод и частичной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Второй случай смерти произошел в акушерском стационаре III группы на 8 сутки после 3-х срочных оперативных родов (через 50 минут после гистероскопии с выскабливанием стенок и дренированием полости матки) у женщины с артерио-венозной мальформацией матки с локализацией конгломератов сосудов артериального, венозного и неопределенного типов с аневризматическими расширениями во всех стенках и слоях тела и шейки матки с гипоплазией миометрия и варикозным расширением вен матки,

параметрия, мезосальпинкса, мезовария, почек, забрюшинной клетчатки, селезенки, печени, легких.

Оба случая признаны непредотвратимыми.

В 2018 году вновь были зарегистрированы случаи материнской смерти от *разрыва матки*. Всего умерли 4 женщины, показатель материнской смертности от разрыва матки составил 0,25 на 100 000 родившихся живыми (табл. № 9).

В трех случаях имел место разрыв матки по рубцу после кесарева сечения, который произошел во время беременности в сроках 25, 33 и 35-36 недель, и в одном случае причиной смерти стал гистопатический разрыв задней стенки матки во время 5-х срочных родов, осложненных клинически узким тазом.

Три женщины погибли в послеродовом периоде в акушерских стационарах I, II и III группы.

Одна женщина умерла беременной в сроке 25 недель вне стационара.

Непредотвратимыми признаны 2 случая смерти, условно предотвратимым – 2 случая (табл. № 12).

От *осложнений анестезиологического пособия* в 2018 году умерла 1 женщина (в 2017 году – 5). Показатель материнской смертности снизился на 80,0 % (с 0,30 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 0,06 в 2018 году) (табл. № 9).

Таблица № 14

Причины материнской смерти от осложнений анестезиологических пособий и реанимационных мероприятий, 2016–2018 гг.

Причины смерти	2016	2017	2018
Всего	5	5	1
в том числе:			
- аспирационный синдром	-	1	-
- осложнения интубации	1	-	-
- осложнения эпидуральной анестезии	-	1	-
- анафилактический шок на анестетики	3	-	-
- осложнения катетеризации подключичных вен	1	2	1
- прочие причины	-	1	-

Причиной смерти пациентки в акушерском стационаре II группы явилась травма подключичной вены при катетеризации с развитием правостороннего гемоторакса и коллапса правого легкого в послеродовом периоде после преждевременных родов при беременности 26-27 недель, осложненных гипотоническим кровотечением.

Случай смерти признан предотвратимым (табл. № 12).

2.1 Материнская смертность после внематочной беременности

После внематочной беременности в 2018 году умерли 7 женщин (в 2017 году – 12), показатель материнской смертности снизился с 0,71 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 0,44 в 2018 году.

В 5 случаях причиной смерти явилась массивная кровопотеря и в 2 случаях – экстрагенитальные заболевания (тромбоз глубоких вен голени, осложненный тромбоэмболией легочной артерии, и ВИЧ-инфекция) (табл. № 10).

Из 7 женщин вне стационара умерли 2 женщины, в стационарах I уровня – 2, II уровня – 2, III уровня – 1.

Предотвратимыми признаны 2 случая смерти, условно предотвратимыми – 2 и предотвратимыми – 3.

2.2 Материнская смертность после прерывания беременности в сроке до 22 недель (после абортов)

По данным Минздрава России общее число абортов в Российской Федерации снизилось с 627 127 в 2017 году до 567 183 в 2018 году (на 9,6 %).

Показатель абортов на 1 000 женщин фертильного возраста уменьшился на 9,5 %, на 100 родившихся живыми и мертвыми – на 4,8 % (табл. № 15).

Таблица № 15

Динамика абортов в Российской Федерации (по данным Минздрава России)

	2014	2015	2016	2017	2018
Общее число абортов (тыс.)	814,2	746,7	688,1	627,1	567,2
Показатель на 1 000 женщин фертильного возраста	22,8	21,0	19,5	17,9	16,2
Показатель на 100 родившихся живыми и мертвыми	42,3	38,9	36,8	37,5	35,7

В 2018 году сохранилась тенденция снижения числа случаев материнской смерти после абортов (с 26 в 2016 году до 20 в 2017 году и 17 в 2018 году).

Показатель материнской смертности после абортов снизился соответственно с 1,38 до 1,18 и 1,06 на 100 000 родившихся живыми.

Удельный вес абортов в структуре материнской смертности сократился с 13,1 % в 2016 году до 12,3 % в 2017 году и 10,6 % в 2018 году.



Рис. № 4. Число случаев материнской смерти, в том числе после абортов, в Российской Федерации, 2009–2018 гг.

В структуре абортов, явившихся причиной материнской смерти в 2018 году, преобладали аборты по медицинским показаниям (6 случаев, или 35,3 %) и внебольничные неуточненные аборты (5 случаев, или 29,4 %) (табл. № 16).

В 4 случаях летальный исход наступил после самопроизвольного аборта и в 2 случаях – после криминального вмешательства.

Таблица № 16

Структура абортов среди умерших после прерывания беременности, 2016–2018 гг.

Структура абортов	2016		2017		2018	
	п	%	п	%	п	%
Самопроизвольные	9	34,6	10	50,0	4	23,5
Медицинские легальные (артифициальные)	2	7,7	1	5,0	-	-
Медицинские по медицинским показаниям	11	42,3	6	30,0	6	35,3
Криминальные	-	-	1	5,0	2	11,8
Внебольничные неуточненные	4	15,4	2	10,0	5	29,4
Всего	26	100,0	20	100,0	17	100,0

Причинами смерти женщин после прерывания беременности (табл. № 17) явились экстрагенитальные заболевания (41,2 %), септические осложнения (35,3 %) и кровотечения (23,5 %).

Таблица № 17

**Причины материнской смерти после прерывания беременности,
2016–2018 гг.**

Основные причины смерти	2016		2017		2018	
	п	%	п	%	п	%
Кровотечения	6	23,1	5	25,0	4	23,5
Сепсис	6	23,1	6	30,0	6	35,3
Экстрагенитальные заболевания	10	38,5	5	25,0	7	41,2
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	-	-	2	10,0	-	-
Осложнения анестезии	2	7,7	-	-	-	-
Тромбоэмболия легочной артерии	-	-	1	5,0	-	-
Эмболия околоплодными водами	-	-	1	5,0	-	-
Прочие	2	7,7	-	-	-	-
Всего	26	100,0	20	100,0	17	100,0

Из 17 случаев материнской смерти после абортов 2 летальных исхода произошли после прерывания беременности до 12 недель и 15 – после прерывания беременности в поздние сроки (12–21 неделя) (табл. № 18).

Таблица № 18

**Структура абортов среди умерших после прерывания беременности
в зависимости от срока беременности (п), 2017–2018 гг.**

Структура абортов	до 12 недель		12-21 неделя		Всего	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Самопроизвольные	1	1	9	3	10	4
Медицинские легальные (артифициальные)	1	-	-	-	1	-
Медицинские по медицинским показаниям	1	1	5	5	6	6
Криминальные	-	-	1	2	1	2
Внебольничные неуточненные	-	-	2	5	2	5
Всего	3	2	17	15	20	17

Основными причинами летальных исходов после прерывания беременности в поздние сроки в 2018 году явились экстрагенитальные заболевания (7 случаев) и сепсис (5 случаев) (табл. № 19).

Таблица № 19

**Причины материнской смерти после прерывания беременности
в зависимости от срока беременности, 2017–2018 гг.**

Основные причины материнской смерти	до 12 недель		12-21 неделя		Всего	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Кровотечения	1	1	4	3	5	4
Сепсис	1	1	5	5	6	6
Экстрагенитальные заболевания	1	-	4	7	5	7
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	-	-	2	-	2	-
Тромбоэмболия легочной артерии	-	-	1	-	1	-
Эмболия околоплодными водами	-	-	1	-	1	-
Всего	3	2	17	15	20	17

2.3 Материнская смертность беременных женщин

Число женщин, умерших беременными, увеличилось с 14 в 2017 году до 20 в 2018 году.

Основной причиной смерти женщин во время беременности явились экстрагенитальные заболевания (15 случаев) (табл. № 20).

Таблица № 20

Причины смерти беременных в зависимости от срока гестации (n), 2018 г.

Причины материнской смерти	до 12 недель	12-21 неделя	22-27 недель	28 недель и более	Всего
Экстрагенитальные заболевания	2	6	4	3	15
Акушерские кровотечения	-	-	-	2	2
Тромбоэмболия легочной артерии	-	-	1	-	1
Разрыв матки	-	-	1	-	1
Прочие	-	1	1	-	2
Всего	2	7	7	5	21

2.4 Материнская смертность в родах и в послеродовом периоде

Во время родов в 2018 году погибли 8 женщин (в 2017 году – 7 женщин), в послеродовом периоде – 108 (в 2017 году – 110).

Основной причиной смерти женщин в родах явилась эмболия околоплодными водами, в послеродовом периоде – экстрагенитальные заболевания (табл. № 21).

Таблица № 21

Причины материнской смерти рожениц и родильниц, 2018 г.

Основные причины материнской смерти	Во время родов		В послеродовом периоде	
	п	%	п	%
Умерло от всех причин	8	100,0	108	100,0
в том числе:	2	25,0	17	15,7
- кровотечения				
- отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	-	-	15	13,9
- септические осложнения	1	12,5	13	12,0
- осложнения анестезии	-	-	1	0,9
- эмболия околоплодными водами	4	50,0	9	8,3
- тромбоэмболия легочной артерии	-	-	7	6,5
- воздушная эмболия	1	12,5	1	0,9
- разрыв матки	-	-	3	2,8
- не прямые причины акушерской смерти	-	-	42	38,9

3. Материнская смертность юных женщин в Российской Федерации

В 2018 году в Российской Федерации зарегистрирован 1 случай материнской смерти в возрасте 17 лет от тяжелой преэклампсии.

Показатель материнской смертности среди юных женщин в 2018 году составил 8,8 на 100 000 родившихся живыми у женщин в возрасте по 17 лет (включительно) (в 2017 году – 16,4).

Таблица № 22

Причины материнской смерти среди юных женщин в Российской Федерации, 2010–2018 гг.

Основные причины материнской смерти	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Умерло от всех причин (всего):	2	1	3	5	3	1	3	2	1
в том числе:									
- кровотечения	-	-	1	-	-	-	-	-	-
- отеки, протеинурия,	1	-	-	2	1	-	-	2	1

гипертензивные расстройства									
- септические осложнения	-	-	-	1	1	-	1	-	-
- экстрагенитальные заболевания	1	1	1	1	1	-	2	-	-
- осложнения анестезии	-	-	-	1	-	-	-	-	-
- прочие акушерские причины	-	-	1	-	-	-	-	-	-
- эмболия околоплодными водами	-	-	-	-	-	1	-	-	-

4. Материнская смертность вне стационара

В 2018 году вне стационара умерли 19 женщин, что составило 11,8 % от общего числа умерших женщин (табл. № 23).

Таблица № 23

Число случаев материнской смерти в Российской Федерации, 2014–2018 гг.

Год	Всего	В том числе			
		в стационаре		вне стационара	
		п	%	п	%
2014	232	213	91,8	19	8,2
2015	207	187	90,3	20	9,7
2016	199	178	89,4	21	10,6
2017	163	143	87,7	20	12,3
2018	161	142	88,2	19	11,8

В структуре материнской смертности вне медицинских организаций традиционно преобладали случаи смерти беременных с 22 недель, рожениц и родильниц (табл. № 24).

Таблица № 24

Структура материнской смертности вне стационара, 2014–2018 гг. (абсолютные числа)

Структура материнской смертности	2014	2015	2016	2017	2018
Внематочная беременность	1	2	3	4	2
После аборта до 22 недель	-	1	4	2	3
Беременные до 22 недель	2	3	-	-	3
Беременные с 22 недель, роженицы и родильницы	16	14	14	14	11
Всего	19	20	21	20	19

Основными причинами летальных исходов вне медицинских организаций явились экстрагенитальные заболевания (42,1 %) и кровотечения (36,8 %) (табл. № 25).

Таблица № 25

Причины материнской смерти вне стационара в 2018 году

Основные причины материнской смерти	Внематочная беременность	После аборта (до 22 недель)	Беременные до 22 недель	Беременные с 22 недель, роженицы и родильницы	Итого	
					п	%
Кровотечение	2	1	-	4	7	36,8
Сепсис	-	1	-	-	1	5,3
Экстрагенитальные заболевания	-	1	3	4	8	42,1
Тромбоэмболия легочной артерии	-	-	-	1	1	5,3
Воздушная эмболия	-	-	-	1	1	5,3
Разрыв матки	-	-	-	1	1	5,3
ВСЕГО	2	3	3	11	19	100,0

5. Материнская смертность в стационаре

Распределение умерших женщин в зависимости от медицинской организации, где произошла смерть, представлено в таблицах № 11, № 26 и № 27 и на рисунках №№ 5 – 9.

Анализ динамики материнской смертности от всех причин за 2016–2018 годы свидетельствует о сохранении в 2018 году положительной тенденции уменьшения доли погибших от всех причин материнской смерти в стационарах I уровня (с 11,8 % в 2016 году до 10,5 % в 2017 году и 9,9 % в 2018 году) (табл. № 26, рис. № 5).

Одновременно в 2018 году сохранился рост доли женщин, погибших от всех причин в стационарах III группы (с 41,6 % в 2016 году до 55,9 % в 2017 году и 58,4 % в 2018 году) (табл. № 26, рис. № 5).

**Динамика распределения женщин, умерших в Российской Федерации
от всех причин материнской смерти,
по уровням медицинских организаций, где произошла смерть
(абсолютные числа и % от числа женщин, умерших в стационаре),
2016–2018 гг.**

Учреждения родовспоможения	2016		2017		2018	
	п	%	п	%	п	%
Акушерские стационары I группы, многопрофильные стационары I уровня	21	11,8	15	10,5	14	9,9
Акушерские стационары II группы, многопрофильные стационары II уровня	83	46,6	48	33,6	45	31,7
Акушерские стационары III группы, многопрофильные стационары III уровня	74	41,6	80	55,9	83	58,4

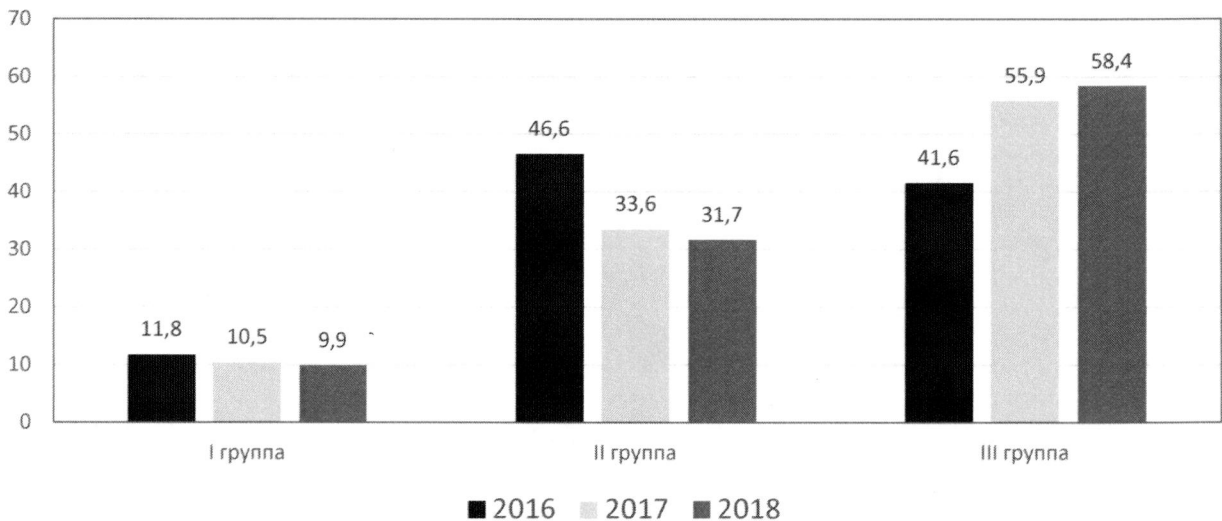


Рис. № 5. Динамика удельного веса (%) женщин, умерших от всех причин материнской смерти, в стационарах I, II и III групп, 2016–2018 гг.

Детальный анализ распределения умерших женщин по уровням медицинских организаций в зависимости от основной причины смерти в динамике (табл. № 27) свидетельствует о снижении числа женщин, умерших в стационарах I уровня от экстрагенитальных заболеваний (с 2 случаев в 2017 году до 1 в 2018 году).

Кроме того, в 2018 году в стационарах I уровня не зарегистрированы случаи смерти от преэклампсии и эклампсии, тромбоэмболии легочной артерии и осложнений анестезии.

В то же время, число случаев смерти от эмболии околоплодными водами в стационарах I уровня увеличилось с 0 в 2017 году до 2 – в 2018 году.

Особенно неблагоприятным является двукратный рост в 2018 году в учреждениях родовспоможения I группы летальных исходов от акушерских кровотечений (с 18,2 % в 2017 году до 40,0 % в 2018 году, т.е. с 4 до 8 случаев) (табл. № 27, рис. № 6).

В акушерских стационарах III группы и многопрофильных медицинских организациях III уровня в 2018 году увеличилась доля умерших от преэклампсии и эклампсии (с 76,2 % в 2017 году до 80,0 % в 2018 году), от экстрагенитальных заболеваний (с 56,9 % до 70,7 % соответственно) и от септических осложнений (с 54,5 % до 63,2 %) (табл. № 27, рис. № 7, № 8, № 9).

Вместе с тем, в стационарах III группы в 2018 году снизилась доля умерших от акушерских кровотечений (с 54,5 % в 2017 году до 25,0 % в 2018 году), от эмболии околоплодными водами (с 62,5 % до 46,1 % соответственно) и от тромбоэмболии легочной артерии (с 57,1 % до 42,9 %) (табл. № 27).

Таблица № 27

Динамика распределения женщин, умерших в Российской Федерации от основных причин материнской смерти, по уровням медицинских организаций, где произошла смерть (% от числа женщин, умерших в стационаре), 2016–2018 гг.

Основные причины материнской смерти	Акушерские стационары I группы или иные отделения многопрофильных стационаров I уровня			Акушерские стационары II группы или иные отделения многопрофильных стационаров II уровня			Акушерские стационары III группы или иные отделения многопрофильных стационаров III уровня		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Акушерские кровотечения	37,0	18,2	40,0	18,5	27,3	35,0	44,4	54,5	25,0
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	3,8	-	-	42,3	23,8	20,0	53,9	76,2	80,0
Сепсис	10,0	-	5,3	45,0	45,5	31,5	45,0	54,5	63,2
Экстрагенитальные заболевания	4,8	3,9	1,7	56,5	39,2	27,6	38,7	56,9	70,7

Эмболия околоплодными водами	10,0	-	15,4	55,0	37,5	38,5	35,0	62,5	46,1
Тромбоэмболия легочной артерии	10,0	14,3	-	40,0	28,6	57,1	50,0	57,1	42,9
Разрыв матки	66,7	-	33,3	-	-	33,3	33,3	-	33,3
Осложнения анестезии	-	80,0	-	100,0	20,0	100,0	-	-	-

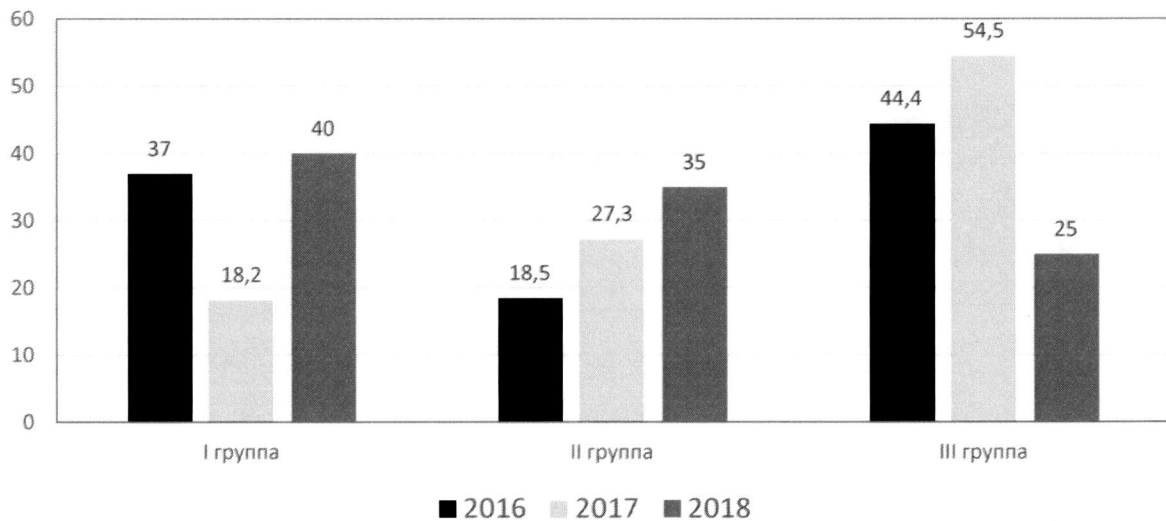


Рис. № 6. Динамика удельного веса (%) женщин, умерших от акушерских кровотечений, в стационарах I, II и III групп, 2016–2018 гг.

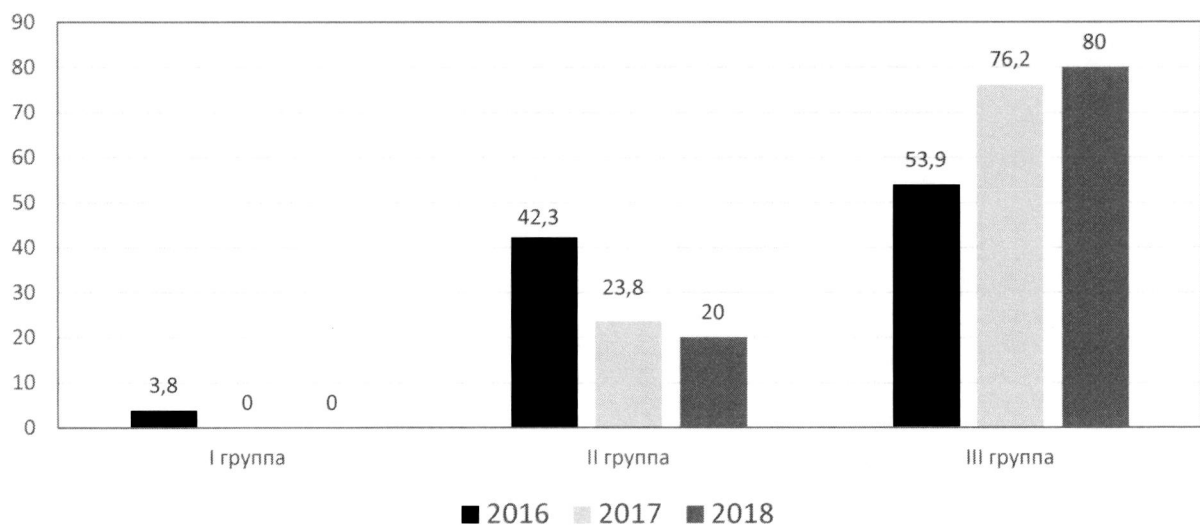


Рис. № 7. Динамика удельного веса (%) женщин, умерших от преэклампсии и эклампсии, в стационарах I, II и III групп, 2016–2018 гг.

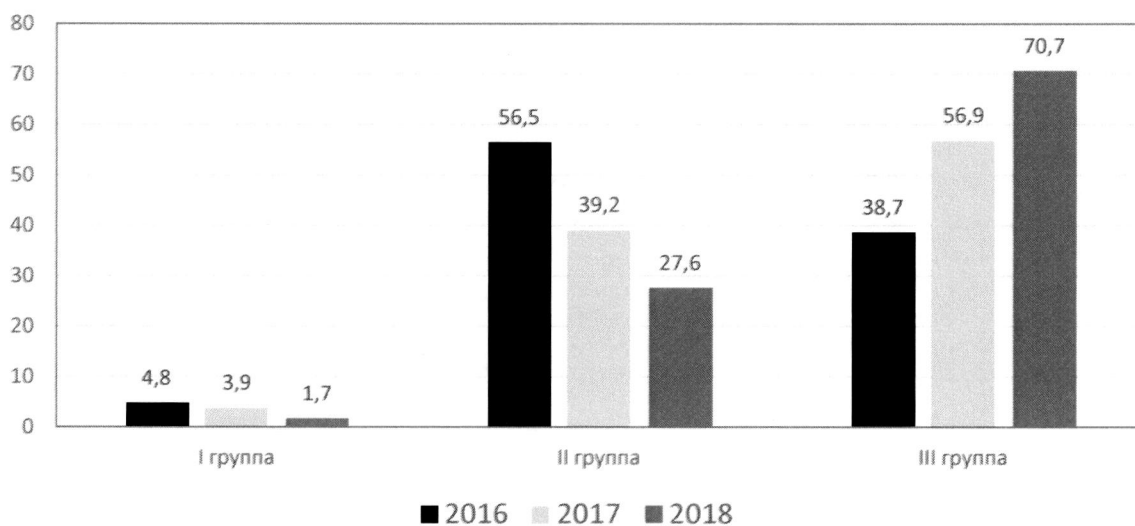


Рис. № 8. Динамика удельного веса (%) женщин, умерших от экстрагенитальных заболеваний, в стационарах I, II и III групп, 2016–2018 гг.

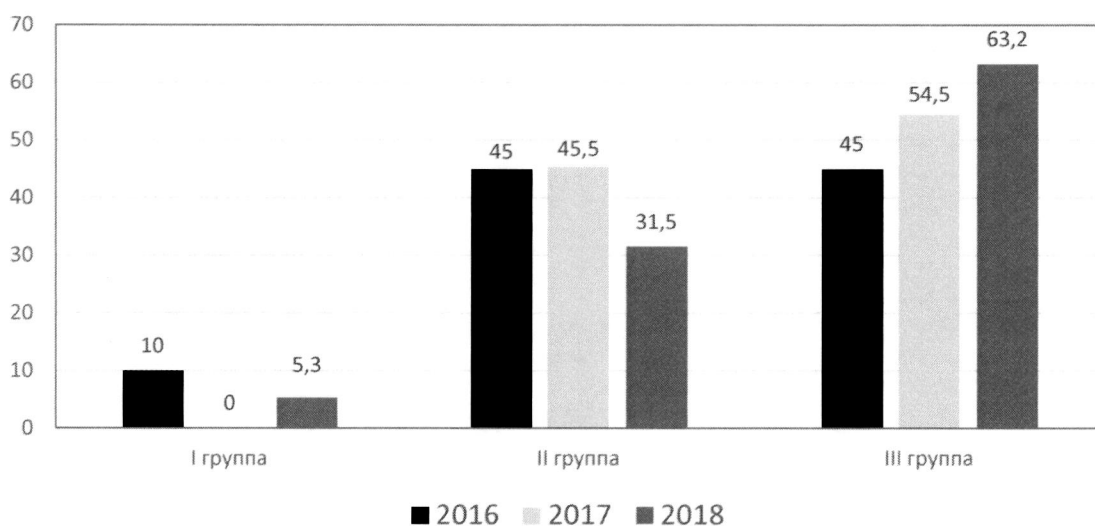


Рис. № 9. Динамика удельного веса (%) женщин, умерших от сепсиса, в стационарах I, II и III групп, 2016–2018 гг.

**Летальность при критических акушерских состояниях
в акушерских стационарах I, II и III группы, 2016–2018 гг.**

Показатели	Акушерские стационары I группы			Акушерские стационары II группы			Акушерские стационары III группы		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Эклампсия, преэклампсия тяжелая форма									
Число случаев (в стационаре)*	230	158	104	1 532	674	619	1 542	826	1 141
Число случаев смерти	1	0	0	11	5	3	14	16	12
Летальность (%)	0,43	0	0	0,72	0,74	0,48	0,91	1,94	1,05
Кровотечения при беременности, в родах и послеродовом периоде									
Число случаев*	964	881	670	4 007	3 080	2 425	2 757	2 444	2 301
Число случаев смерти	10	4	8	5	6	7	12	12	5
Летальность (%)	1,04	0,45	1,19	0,12	0,19	0,29	0,44	0,49	0,22

* - по данным вкладыша к форме № 32 «Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах».

Анализ летальности (табл. № 28) от преэклампсии и эклампсии и акушерских кровотечений свидетельствует о снижении данных показателей в 2018 году (к уровню показателей в 2017 году) в учреждениях родовспоможения III группы, в частности, летальность от преэклампсии и эклампсии уменьшилась с 1,94 % в 2017 году до 1,05 % в 2018 году, от акушерских кровотечений – соответственно с 0,49 % до 0,22 %.

Вместе с тем, летальность от акушерских кровотечений в акушерских стационарах I группы увеличилась в 2,6 раза (с 0,45 % до 1,19 %), в акушерских стационарах II группы – в 1,5 раза (с 0,19 % до 0,29 %).

Необходимо отметить, что показатель летальности от преэклампсии и эклампсии в 2018 году, как и в 2017 году, был максимальным в акушерских стационарах III группы (1,05 %).

Показатель летальности от акушерских кровотечений в 2018 году был наибольшим в акушерских стационарах I группы (1,19 %).

Анализ показателя материнской смертности от всех причин, рассчитанный для акушерских стационаров различных групп, показал следующее (табл. № 29).

Показатель материнской смертности в стационарах I, II и III группы

Показатели	Стационары I группы			Стационары II группы			Стационары III группы		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Число умерших	21	15	14	83	48	45	74	80	83
Число родившихся живыми	178462	138477	105668	1155026	1017631	931286	521998	502638	540108
Показатель материнской смертности (на 100 000 родившихся живыми)	11,8	10,8	13,2	7,2	4,7	4,8	14,2	15,9	15,4

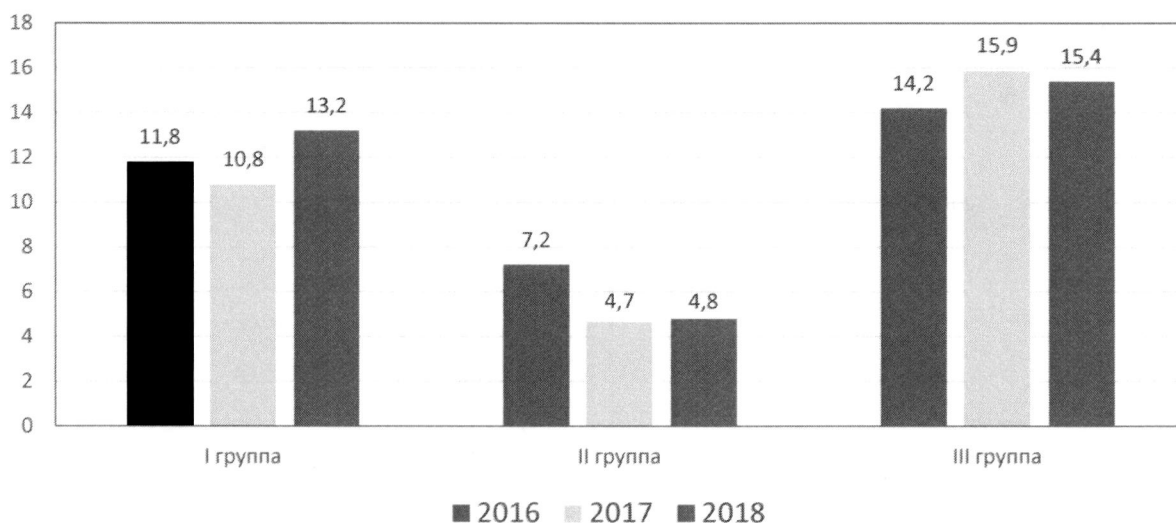


Рис. № 10. Динамика показателей материнской смертности в Российской Федерации в стационарах I, II и III групп, 2016–2018 гг.

Минимальный показатель материнской смертности в 2018 году, как и в 2017 году, зарегистрирован в стационарах II группы (4,8 на 100 000 родившихся живыми). Максимальный показатель отмечен в акушерских стационарах III группы (15,4 на 100 000 родившихся живыми).

Необходимо отметить повышение в 2018 году показателя материнской смертности в стационарах I группы (с 10,8 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 13,2 – в 2018 году).

Показатель материнской смертности в стационарах II группы практически не изменился (4,7 в 2017 году и 4,8 в 2018 году), а в стационарах III группы несколько снизился (с 15,9 до 15,4) (табл. № 29, рис. № 10).

**Материнская смертность в федеральных округах
(по данным главных внештатных специалистов по акушерству и
гинекологии Минздрава России в федеральных округах)**

6.1 Анализ материнской смертности в Центральном федеральном округе

Число случаев материнской смерти в 16 субъектах ЦФО снизилось на 10 % – с 20 в 2017 году до 18 в 2018 году (табл. № 30).

Таблица № 30

Материнская смертность в 16 субъектах ЦФО в 2017–2018 гг.

Годы	Всего случаев	в том числе по субъектам Российской Федерации															
		Белгородская	Брянская	Владимирская	Воронежская	Ивановская	Калужская	Костромская	Курская	Липецкая	Орловская	Рязанская	Смоленская	Тамбовская	Тверская	Тульская	Ярославская
2017*	20	1	3	1	1	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	3	1
На 100 тыс. родившихся живыми		6,6	25,9	7,5	4,5	-	27,4	-	9,2	8,5	13,9	8,8	11,6	11,2	7,8	22,3	7,5
2018*	18	1	3	0	1	1	1	3	0	0	2	0	1	1	1	1	2
На 100 тыс. родившихся живыми		6,9	26,6	-	4,7	10,9	9,7	48,3	-	-	29,5	-	12,9	12,3	8,6	8,3	15,9

* - по оперативным данным органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации

Наибольшие показатели материнской смертности среди курируемых субъектов ЦФО в 2018 году зарегистрированы в Брянской (26,6 на 100 000 родившихся живыми; 3 случая) и Костромской областях (48,3 на 100 000 родившихся живыми; 3 случая).

Из 16 субъектов ЦФО в 2018 году в 4 субъектах (Владимирской, Курской, Липецкой и Рязанской областях) случаев материнской смертности не было.

В 2 субъектах ЦФО отмечалось снижение смертности беременных женщин, рожениц и родильниц: в Калужской и Тульской областях с 3 случаев в 2017 году до 1 случая в 2018 году. Во Владимирской, Курской, Липецкой и Рязанской областях в 2017 году имело место по 1 случаю материнской смерти, в 2018 году в указанных субъектах случаев летальных исходов среди беременных женщин, рожениц и родильниц не было.

В Белгородской, Брянской, Воронежской, Смоленской, Тамбовской и Тверской областях абсолютное число случаев материнской смерти за 2017 и 2018 годы не изменилось.

В части субъектов ЦФО отмечалась нестабильность показателей материнской смертности: в Ивановской и Костромской областях в 2017 году случаев летальных исходов среди беременных женщин, рожениц и родильниц не было, а в 2018 году в Ивановской области имело место 1 случай, в Костромской – 3 случая.

В 2018 году по сравнению с 2017 годом число случаев материнской смерти среди жительниц городских поселений снизилось с 16 до 7 случаев соответственно, среди сельского населения число случаев увеличилось с 4 до 11 случаев соответственно (табл. № 31).

Таблица № 31

**Материнская смертность
среди жительниц городских поселений и сельской местности**

	2017		2018	
	п	%	п	%
Всего	20	100,0	18	100,0
Город	16	80,0	7	38,9
Село	4	20,0	11	61,1

При анализе случаев материнской смерти установлено, что в 2018 году среди умерших женщин только одна пациентка (5,5 %) была первобеременной, каждая пятая (22,2 %) – не наблюдалась во время беременности в медицинских организациях службы родовспоможения.

Экстрагенитальные заболевания в анамнезе отсутствовали у 22,2 % женщин. У 77,8 % погибших пациенток имелась серьезная соматическая патология: сердечно-сосудистой и эндокринной систем, анемия у 71,4 %; болезни органов дыхания, мочевыделительной системы у 36,4 %; болезни пищеварительной системы и алкоголизм у 28,5 % женщин.

У всех погибших женщин беременность протекала с осложнениями, среди которых с наибольшей частотой были: угроза прерывания беременности, отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, предлежание плаценты.

В структуре материнской смертности за анализируемый период большинство случаев (94,4 %) произошли у беременных со сроком гестации более 22 недель – 17 случаев, менее 22 недель – 1 случай (5,6 %). В 2018 году в субъектах ЦФО не зарегистрировано гибели женщин с беременностью после применения вспомогательных репродуктивных технологий, а также не отмечено случаев материнской смертности, связанных с прерыванием беременности (табл. № 32).

Таблица № 32

Структура материнской смертности в 16 субъектах ЦФО в 2018 году

Структура	2018	
	п	%
Умерло всего, в том числе	18	100,0
- после внематочной беременности	0	0
- во время беременности до 22 недель	1	5,6
- во время беременности после 22 недель, родов, в послеродовом периоде	17	94,4

В отчетный период среди причин материнской смертности ведущее делят кровотечения и непрямые причины материнской смертности, связанные с тяжелой экстрагенитальной патологией – по 7 случаев (38,8 %); на втором месте – тяжелая форма преэклампсии и HELLP-синдром – 2 случая (11,2 %); на третьем месте – акушерская эмболия и осложнения анестезии – по 1 случаю (5,6 %) (табл. № 33).

Таблица № 33

Причины материнской смертности в 16 субъектах ЦФО в 2018 году

	2018	
	п	%
Всего случаев	18	100,0
Кровотечения	7	38,8
Экстрагенитальная патология	7	38,8
Преэклампсия, HELLP-синдром	2	11,2
Акушерская эмболия	1	5,6
Осложнения анестезии	1	5,6

Причины материнской смертности в 2018 году городского и сельского населения отличались (табл. № 34).

Таблица № 34

Причины материнской смертности среди городского и сельского населения в 2018 году

Основные причины материнской смерти	Городское население		Сельское население	
	п	%	п	%
Кровотечения	3	42,9	4	36,3
Экстрагенитальная патология	3	42,9	4	36,3
Преэклампсия, HELLP-синдром	-	-	2	18,3
Акушерская эмболия	1	14,2	-	-

Осложнения анестезии	-	-	1	9,1
ВСЕГО	7	100,0	11	100,0

Среди причин материнской смертности у жительниц города первое место занимают кровотечения и экстрагенитальная патология (по 3 случая, 42,9 %); второе место занимает акушерская эмболия – 1 случай (14,2 %).

В структуре причин материнской смерти сельского населения ведущими причинами гибели женщин также являлись кровотечения и экстрагенитальная патология – по 4 случая (36,3 %), второе место занимают 2 случая (18,3 %) преэклампсии, HELLP-синдрома, третье место – 1 случай (9,1 %) осложнений анестезии.

В 2018 году среди пациенток с летальным исходом беременность завершилась в учреждении соответствующего уровня (III уровня) в 7 случаях (46,6 %).

В трех случаях в отчетный период имела место гибель женщин вне лечебного учреждения (1 случай в Брянской и 2 случая в Ярославской областях) (табл. № 35).

Таблица № 35

**Динамика распределения женщин, умерших в ЦФО
от всех причин материнской смерти, по уровням медицинских
организаций, где произошла смерть (абсолютные числа и % от числа
женщин, умерших в стационаре), 2017–2018 гг.**

Учреждения родовспоможения	2017		2018	
	п	%	п	%
Акушерские стационары I группы, многопрофильные стационары I уровня	1	5,0	4	26,7
Акушерские стационары II группы, многопрофильные стационары II уровня	7	35,0	4	26,7
Акушерские стационары III группы, многопрофильные стационары III уровня	10	60,0	7	46,6

В 2018 году отмечалось снижение по сравнению с 2017 годом числа случаев гибели женщин в стационарах и многопрофильных больницах III уровня за счет нарушения маршрутизации медицинской помощи и госпитализации пациенток в учреждения I уровня.

Анализ распределения женщин, умерших в 2018 году в курируемых территориях ЦФО, от основных причин материнской смерти, по уровням медицинских организаций, где произошел летальный исход, свидетельствует об имевшихся дефектах системы оказания медицинской помощи пациенткам, находившихся в критическом состоянии, увеличении числа пациенток, погибших от управляемых причин материнской смертности – кровотечений

в учреждениях I и II уровня в 5 случаях, что составило 71,4 % от всех пациенток с кровотечением, погибших в стационаре. Следует отметить наличие случаев материнской смерти в акушерских стационарах III уровня от управляемых причин – преэклампсии (табл. № 36).

Таблица № 36

Распределение женщин, умерших в ЦФО от основных причин материнской смерти, по уровням медицинских организаций, где произошла смерть (абсолютные числа и % от числа женщин, умерших в стационаре), 2018 год

Основные причины материнской смерти	Медицинские организации						Всего умерло в стационаре
	Акушерские стационары I группы или иные отделения многопрофильных стационаров I уровня		Акушерские стационары II группы или иные отделения многопрофильных стационаров II уровня		Акушерские стационары III группы или иные отделения многопрофильных стационаров III уровня		
	п	%	п	%	п	%	
Кровотечения	3	60,0	2	40,0	-	-	5 (100 %)
Экстрагенитальная патология	-	-	1	16,7	5	83,3	6 (100 %)
Преэклампсия, HELLP-синдром	-	-	-	-	2	100	2 (100 %)
Акушерская эмболия	1	100	-	-	-	-	1 (100 %)
Осложнения анестезии	-	-	1	100	-	-	1 (100 %)
Итого	4	26,6	4	26,6	7	46,6	15 (100 %)

Анализ случаев материнской смерти от кровотечения свидетельствует, что все случаи (7 случаев, 100 %) были обусловлены патологией плаценты (преждевременной отслойкой нормально расположенной или предлежащей плаценты).

Большинство пациенток с патологией плаценты имели срок беременности 38-39 недель (4 случая), в остальных случаях срок гестации составил 28, 30 и 32 недели. Длительность госпитализации составила в 4 случаях от 3 до 6 часов, в 2 случаях – от 12 до 24 часов и от 2 до 5 суток соответственно.

При анализе данных случаев у 5 женщин отмечены факторы ответственности самих пациенток: не состояли на диспансерном учете по беременности, позднее обращение за медицинской помощью. Наряду с данными фактами отмечаются дефекты оказания медицинской помощи: недооценка тяжести состояния, несбалансированная инфузионно-трансфузионная терапия. Следует отметить, что 2 случая материнской смерти от кровотечения произошли вне медицинского учреждения ввиду задержки

с обращением за медицинской помощью (в Брянской области в сроке гестации 32 недели и Ярославской области – 39-40 недель).

Оценка случаев материнской смерти в 2018 году свидетельствует об уменьшении по сравнению с 2017 годом предотвратимых исходов с 35 % до 27,8 %. Непредотвратимые случаи материнской смерти в 2018 году составили 44,4 % всех случаев, условно-предотвратимые причины – 27,8 % (табл. № 37).

Таблица № 37

Предотвратимость случаев материнской смерти в 2018 году

Основные причины материнской смерти	Предотвратимость смерти						Всего умерло
	Предотвратима		Условно предотвратима		Непредотвратима		
	п	%	п	%	п	%	
Кровотечения	3	16,6	2	11,1	2	11,1	7
Экстрагенитальная патология	1	5,6	2	11,1	4	22,1	7
Преэклампсия, HELLP-синдром	-	-	1	5,6	1	5,6	2
Акушерская эмболия	-	-	-	-	1	5,6	1
Осложнения анестезии	1	5,6	-	-	-	-	1
Итого	5	27,8	5	27,8	8	44,4	18

В трех случаях в отчетный период имела место гибель женщин вне лечебного учреждения (1 случай в Брянской, 2 случая – в Ярославской областях). Анализ данных случаев материнской смерти показал, что все случаи (100 %) произошли у женщин со сроком гестации более 22 недель. В структуре причин материнской смертности отмечаются 2 случая, связанные с кровотечением и 1 случай – с тяжелой экстрагенитальной патологией. Случаи материнской смерти от кровотечения были обусловлены патологией плаценты (преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты). Установлено, что среди умерших женщин одна пациентка не наблюдалась во время беременности в медицинских организациях службы родовспоможения. Экстрагенитальные заболевания в анамнезе присутствовали у всех беременных. У погибших пациенток имелась серьезная патология сердечнососудистой и эндокринной систем, у 2 женщин – нервно-психические заболевания. У всех погибших женщин беременность протекала с осложнениями, среди которых с наибольшей частотой были: угроза прерывания беременности, патология плаценты. Все случаи гибели женщин произошли вне медицинского учреждения ввиду задержки с обращением за медицинской помощью. При анализе данных случаев отмечены факторы ответственности самих пациенток: не состояли на диспансерном учете по беременности или

наблюдались нерегулярно, было позднее обращение за медицинской помощью от начала заболевания. Со стороны медицинских организаций не был поставлен вопрос о своевременном прерывании беременности в 2 случаях. Непредотвратимыми признаны 2 случая материнской смерти, предотвратимым – 1.

Выборочный анализ медицинской документации случаев материнской смерти свидетельствует о наличии системных дефектов в оказании медицинской помощи пациенткам в большинстве случаев.

Наиболее значимыми являются дефекты, связанные с невыполнением существующих нормативных документов, так при оказании помощи при массивных кровотечениях отсутствует четкое соблюдение алгоритма действий медицинского персонала, привлечение специалистов акушерского дистанционного консультативного центра. Так, из 7 случаев материнской смерти, обусловленной кровотечениями, только в 43 % случаев зафиксировано в медицинской документации совместное ведение пациенток с учреждением III уровня.

Сохраняются дефекты маршрутизации, связанные с недооценкой факторов риска неблагоприятных исходов.

При анализе качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе дефекты ведения и лечения выявлены у большинства наблюдавшихся женщин. Основными ошибками явились недостатки консультативной помощи смежных специалистов, неполная и запоздалая диагностика соматической патологии и осложнений беременности.

При оказании стационарной помощи дефекты выявлены при оказании большинства случаев, произошедших в медицинских организациях. Наиболее частыми ошибками явились: недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов, неполная и несвоевременная диагностика, недоучет анамнестических и клинических данных, отсутствие госпитализации в стационар высокой степени риска.

Задачей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации является анализ ситуации по выполнению целевых индикаторов дорожной карты в части показателя материнской смертности (табл. № 38).

По итогам 2018 года, как и в 2017 году, не выполнили целевые индикаторы «дорожной карты» по показателю материнской смертности субъекты: Белгородская, Брянская, Орловская, Тамбовская и Ярославская области. Кроме того, показатель «дорожной карты» не выполнен в Калужской и Костромской областях. В ряде территорий показатель не выполнен в связи со снижением рождаемости: Белгородской, Калужской, Тамбовской областях.

Наличие случаев материнской смертности вне медицинских организаций и роды женщин высокой степени риска на материнскую смертность в родильных отделениях I и II уровня отражают несовершенство системы маршрутизации беременных, рожениц и родильниц и требуют продолжения

отработки вопросов организации акушерско-гинекологической помощи в субъектах ЦФО.

Таблица № 38

**Целевой индикатор «дорожной карты» субъектов ЦФО
по показателю материнской смертности в 2018 году**

Субъекты ЦФО	Целевой индикатор	Фактический показатель МС
1. Белгородская область	5,15	6,9
2. Брянская область	7,0	26,6
3. Владимирская область	15,5	0
4. Воронежская область	7,9	4,7
5. Ивановская область	14,2	10,9
6. Калужская область	9,0	9,7
7. Костромская область	23,0	48,3
8. Курская область	15,5	0
9. Липецкая область	7,3	0
10. Орловская область	11,4	29,5
11. Рязанская область	15,7	0
12. Смоленская область	15,7	12,9
13. Тамбовская область	11,6	12,3
14. Тверская область	14,7	8,6
15. Тульская область	6,6	8,3
16. Ярославская область	7,0	15,9

**6.2 Анализ материнской смертности
в Северо-Западном федеральном округе**

По оперативным данным за 12 месяцев 2018 года по данным органов управления здравоохранения субъектов в СЗФО имело место 15 случаев материнской смерти. В абсолютных значениях число случаев материнской смерти в 2018 году по сравнению с 2017 годом снизилось на 11 случаев (на 57,7 % в абсолютных значениях), а показатель материнской смертности сократился с 16,8 до 10,3 на 100 000 живорожденных. Наибольший вклад в структуру материнской смертности внесли экстрагенитальные заболевания – 7 случаев (46,5 %), кровотечения стали причиной гибели 4 пациенток 27 %, тяжелая преэклампсия и ее осложнения – у 3 (20 %) и сепсис – у 1 (6,5 %).

Наибольшее снижение материнской смертности произошло в Санкт-Петербурге – более, чем в 2 раза с 22 до 10,95, а при исключении погибших женщин в Ленинградской областной клинической больнице (3 и 1 в 2017 и 2018 годах, соответственно) с 18 до 9,4. Отрадно отметить существенное снижение показателя материнской смертности в Вологодской области (1 случай в 2018 г.), показатель уменьшился с 37,1 до 8,0.

В 2018 году в четырех субъектах СЗФО – Республике Коми, Архангельской, Калининградской областях и Ненецком автономном округе случаев материнской смертности не было. По 1 случаю материнской смерти отмечено в Вологодской, Мурманской, Новгородской и Псковской областях, по 2 случая в Республике Карелия и Ленинградской области.

В Ленинградской области два случая произошли вне лечебных учреждений у не наблюдавшихся по беременности женщин, и эти случаи находятся в расследовании правоохранительными органами. Одна из них была обнаружена мертвой в феврале 2018 года в пос. Огоньки Выборгского района Ленинградской области. Документы отсутствовали. Вскрытие было сделано в феврале 2018 года специалистами судебно-медицинского отделения Выборгского района. Оpozнание было проведено следователями по дактилокарте в апреле 2018 года. Судебно-медицинский диагноз: Беременность 38/39 недель, полное предлежание плаценты; основная причина смерти: кровотечение. Вторая женщина погибла вследствие позднего выкидыша при беременности 17/18 недель, осложнившегося маточным кровотечением на фоне пневмонии с развитием острой легочно-сердечной недостаточности – смерть произошла в машине скорой помощи, вызванной асоциальными сожителями.

В структуре экстрегенитальных заболеваний как причины смерти во время беременности стал ВИЧ в стадии СПИД, при этом все 4 женщины погибли при сроке беременности до 21 недели (Санкт-Петербург – 3 и Республика Карелия – 1). Два случая материнской смерти произошли вследствие пневмонии и гриппа H1N1 (Санкт-Петербург и Псков). Все эти случаи были признаны непредотвратимыми.

Среди материнской смертности от кровотечений особо заслуживают внимания два случая. Первый – гибель пациентки от внутрибрюшного кровотечения вследствие нарушенной внематочной беременности в Мурманской области, обусловленной грубыми диагностическими дефектами при оказании помощи. Пациентка К., 29.07.1995 года рождения (22 года), гражданство Кыргызская Республика, доставлена выездной фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение ГОБУЗ «Мурманская объединенная медсанчасть «Севрыба» в 07:30 26.03.2018 с диагнозом: Беременность малых сроков. Угроза прерывания беременности. Контакт с пациенткой затруднен из-за языкового барьера.

Диагноз при поступлении: регрессирующая беременность 8 недель, 4 дня. 26.03.2018 с 14:40 до 14:50 произведено выскабливание полости матки. 27.03.2018 в 07:30 постовая медицинская сестра вызвана мужем пациентки в связи с потерей сознания, осмотрена дежурным анестезиологом – реаниматологом, переведена в ОАР, проводилась интенсивная терапия, переведена на ИВЛ. Диагноз: внутрибрюшное кровотечение неясного генеза. Постгеморрагический шок 4 степени. 27.03.2018 с 09:10 до 10:10 выполнена нижнесрединная лапаротомия.

В 11:30 проявление ДВС-синдрома, повязка обильно пропитана кровью, по дренажу из п/о раны геморрагическое отделяемое. Продолжается гемо-плазмотрансфузия, гемостатическая терапия. В 12:10 состояние с отрицательной динамикой. По кардиомонитору – асистолия. Начаты реанимационные мероприятия: по ЭКГ монитору фибрилляция желудочков. В 12:25 восстановлена сердечная деятельность. В 12:30 повторная остановка сердечной деятельности. По кардиомонитору – асистолия. Констатирована клиническая смерть, а в 13:00 констатирована биологическая смерть.

Второй случай – гибель женщины в Петрозаводске, Республика Карелия из-за не диагностированного своевременно кровотечения в брюшную полость из сосудов мышц передней брюшной стенки на первые сутки после родоразрешения путем операции кесарева сечения. Уже через час после окончания операции отмечено кровотечение из послеоперационной раны, однако ревизия не проводится и все ограничивается дополнительными кожными швами. Через три часа – появляются первые отчетливые клинические признаки развития шока - ЧСС-125 уд/мин и чуть позже при УЗИ в брюшной полости выявляется свободная жидкость, через 7 часов от операции картина шока становится еще более явной – ЧСС - 136 уд/мин и только через 9 часов после операции ставится диагноз внутрибрюшного кровотечения и только тогда приступают к релапаротомии. На операции – 800 мл сгустков под апоневрозом, имбибиция мышц кровью и 1300 мл крови в брюшной полости. Во время операции происходит остановка сердечной деятельности, которая восстанавливается с 4 попытки аппаратной дефибриляции. Не смотря на перевод на 3 уровень в Республиканскую КБ в крайне тяжелом состоянии родильница погибает. Оба эти случая отражают однозначные дефекты организации медицинской помощи.

В последние годы в Санкт-Петербурге основной причиной материнской смертности является возникновение беременности на фоне тяжелой экстрагенитальной патологии. Из 7 случаев, произошедших в медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, 5 (71,4 %; в 2017 году – 66 %) были обусловлены экстрагенитальными заболеваниями. По результатам проведенных разборов установлено, что из числа умерших женщин у одной смерть произошла вне лечебного учреждения от тромбоза легочного ствола

и легочных артерий на фоне глубокого тромбоза вен голени, на вскрытии обнаружено наличие беременности 4-6 недель.

У 3 женщин беременность (17, 18 и 20 недель) развивалась на фоне ВИЧ-инфекции в стадии СПИД и смерть произошла от осложнений основного заболевания.

У одной женщины смерть наступила при сроке беременности 14 недель от ТЭЛА и отека легких и головного мозга на фоне левосторонней внебольничной пневмонии (ТВС?), сопровождавшейся осумкованным плевритом слева и экссудативным плевритом справа. Все пять случаев признаны непредотвратимыми.

В одном случае после родоразрешения при помощи кесарева сечения имело место развитие молниеносного метроэндометрита и метротромбоза с фибринозно-геморрагическим пельвиоперитонитом, флегмоной передней стенки матки в области послеоперационного рубца, осложнившегося бактериально-токсическим шоком, на фоне сепсиса с некротическим целлюлофасциомиозитом передней брюшной стенки, паховых областей с переходом на область лобка и большие половые губы, боковых областей туловища справа и слева, поясничной области вследствие прогрессирующей кокковой неклостридиальной анаэробной газо-образующей инфекции. Смерть наступила на вторые сутки после родоразрешения и была расценена как непредотвратимая.

Таким образом, в структуре материнской смертности в СЗФО первое место в 46 % составляют случаи гибели, обусловленные экстрагенитальными заболеваниями, на втором месте – акушерские кровотечения – 27 %, а гибель беременных, рожениц и родильниц от преэклампсии и ее осложнений на третьем месте – 20 %, в одном случае (6,5 %) смерть родильницы наступила после развития молниеносного сепсиса.

Основные мероприятия, направленные на снижение показателей материнской смертности в СЗФО:

- ранее взятие на учет беременных в женских консультациях (до 12 недель) и комплексное обследование в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;
- своевременное выявление экстрагенитальных заболеваний, осложняющих течение и исход беременности;
- совершенствование маршрутизации беременных, рожениц, родильниц в соответствии с риском развития тяжелых осложнений беременности и сопутствующей экстрагенитальной патологией;
- мониторинг случаев материнской смертности;
- мониторинг случаев критических акушерских состояний;

- совершенствование организации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам;
- совершенствование системы подготовки медицинских кадров.

Комплекс мероприятий по снижению показателей материнской смертности:

1. Ранняя постановка на учет по беременности.
2. Обеспечение обследования беременных женщин высокой группы риска и их родоразрешение на базе учреждений III группы с целевым показателем не менее 95 %.
3. Обеспечение раннего обследования беременных смежными специалистами.
4. Обеспечение трехуровневой системы оказания акушерско-гинекологической помощи.
5. Клинические рекомендации (протоколы лечения).
6. Мониторинг критических акушерских состояний.
7. Повышение уровня профессиональной подготовки медицинских сотрудников системы родовспоможения.
8. Обеспечение систем внутреннего и внешнего аудита.
9. Обеспечение работы, направленной на предупреждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни.
10. Организация взаимодействия врачей акушеров-гинекологов со средствами массовой информации регионов в целях пропаганды здорового образа жизни, профилактики абортов и ранней постановки на диспансерный учет по беременности.

**6.3 Анализ материнской смертности
в Южном федеральном округе**

Число случаев материнской смерти в 8 субъектах ЮФО увеличилось на 8,3 % - с 12 в 2017 году до 13 в 2018 году. Все случаи материнской смерти были разобраны, проанализированы с принятием соответствующих мер, в том числе организационного характера (табл. № 39).

Материнская смертность в ЮФО в 2017-2018 гг.

Годы	Всего случаев	в том числе по субъектам							
		Республика Адыгея	Республика Калмыкия	Астраханская область	Волгоградская область	Краснодарский край	Ростовская область	Республика Крым	г. Севастополь
2018	13	0	1	0	2	2	3	4	1
На 100 тыс. родившихся живыми		0	34,0	-	8,5	2,99	7,35	19,7	22,22
2017	12	2	-	0	1	2	2	4	1
На 100 тыс. родившихся живыми		41,8		0	4,0	3,0	4,6	19,2	20,6

Наибольшие показатели материнской смертности в 2018 году в курируемых субъектах ЮФО зарегистрированы в Республике Калмыкия (34,0 на 100 000 родившихся живыми; 1 случай), г. Севастополе (22,22 на 100 000 родившихся живыми; 1 случай), в Республике Крым (19,7 на 100 000 родившихся живыми; 4 случая).

Из 8 субъектов ЮФО в 2018 году в 2 субъектах (Республики Адыгея и Астраханской области) случаев материнской смерти не было. В Краснодарском крае и Республике Крым абсолютное число случаев материнской смертности за 2017 – 2018 года без снижения (2-2 и соответственно 4-4).

В 2018 году по сравнению с 2017 годом процентное соотношение случаев материнской смерти среди жительниц городских поселений уменьшилось на 37 % (табл. № 40).

Таблица № 40

**Материнская смертность
среди жительниц городских поселений и сельской местности**

	2017		2018	
	п	%	п	%
Всего	12	100	13	100
Город	9	75	5	38
Село	3	25	8	62

У всех погибших женщин беременность протекала с осложнениями, среди которых с наибольшей частотой была угроза прерывания беременности.

В структуре материнской смертности за анализируемый период большинство случаев произошло у беременных со сроком гестации более 22 недель – 11 случаев (85 %), менее 22 недель – 2 случая (15 %). Гибели женщин с беременностью после применения вспомогательных репродуктивных технологий и осложнений анестезии не отмечалось. Также не было зарегистрировано в 2018 году в субъектах ЮФО случаев материнской смерти, связанных с прерыванием беременности. Материнская смертность среди юных женщин за отчетный период не зарегистрирована (табл. № 41).

Таблица № 41

Структура материнской смертности в 8 субъектах ЮФО в 2018 году

Структура	2018	
	n=13	%
Умерло во время беременности до 22 недель	2	15
Умерло во время беременности после 22 недель	11	85

В отчетном периоде среди причин материнской смертности ведущее место занимают кровотечения 6 случаев (46,1 %), не прямые причины материнской смерти, связанные с тяжелой экстрагенитальной патологией – 3 случая (23,1 %) и в единичных случаях: эмболия околоплодными водами (1 случай), сепсис (2 случая) и 1 случай эклампсии HELLP-синдром (табл. № 42).

Таблица № 42

Причины материнской смертности в 8 субъектах ЮФО в 2018 году

Причины	2018	
	n=13	%
Кровотечения	6	46,1
Экстрагенитальная патология	3	23,1
сепсис	2	15,4
Эмболия околоплодными водами	1	7,7
эклампсия HELLP- синдром	1	7,7

Причины материнской смертности в 2018 году среди городского и сельского населения не отличались, на первом месте в обоих случаях экстрагенитальная патология (табл. № 43).

Причины материнской смерти среди городского и сельского населения в 2018 году

Основные причины материнской смерти	Городское население		Сельское население	
	абс.	%	абс.	%
Акушерская эмболия			1	12,5
Кровотечения	1	20	5	62,5
Экстрагенитальная патология	3	60		
Сепсис	1	20	1	12,5
Эклампсия HELLP- синдром			1	12,5
ВСЕГО	5	100,0	8	100,0

Среди причин материнской смертности у жительниц города первое место занимает экстрагенитальная патология (60,0 %), среди которой преобладают сердечно-сосудистые заболевания, у жительниц села ведущими причинами гибели женщин являлись кровотечения (62,5 %).

В 2018 году среди пациенток с летальным исходом беременность завершилась в учреждении III уровня в 5 случаях (38,5 %), II уровня в 5 случаях (38,5 %), I уровня в 3 случаях (23 %) (табл. № 44).

Таблица № 44

Динамика распределения женщин, умерших в ЮФО от всех причин материнской смерти, по уровням медицинских организаций, где произошла смерть (абсолютные числа и % от числа женщин, умерших в стационаре), 2017–2018 гг.

Учреждения родовспоможения	2017		2018	
	n=13	%	n=12	%
Акушерские стационары I группы, многопрофильные стационары I уровня	3	25	3	23
Акушерские стационары II группы, многопрофильные стационары II уровня	6	50	5	38,5
Акушерские стационары III группы, многопрофильные стационары III уровня	3	25	5	38,5

В 2018 году отмечалось увеличение по сравнению с 2017 годом в 1,6 раза числа случаев гибели женщин в учреждениях III уровня.

Анализ распределения женщин, умерших в 2018 году в ЮФО от основных причин материнской смерти, по уровням медицинских организаций, где произошел летальный исход, свидетельствует об имевшихся дефектах

системы оказания медицинской помощи пациенткам, находившихся в критическом состоянии (табл. № 45).

Таблица № 45

Распределение женщин, умерших в ЮФО от основных причин материнской смерти, по уровням медицинских организаций, где произошла смерть (абсолютные числа и % от числа женщин, умерших в стационаре), 2018 год

Основные причины материнской смерти	Медицинские организации						Всего умерло в стационаре
	Акушерские стационары I группы или иные отделения многопрофильных стационаров I уровня		Акушерские стационары II группы или иные отделения многопрофильных стационаров II уровня		Акушерские стационары III группы или иные отделения многопрофильных стационаров III уровня		
	n	%	n	%	n	%	
Акушерская эмболия			1	7,7			1 (7,7 %)
Кровотечения	3	23,1			3	23,1	6 (46,1 %)
Экстрагенитальная патология			3	23,1	2	15,4	5 (38,5 %)
Эклампсия			1	7,7			1 (7,7 %)
Итого	3	23,1	5	38,5	5	38,5	13 (100,0 %)

Оценка случаев материнской смерти в 2018 году свидетельствует о равном количестве предотвратимых исходов (15,4 %) и непретотвратимых случаев материнской смерти (15,4 %) (табл. № 46).

Таблица № 46

Предотвратимость случаев материнской смерти в 2018 году

Основные причины материнской смерти	Предотвратимость смерти						Всего умерло
	Предотвратимая		Условно предотвратимая		Непредотвратима		
	n	%	n	%	n	%	
Акушерская эмболия	0		0		1	7,7	1
Кровотечения	0						6
Экстрагенитальная патология	2	15,4	3	23	1	7,7	6
Итого	2	15,4	9	69,2	2	15,4	13

При анализе материнской смертности за 2018 год отмечены дефекты как на этапе оказания амбулаторной помощи, так и при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

При анализе качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе дефекты ведения и лечения выявлены у большинства наблюдавшихся женщин. Основными ошибками явились недостатки консультативной помощи смежных специалистов, неполная и запоздавшая диагностика соматической патологии и осложнений беременности.

При оказании стационарной помощи наиболее частыми ошибками явились: недооценка тяжести состояния, неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия, недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов, неполная и несвоевременная диагностика, недоучет анамнестических и клинических данных, отсутствие госпитализации в стационар высокой степени риска.

6.4 Анализ материнской смертности в Северо-Кавказском федеральном округе

Таблица № 47

Абсолютное число случаев материнской смерти в субъектах СКФО, 2015-2018 гг.

Субъекты СКФО	Число случаев материнской смерти			
	2018	2017	2016	2015
Чеченская Республика	5	6	10	9
Республика Северная Осетия-Алания	0	0	0	0
Республика Дагестан	10	3	6	7
Карачаево-Черкесская Республика (КЧР)	0	0	0	0
Кабардино-Балкарская Республика (КБР)	1	1	0	1
Республика Ингушетия	1	0	0	1
Ставропольский край	1	3	2	2
Всего	18	13	18	20

В целом уровень материнской смертности в 2018 году увеличился по сравнению с 2017 годом. В КЧР и Республике Северная Осетия-Алания материнская смертность (как и в 2017 г.) отсутствовала.

В Чеченской Республике имеет место стойкая тенденция сокращения материнских потерь (17,1-20,0-33,1-30,4), а в Республике Дагестан значительно увеличился показатель материнской смертности (19,9-6,1-11,0-12,3).

Все еще высокий показатель материнской смертности в этих субъектах Российской Федерации обусловлен ростом экстрагенитальной заболеваемости, дефектами наблюдения и обследования беременных женщин, направленного

на своевременное выявление осложнений беременности, а так же несоблюдением в полной мере клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации по профилактике, лечению и алгоритму действий при преэклампсии, сепсисе.

По результатам работы региональных комиссий по разбору материнской смертности (всего 18 случаев) признаны непредотвратимыми 11 случаев, условно-предотвратимыми – 4, к предотвратимым потерям отнесено 3 случая.

Необходимо отметить, что качество анализа причин материнской смертности в Чеченской Республике, Республике Дагестан низкое, так как в 100 % случаев не производится патологоанатомическое исследование.

Таблица № 48

**Количество случаев материнской смерти в зависимости от причин
в субъектах СКФО в 2018 году**

Субъект СКФО	Все-го	Внема-точная беремен-ность	Мед. аборт	Аборт, нача-тый вне лечеб-ного учреж-дения	Отеки, проте-инурия, гипер-тензив-ные расст-ройства	Крово-течения в связи с отслойкой и пред-лежанием плаценты	Крово-течения в родах и после-родовом периоде	Ослож-нения анесте-зии	Сепсис во время родов и в после-родовом периоде	Аку-шерская эмбо-лия	Прочие	Экстра-гениталь-ные заболе-вания
Чеченская Республика	5				1				2	1	1	
Республика Северная Осетия-Алания	0											
Республика Дагестан	10				1		1		1	2	2	3
Карачаево-Черкесская Республика	0											
Кабардино-Балкарская Республика	1									1		
Республика Ингушетия	1								1			
Ставропольс-кий край	1									1		
Всего	18	0	0	0	2	0	1	0	4	5	3	3
	100,0	0	0	0	11,1	0	5,6	0	22,2	27,7	16,7	16,7

Основными причинами материнской смертности в 2018 году явились акушерская эмболия и сепсис во время родов и в послеродовом периоде, они заняли первое место в структуре причин материнской смертности (на их долю пришлось по 27,7 % и 22,2 % соответственно).

Прочие причины и экстрагенитальная патология занимают второе место (по 16,7 %).

**Структура причин материнской смертности в субъектах СКФО
в 2015–2018 гг.**

Год	Внематочная беременность	Медицинский аборт	Аборт, начатый вне ЛПУ	Преэклампсия	Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	Кровотечения в родах и послеродовом периоде	Осложнения анестезии	Сепсис в родах и в послеродовом периоде	Акуш. эмболия	Прочие	ЭГЗ
2018				11,1%		5,6%		22,2%	27,7%	16,7%	16,7%
2017				23,0%	23,0%			15,5%	23,0%		15,5%
2016				11,1%	5,6%	27,8%		11,1%	22,2%		16,7%
2015				30%	10%	5%		10%	30%	5%	10%

При сравнительном анализе структуры материнской смертности в СКФО за 4 года имеет место значительный рост акушерской эмболии (27,7 %). Кроме того, увеличилась смертность от сепсиса (22,2 %) и экстрагенитальной патологии (16,7 %).

Отсутствуют осложнения от внематочной беременности, разрывов матки, медицинских абортв вне лечебного учреждения.

Распределение случаев материнской смерти по уровню оказания помощи и предотвратимости

Субъекты СКФО	Кол-во случаев	Уровень оказания помощи				Предотвратимость случая смерти		
		1	2	3	дома	предотвратим	условно предотвратим	непредотвратим
Чеченская Республика	5		1	4			3	2
Республика Дагестан	10		7	2	1	3		7
Кабардино-Балкарская Республика	1			1				1
Республика Ингушетия	1			1			1	
Ставропольский край	1		1					1

Всего	18		9	8	1	3	4	11
	100,0%		50%	44,4%	5,6%	16,7%	22,2%	16,1%

В 2018 году по уровню оказания помощи случаи материнской смерти распределились следующим образом: III уровень – 44,4 %, II уровень – 50,0 %, I уровень – 0, дома – 5,6 %. Необходимо отметить, что с 2016 года материнская смертность на I уровне отсутствует.

Региональными комиссиями по разбору материнской смертности 16,7 % случаев были признаны предотвратимыми (в 2017 году – 15,3 %), условно предотвратимыми – 22,2 % (в 2017 году 46,2 %), 61,1 % – не предотвратимыми (в 2017 году – 38,5 %). Отмечено снижение материнской смертности от условно предотвратимых причин и рост смертности от предотвратимых причин.

6.5 Анализ материнской смертности в Приволжском федеральном округе

По данным, представленным органами исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации за 2018 г., продолжается снижение рождаемости. В Приволжском федеральном округе произошло 302 533 родов, что на 7,50 % меньше, чем в 2017 году.

При этом количество зарегистрированных случаев материнской смерти увеличилось с 25 в 2017 году до 29 в 2018 году. Показатель материнской смертности увеличился на 16,67 %, по сравнению с прошлым годом и составил 9,6 против 8,0 в 2017 году (здесь и далее показатель указывается на 100 000 родившихся живыми). Таким образом, показатель материнской смертности в ПФО на 20,40 % меньше показателя Российской Федерации за 2017 г. (8,8 по состоянию на 18.06.2018 г.). Несмотря на рост в 2018 г., сохраняется заметная тенденция к снижению уровня материнской смертности (рис. № 11).

Следует отметить, что на территории ПФО произошло 28 случаев материнской смертности, а 1 случай зарегистрирован за Республикой Мордовия по факту прописки погибшей, но произошел на территории Подмосковья.

В ПФО имеются субъекты, на территории которых в 2018 г. не было зарегистрировано случаев материнской смерти – это Пензенская область и Чувашская Республика, причем в Пензенской области такая ситуация сохраняется два года подряд. На территории Республики Мордовия также не произошло ни одной материнской смерти с 2016 года.

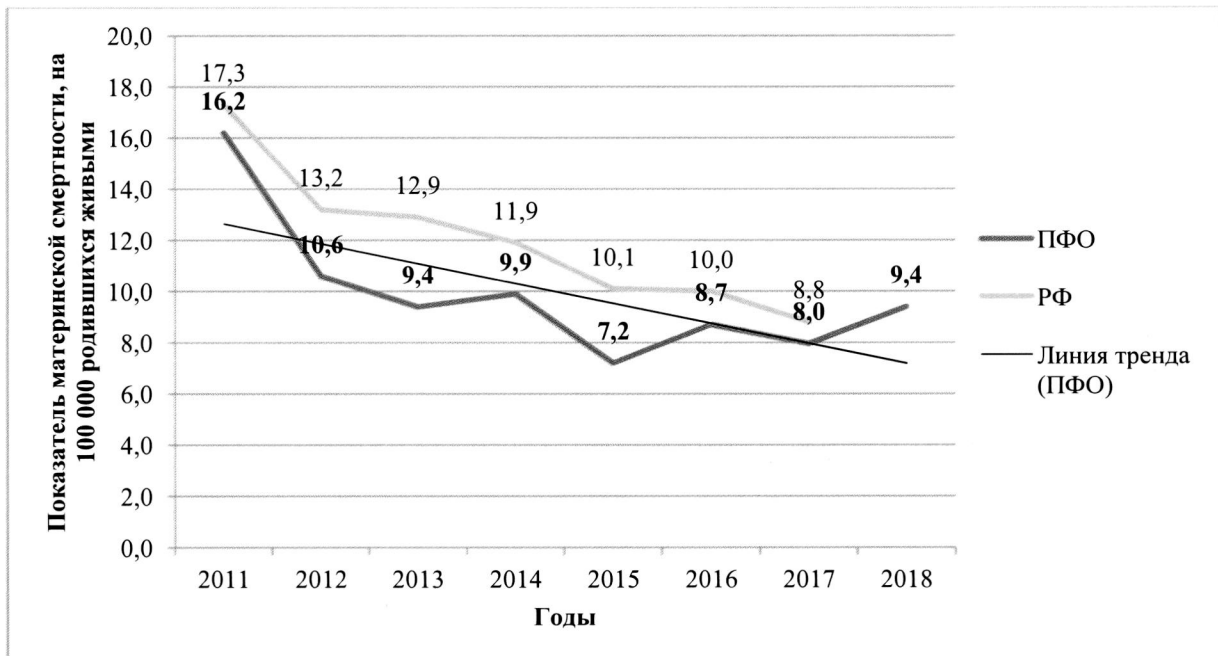


Рис. № 11. Динамика показателя материнской смертности в Российской Федерации и ПФО в 2011–2018 гг.

Анализ уровня материнской смертности в остальных субъектах ПФО показал, что по сравнению с прошлым годом имеется снижение в трех субъектах ПФО: в Оренбургской области с 17,4 до 9,2, в Саратовской области с 8,6 до 4,6 и в Пермском крае с 9,6 до 6,8. В абсолютных числах это – 5 сохраненных жизней.

В Республике Марий Эл, а также в Кировской и Нижегородской областях сохраняется количество материнских смертей в абсолютных числах (1, 2 и 4 соответственно), но отмечается рост показателей материнской смертности соответственно на 8,53 %, 8,27 % и 10,16 %, в том числе за счет снижения рождаемости. Показатель материнской смертности составил в Республике Марий Эл 26,8, в Кировской области 8,1, в Нижегородской – 12,9.

В Республике Башкортостан, Республике Татарстан, Удмуртской Республике и Ульяновской областях также отмечен значительный рост показателя материнской смертности (рис. № 12).

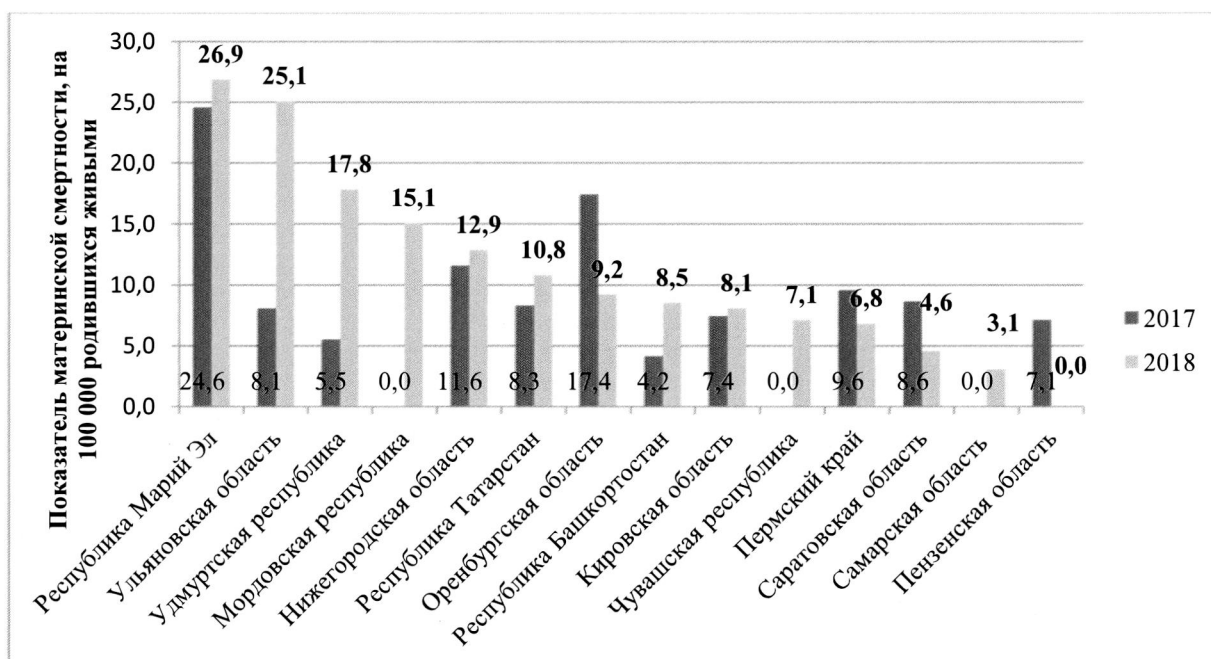


Рис. № 12. Показатели материнской смертности в субъектах ПФО в 2017 и 2018 гг.

Учитывая отсутствие информации по случаю материнской смерти, зарегистрированной в Республике Мордовия, но произошедшей в другом субъекте Российской Федерации, дальнейший анализ проводится по случаям материнской смерти, произошедшим на территории ПФО.

Удельный вес женщин, умерших на сроках гестации менее 22⁺⁰ недель составил 17,86 %. Причинами их гибели стали сепсис (3 случая), эктопическая беременность (1) и случай тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) (1).

На сроках 22⁺⁰ недель и более произошло 24 смерти матерей (82,14 %). Структура материнской смертности на этих сроках была следующая: 6 случаев септических осложнений (21,43 % всей материнской смертности), 6 случаев экстрагенитальной патологии (21,43 %), 4 случая эмболии амниотической жидкостью (14,29 %), 2 случая тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) (7,14 %), 3 случая массивных кровотечений (10,71 %) и по одному случаю (3,57 %) преэклампсии и разрыва матки.

Общая структура материнской смертности по сравнению с 2016 г. претерпела изменения (рис. № 13).

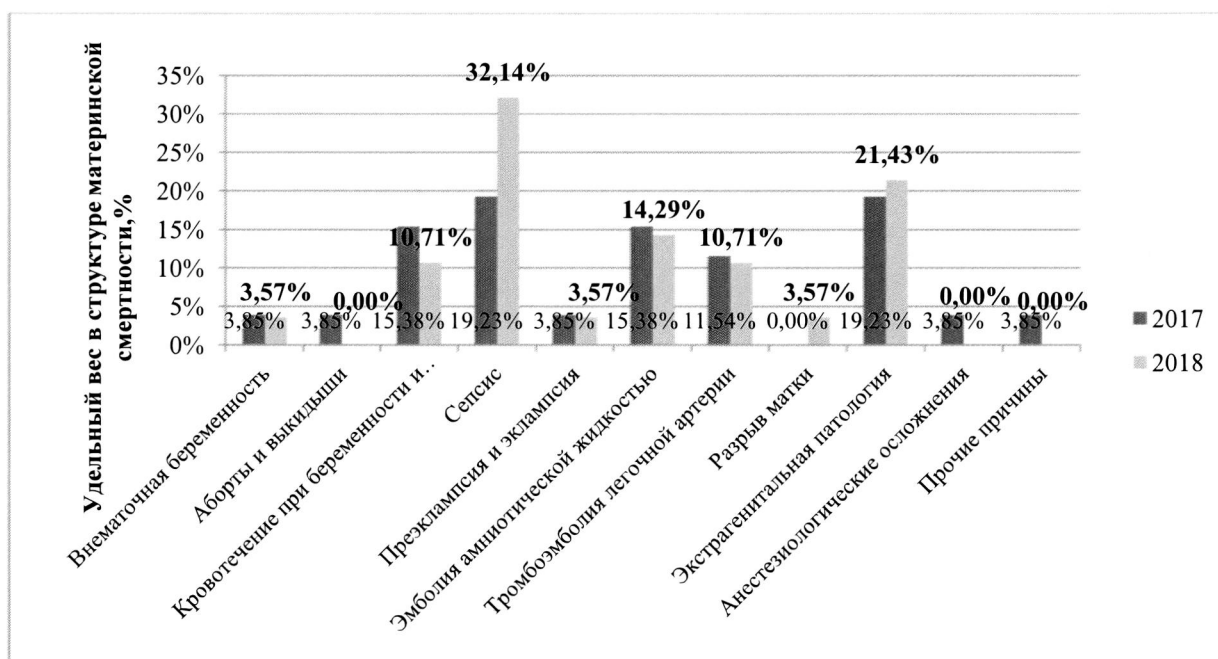


Рис. № 13. Динамика структуры причин материнской смертности ПФО в 2017 и 2018 гг.

Особенно настораживает рост количества случаев сепсиса среди причин материнской смертности в ее структуре последних лет. В 2014 году по 2 случая материнской смерти от сепсиса произошло в Республике Татарстан, Удмуртской и Чувашской республиках и в Ульяновской области. По 1 случаю в Республиках Башкортостан, Марий Эл и Пермском крае.

Следует отметить неверную регистрацию причины смерти с указанием сепсиса. В Удмуртской Республике непосредственной причиной смерти стали последствия кровотечения после кюретажа матки по поводу гематометры на 9 сутки после родов. Один из 2 зарегистрированных случаев в Республике Татарстан, сепсис развился, как исход острой жировой дистрофии печени, но определен судебно-медицинской экспертизой, как непосредственная причина смерти. Также один из случаев экстрагенитальной патологии (болезнь Крона), произошедший в Саратовской области, привел к развитию калового перитонита и септического каскада событий, приведших к смерти.

Структура экстрагенитальной патологии, как причины смертности в 2018 г., была разнообразна. Зарегистрированы следующие случаи (6 случаев, 21,43%):

- Болезнь Крона с поражением илеоцекального отдела, подвздошной кишки в стадии обострения, осложнившееся геморрагическим синдромом с разнокалиберными кровоизлияниями в серозные оболочки, перфорацией слепой кишки, распространенным каловым перитонитом, сепсисом (Саратовская область);

- Острое нарушение мозгового кровообращения, приведшее к острой сердечно-сосудистой недостаточности (Республика Татарстан);
- Муковисцидоз тяжелого течения (Республика Татарстан);
- Острый миеломоноцитный лейкоз с опухолевой метаплазией костного мозга с исходом в ДВС-синдром с массивным кровотечением (Кировская область);
- Беркиттоподобная лимфома с поражением молочных желез, печени, лимфоузлов брюшной полости, забрюшинных, брыжейки кишечника, селезенки, костного мозга, надпочечников, поджелудочной железы (Удмуртская Республика);
- Тромбоз верхнего сагитального синуса, конвекситальных вен с развитием венозного инфаркта обеих лобных долей с геморрагической трансформацией слева (Оренбургская область).

Случай синус-тромбоза вместе с тремя случаями ТЭЛА должны быть объединены в комплекс случаев венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), составляющих 14,29 % всех случаев МС.

Все случаи материнской смерти зарегистрированы, как произошедшие в условиях стационаров различного уровня, при этом 17 (60,71 %) из них – в стационарах третьей группы. В стационарах второй группы зафиксировано 7 материнских смертей (32,14 %), а первой группы – 2 материнских смерти (7,14 %).

Доля предотвратимых случаев в ПФО в 2017 году составила 14,29 %, условно предотвратимых — 21,43 %, непродотвратимых — 64,28 %.

Следует отметить, что кровопотеря стала ведущим патогенетическим звеном в 4 случаях (14,29 %) гибели матерей, только 1 из которых можно отнести к предотвратимым.

Наиболее часто встречающиеся дефекты в организации оказания помощи.

- Несоблюдение этапности в оказании медицинской помощи (Ульяновская область, Республика Башкортостан);
- Недооценка объема кровопотери и неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия (стационары 1 и 2 группы);
- Недооценка тяжести состояния, в результате несвоевременное направление беременных в стационары третьей группы;
- Неудовлетворительное ведение первичной медицинской документации.

Материнская смертность в субъектах Приволжского федерального округа

В Республике Башкортостан за 2018 г. зарегистрировано 4 случая материнской смерти. Один из них – кровотечение вследствие прорастания подлежащей плаценты в шейку матки и мочевого пузыря. Данный случай

следует отнести к предотвратимым, учитывая отсутствие возможности проведения кровесберегающих технологий в условиях стационара 3 группы. Второй случай – ТЭЛА на фоне тромбоза вен нижних конечностей на сроке 13-14 недель гестации, который следует рассматривать, как условно предотвратимый. Вызывают настороженность 2 случая материнской смертности, произошедшие после домашних родов. Один – инфекционно-токсический шок после домашних родов в 29 недель. Второй случай – массивная кровопотеря после домашних родов. Оба случая условно предотвратимы, в случае родоразрешения в условиях стационара.

В стационаре третьей группы **Кировской области** зарегистрирован 1 случай непредотвратимой материнской смертности, причиной которого стал миеломоноцитный лейкоз.

В **Республике Марий Эл** зарегистрировано 2 случая материнской смерти вследствие кардиопульмонального шока, развившегося в одном случае как результат ТЭЛА, и во втором – сепсиса. Обе смерти признаны условно предотвратимыми при учете факторов риска.

В **Нижегородской области** зарегистрировано 4 случая материнской смерти. Одна предотвратимая материнская смерть развилась вследствие массивного кровотечения при разрыве матки. Причиной остальных указывается эмболия амниотической жидкостью. Следует отметить, что столь высокая частота данного редкого осложнения беременности и родов, вызывает недоверие.

В **Оренбургской области** также зафиксировано 2 случая материнской смерти. Случай акушерского сепсиса является условно предотвратимым. Случай венозного тромбоза эмболического осложнения предотвратим, учитывая наступление беременности вследствие применения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), что повышает риски тромботических осложнений и отсутствия адекватного ведения беременности.

Оба случая материнской смерти, зарегистрированные в **Пермском крае**, непредотвратимы. Настораживает тот факт, что второй случай септического осложнения прерывания беременности за 2 года. Случай эмболии амниотической жидкостью однозначно непредотвратим.

Случай осложненного течения болезни Крона в **Саратовской области**, в основе татаногенеза имел развитие калового перитонита и сепсиса. Данный случай необходимо рассматривать, как условно предотвратимый, учитывая, что при своевременном выявлении такое течение экстрагенитальной патологии является медицинским показанием для прерывания беременности.

В **Республике Татарстан** из 5 зарегистрированных случаев материнской смерти 3 экспертизой отнесены к непредотвратимым. Это случай острой жировой дистрофии печени который был некурабельным на уже момент поступления в стационар и в последующем осложнился сепсисом на этапе интенсивной терапии. То же следует сказать и о случае ОНМК. Случай

фульминантного сепсиса, произошедший в стационаре первой группы также вероятно непредотвратим. Зато случай ТЭЛА является условно предотвратимым, учитывая высочайшие риски ВТЭО у матери. Случай муковисцидоза также является условно предотвратимым, при предупреждении беременности или своевременном ее прерывании.

В Удмуртской Республике зарегистрирована два случая сепсиса, один условно предотвратимый. Второй случай следует отнести как смерть от массивного кровотечения, вызванного кюретажем матки. Случай лимфомы непредотвратим, учитывая запоздалое ее выявление.

В Ульяновской области зарегистрировано два случая сепсиса, каждый из которых условно предотвратим, и один случай внематочной беременности, являющийся полностью предотвратимым.

Оценка эффективности проводимых мероприятий по предупреждению материнской смертности.

Органами исполнительной власти субъектов ПФО приняты и реализуются комплексные мероприятия по предупреждению случаев материнской смертности. Создана трехуровневая система оказания медицинской помощи. Проводится детальный комиссионный разбор каждого случая летального исхода, в большинстве регионов отрабатывается методология анализа «near miss». Повсеместно доступны и внедряются в практику клинические рекомендации (протоколы лечения), разработанные Российским обществом акушеров гинекологов и утвержденные Минздравом России. Приняты приказы, утверждающие порядок эвакуации, маршрутизации и транспортировки беременных и рожениц при неотложных состояниях и преждевременных родах. В целом соблюдается Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н. В большинстве субъектов ПФО введены в эксплуатацию перинатальные центры (со вторым этапом выхаживания новорожденных). Реализация указанных мер обеспечивает достижение целевых показателей снижения материнской и младенческой смертности.

Рекомендации.

1. Добиваться повсеместного соблюдения требований СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», а также применения всех доступных мер для снижения частоты сепсиса.
2. Добиваться повсеместного выполнения требований Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденного приказом Минздрава России от 1 ноября

- 2012 г. № 572н, стандартов оказания специализированной медицинской помощи по соответствующим нозологиям и имеющихся на данный момент клинических рекомендаций (протоколов лечения), направленных письмами Минздрава России.
3. Добиваться повсеместного выполнения приказа Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».
 4. Внедрить системы автоматизированного мониторинга беременных группы высокого риска развития перинатальных осложнений, а также экстрагенитальной патологии.
 5. Обеспечить проведение телемедицинских консультаций с головными учреждениями субъектов, а также с федеральными центрами по ситуациям, имеющим высокий риск развития неблагоприятного исхода.
 6. Добиться внедрения и контроля маршрутизации пациенток с экстрагенитальной патологией в стационары соответствующего профиля и уровня, в том числе в федеральные центры.
 7. Обеспечить маршрутизацию пациенток с вращением плаценты в стационары, в том числе в федеральные центры, имеющие условия для оказания соответствующей помощи.
 8. Обеспечить взаимодействие с социальными службами, органами внутренних дел, а также с медицинскими организациями участкового типа по случаям беременности в социально неблагополучных семьях.
 9. Продолжить координацию работы с вузами и образовательными кластерами (в рамках реализации приказа Минздрава России от 26.11.2015 № 844 «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров»).
 10. Продолжить практику регулярных внутрибольничных практических тренингов по штатным и внештатным клиническим ситуациям, в первую очередь по действиям при развитии акушерского кровотечения.
 11. Продолжить практику проведения перинатального аудита в субъектах Российской Федерации, включая регионы ПФО.
 12. Обеспечить максимально полный учет случаев «near miss» во всех субъектах, и их анализ на местах, в перинатальных центрах, главными специалистами ведомств.

6.6 Анализ материнской смертности в Уральском федеральном округе

Показатель материнской смертности в УФО в динамике за 8 лет снизился в 2 раза. В 2018 году показатель материнской смертности составил 6,2 на 100 тыс. живорожденных, что на 35,4 % ниже показателя по Российской Федерации за 2017 год и на 19,5 % ниже показателя в 2017 году.

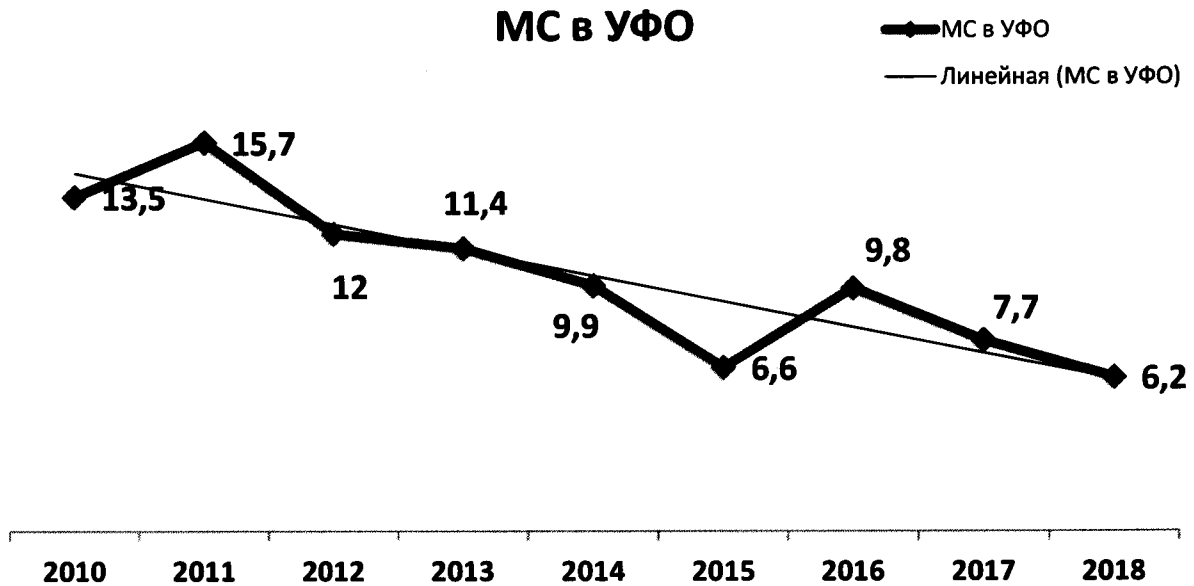


Рис. № 14. Тренд показателя материнской смертности в УФО за 9 лет.

В абсолютных цифрах это следующие показатели: в 2012 году умерло 22 женщины, в 2013 году – 21 женщина, в 2014 году – 18 пациенток, в 2015 году – 12 пациенток, в 2016 году – 17 пациенток, в 2017 году – 12 женщин, в 2018 году – 9.

Таблица № 51

Динамика показателя материнской смертности в субъектах УФО за 8 лет

Субъекты УФО	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017
РФ	17,3	13,2	12,9	11,9	10,7	10,0	8,8	
УФО	15,7	12,0	11,4	9,9	6,6	9,8	7,7	6,2
Курганская область	34,5	16,1	8,1	25,1	0	9,5	10,6	23,1
Свердловская область	18,9	9,7	14,5	9,9	9,6	10,0	11,2	7,8
Тюменская область	9,3	0	8,6	0	4,2	4,3	4,7	0
ХМАО	7,9	0	7,2	7,2	3,7	0	0	4,4
ЯНАО	12,1	33,1	33,5	11,5	11,2	36,3	0	0
Челябинская область	14,8	22	8,2	12,0	6,2	12,87	10,0	5,4

В двух территориях УФО за 2018 год не зарегистрировано случаев материнской смертности: Тюменская область и ЯНАО, при этом в Тюменской области уровень материнских потерь в течение последних пяти лет стабильно низкий (от 0 до 4,7 на 100 тыс. живорожденных). В Свердловской области показатель материнской смертности в 2018 году снизился до 7,8 на 100 тыс. живорожденных. Аналогичная ситуация в Челябинской области, где уровень материнской смертности снизился в 2018 году с 10,0 на 100 тыс. живорожденных, до 5,4.

Рост материнской смертности в Курганской области, где произошло 2 случая материнских потерь, что требует тщательного анализа ситуации.

В ХМАО уровень материнских потерь в течение последних четырех лет стабильно низкий.

Таким образом, в 2018 году наиболее благополучной территорией в плане профилактики материнской смертности в округе остается Тюменская область и ЯНАО.

Лидирующими территориями по снижению показателя материнской смертности в УФО являются Челябинская область, которая показала снижение коэффициента материнской смертности в 2,7 раза (на 54,0 %), Свердловская область – в 2,4 раза (на 30,0 %), Тюменская область и ХМАО в 2 раза, Курганская область в 1,5 раза. При этом, следует обратить внимание на увеличение показателя в Курганской области с 2016 года в 2,4 раза (на 45,9 %). В ЯНАО за два последних года случаев материнских потерь не зарегистрировано, что связано с формированием и становлением трехуровневой системы перинатальной помощи (табл. № 52).

Таблица № 52

Структура материнской смертности в УФО по срокам беременности (2015-2018 гг.)

Структура материнской смертности		Кург. обл.	Свер. обл.	Тюм. обл.	ХМАО	ЯНАО	Чел. обл.	УФО 2016
Всего случаев	2015	-	6	1	1	1	3	12
	2016	1	6	1	-	3	6	17
	2017	1	6	1	-	-	4	12
	2018	2	4	-	1	-	2	9
При беременности до 22 недель (Абс./%)	2015	-	2/33,3	1/100	-	1/100	1/33,3	5/41,7
	2016	-	4/66,7	1/100	-	2/66,7	-	7/41,1
	2017	-	2/33,3	-	-	-	2/50,0	4/33,3
	2018	-	-	-	-	-	-	-

Беременность после 22 недель, роженицы, родильницы (Абс./%)	2015	-	4/66,7	-	1/100	-	2/66,7	7/58,3
	2016	1/100	2/33,3	-	-	1/33,3	6/100	10/58,8
	2017	1/100	4/66,7	1/100	-	-	2/50	8/66,7
	2018	2/100	4/100	-	1/100	-	2/100	9/100

При анализе таблицы № 52 обращает на себя внимание, что до 2018 года более трети до 41 % материнских потерь приходились на сроки до 22 недель беременности. В 2018 году все случаи гибели женщин произошли в сроках более 22 недель гестации.

Таблица № 53

Структура причин материнской смертности в субъектах УФО 2015–2018гг.

Структура материнской смертности	Кург. обл.	Свер. обл.	Тюм. обл.	ХМАО	ЯНАО	Челяб. обл.	УФО	
Всего случаев (Абс./100%)	2015	-	6	1	1	1	3	12
	2016	1	6	1	-	3	6	17
	2017	1	6	1	-	-	4	12
	2018	2	4	-	1	-	2	9
Экстрагенитальные заболевания (Абс./%)	2015	-	-	-	-	1/100	1/33,3	2/16,7
	2016	1/100	2/33,3	-	-	3/100	2/33,3	8/47,1
	2017	-	-	-	-	-	1/25,0	1/8,3
	2018	-	-	-	-	-	2/100	2/22,3
Кровотечения (Абс./%)	2015	-	3/50,0	-	-	-	1/33,3	4/33,3
	2016	-	2/33,3	1/100	-	-	1/16,7	4/23,5
	2017	1/100	4/66,7	-	-	-	2/50,0	7/58,3
	2018	-	2/50,0	-	-	-	-	2/22,3
Преэклампсия эклампсия (Абс./%)	2015	-	1/16,7	-	-	-	-	1/8,3
	2016	-	1/16,7	-	-	-	1/16,7	2/11,8
	2017	-	1/16,7	-	-	-	1/25	2/16,6
	2018	-	1/25,0	-	-	-	-	1/11,1

Сепсис (Абс./%)	2015	-	-	-	-	-	-	-
	2016	-	-	-	-	-	-	-
	2017	-	-	-	-	-	-	-
	2018	2/100	1/25,0	-	-	-	-	3/33,3
ТЭЛА (Абс./%)	2015	-	-	-	1/100	1/100	-	2/16,7
	2016	-	1/16,7	-	-	-	1/16,7	2/11,8
	2017	-	-	-	-	-	-	-
	2018	-	-	-	-	-	-	-
ЭОВ (Абс./%)	2015	-	1/16,7	1/100	-	-	1/33,3	3/25
	2016	-	-	-	-	-	1/16,7	1/5,9
	2017	-	1/16,7	-	-	-	-	1/8,3
	2018	-	-	-	1/100	-	-	1/11,1
Анестезиологические осложнения	2015	-	-	-	-	-	-	-
	2016	-	-	-	-	-	-	-
	2017	-	-	1/100	-	-	-	1/8,3
	2018	-	-	-	-	-	-	-

При анализе структуры причин гибели женщин в УФО на протяжении последних четырех лет (2015-2018 гг.) отмечено отсутствие постоянной доминирующей патологии. Если в 2015 году лидерство принадлежало кровотечениям (33,3 %), а второе место разделили экстрагенитальные заболевания и ТЭЛА (по 16,7 %), то в 2016 году главенствующей причиной смерти выступали экстрагенитальные заболевания (47,1 %), а кровотечения – второе место (23,5 %). В 2017 году вновь лидировали кровотечения (58,3 %), а на второе место вышла пре/эклампсия (16,6 %). На протяжении последних четырех лет отмечено отсутствия сепсиса в причинах материнских потерь, однако в 2018 году септические состояния заняли существенное место (33,3 %) в материнской смертности, а на второе место вышли экстрагенитальные заболевания и кровотечения (по 22,3 %).

Проведен конфиденциальный аудит всех 9 случаев материнской смертности в 2018г.

В Курганской области зарегистрировано 2 случая материнской смерти:

Женщина А.Н.Д. родоразрешена в учреждении третьего уровня, с последующей госпитализацией из дома в многопрофильный стационар третьего уровня с клиническим диагнозом: Основное заболевание: Послеродовый сепсис. Метрозндометрит. Двусторонний сальпингоофорит. Осложнения: Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Сепсис. ДВС-синдром. Метротромбофлебит. Септический шок. Полиорганная недостаточность. Проведено оперативное лечение в виде лапаротомии и гистерэктомии с придатками.

Патолого-анатомический диагноз: Основное заболевание: Послеродовый сепсис (гнойный метроэндометрит, фибринозный полисерозит, острая

двусторонняя очаговая плевропневмония, миелоз пульпы селезенки, интерстициальный нефрит). 2 срочные роды крупным плодом. Эпизиотомия. Фон: Хроническая анемия. Осложнения: ДВС-синдром, полиорганная недостаточность, желтуха смешанного генеза, отеки мягких тканей нижних конечностей, отек головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие.

При анализе качества оказания медицинской помощи выявлены следующие дефекты: отсутствие патронажа родильницы при условии ранней выписки из родильного дома. Осмотр родильницы с неуточненным диагнозом проведен дважды фельдшером, при этом информация о выявлении на участке родильницы с неуточненным диагнозом и лихорадкой в женскую консультацию или терапевтическую врачебную службу не передавалась. Не взят письменный отказ пациентки от госпитализации. Нарушена маршрутизация пациентки при госпитализации в стационар. Не проведен консилиум в составе главных внештатных специалистов (акушера-гинеколога, анестезиолога, токсиколога, гастроэнтеролога) и заместителя главного врача по лечебной части при поступлении родильницы в тяжелом состоянии с непонятным диагнозом.

Случай смерти женщины признан условно предотвратимым.

Повторнобеременная, повторнородящая, многорожавшая *К.С.А.* – родоразрешена на первом уровне с последующей госпитализацией на третий уровень с клиническим диагнозом: Основное заболевание: Послеродовый сепсис. Осложнения: Серозный перитонит. ДВС-синдром. Полиорганная недостаточность. Септический шок.

Патолого-анатомический диагноз: Основное заболевание: Послеродовый метроэндометрит. Роды 5-е срочные. Проведены оперативные вмешательства: лапаротомия, гистерэктомия с маточными трубами. Осложнения: Сепсис – ДВС синдром (мелкие инфаркты почек, петехиальные кровоизлияния в коже, серозных, слизистых оболочках и надпочечниках, явления стаза крови в сосудах с тромбообразованием в сосудах микроциркуляторного русла, сосудах почек, легкого), миелоз селезенки. Септический шок. Отек легких. Отек головного мозга.

Анализ качества оказания медицинской помощи выявил дефекты в виде отсутствия бактериологического исследования цервикального канала в период беременности, патронажа беременной при условии отсутствия посещения женской консультации, недооценка тяжести состояния роженицы при поступлении ее в родильное отделение первого уровня, отсутствие динамического наблюдения за родильницей, угрожаемой на развитие гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде, запоздалую постановку диагноза септического шока, что связано с недооценкой состояния пациентки и повлекло за собой запоздалый перевод родильницы на 3-ий уровень.

Случай признан условно предотвратимым.

В ХМАО произошел единственный непредотвратимый случай гибели женщины **А.М.А.** с оказанием медицинской помощи на 3 уровне с клиническим диагнозом: Основное заболевание: Эмболия амниотической жидкостью. Акушерская эмболия сгустками крови? IV Срочные оперативные роды в 39+4 недели. Осложнения основного заболевания: Шок матери. Другие плацентарные нарушения, суб-декомпенсация. Раннее излитие околоплодных вод. Сопутствующие заболевания: Анемия 1 степени. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Субклинический гипотиреоз, медицинская компенсация. Инфекция половых путей при беременности. Кандидоз - пролечена. Проведение срочного кесарева сечения. Существовавшая ранее артериальная гипертензия. Операции: Сердечно-легочная реанимация. ЭТН. Лапаротомия по Джоелу-Коухену. Кесарево сечение по Штарку.

Диагноз патолого-анатомический: Основное заболевание: Акушерская эмболия околоплодными водами (IV Срочные оперативные роды в сроке беременности 39 нед. 4дня). Осложнения основного заболевания: Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: множественные мелкоточечные кровоизлияния в кожу, слизистые и серозные оболочки, геморрагическое пропитывание жировой клетчатки малого таза, неравномерное кровенаполнение и сладжирование эритроцитов в сосудах микроциркуляторного русла внутренних органов, шок (жидкое состояние трупной крови, запустение полостей сердца и крупных сосудов, признаки юкстамедуллярного шунтирования кровотока в почках, некротический нефроз, тяжелые дистрофические изменения внутренних органов). Острая сердечно-сосудистая недостаточность: острая дилатация полостей сердца, острая дыхательная недостаточность (клинически). Отек легких. Отек головного мозга. Операции и манипуляции: Сердечно-легочная реанимация, эндотрахеальный наркоз, экстренная лапаротомия по Джоелу-Коухену, Кесарево сечение по Штарку. Сопутствующие заболевания (по данным медицинской документации). Анемия 1 степени. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, субклинический гипотиреоз(медикаментозная компенсация). Инфекция половых путей при беременности (кандидоз-пролечена). Существовавшая ранее гипертензия.

При анализе качества оказания медицинской помощи дефекты не выявлены.

В Челябинской области два случая материнской смерти представлены пациентками:

А.Н.В. - оказание перинатальной помощи проводилось в учреждении родовспоможения второго уровня, с последующей перегоспитализацией в многопрофильный стационар третьего уровня.

Патолого-анатомический диагноз: Основное заболевание: Атипичный гемолитико-уремический синдром (активность металлопротеиназы ADAMTS-13 в плазме крови 56%): тромбоз капилляров почечных клубочков, смешанные тромбы в сосудах головного мозга, тромбоз сосудов матки, некроз печени, кортикальный некронефроз, тромбоцитопения ($19 \times 10^9/\text{л}$), микроангиопатическая гемолитическая Кумбс-негативная анемия (шизоциты 2-3 на 1000, гемоглобин 55 г/л, эритроциты $1,85 \times 10^{12}/\text{л}$), лактатдегидрогеназа 5525 Ед/л, аланинаминотрансфераза 586 Ед/л, аспартатаминотрансфераза 548 Ед/л. Коморбидное заболевание: Тяжелая преэклампсия на сроке 36 недель беременности: малое количество интерстициального, периваскулярного и внутрисосудистого трофобласта, отсутствие гестационной перестройки миометриального сегмента маточно-плацентарных артерий, артериальное давление 140/100 мм.рт.ст., протеинурия 5,8 г/л. Хроническая плацентарная недостаточность (плацента № 7285-7288/18/3Б от 03.04.2018 года). Операция: кесарево сечение, консервативная миомэктомия, дренирование брюшной полости. Операция – тотальная гистерэктомия с трубами, ревизия брюшной полости. Торакотомия. Осложнение: Диссеминированное внутрисосудистое свертывание: острые язвы нижней трети пищевода с кровотечением, множественные эрозии и язвы тела желудка с кровотечением (250 мл), острые эрозии тонкого и толстого кишечника с кровотечением, внутричерепное кровоизлияние в заднюю черепную ямку справа, шок смешанного генеза (артериальное давление 42/24 мм.рт.ст.), отек головного мозга. Сопутствующее заболевание: Множественная лейомиома тела матки с нарушением питания большого узла.

При анализе качества оказания медицинской помощи выявлены дефекты: на амбулаторном этапе женской консультации второго уровня:

Недооценка группы риска беременной на сроке 22 недели беременности, нарушение маршрутизации беременных, что повлекло за собой отсутствие своевременного направления пациентки на госпитализацию в клинику третьего уровня для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения и диспансерного наблюдения беременности.

Отсутствие повторного направления беременной на заседание Областного перинатального консилиума и обследование в условиях экспертного отделения ультразвуковой диагностики третьего уровня.

На стационарном этапе второго уровня: недооценка группы риска беременной, анамнеза, клинических проявлений и результатов лабораторного исследования при поступлении в стационар на сроке беременности 33-34 недели стала причиной формулировки неполного диагноза, что послужило причиной отсутствия проведения суточного мониторинга артериального давления с целью уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Недооценка тяжести состояния беременной повлияла на позднюю постановку

диагноза и запоздалое проведение родоразрешения. На стационарном этапе учреждений третьего уровня дефектов не выявлено.

Таким образом, в случае смерти 35 летней женщины имеет место монокаузальный генез. Основным заболеванием и первоначальной причиной смерти является АГУС, развившийся на фоне тяжелой преэклампсии в сроке беременности 36 недель. В качестве ведущего смертельного осложнения в данном случае следует считать ДВС – синдром, который запустил в терминальном периоде полиорганную недостаточность, связанную с ишемическим повреждением органов.

В связи с тяжестью развившейся патологии случай признан непредотвратимым.

Женщине *Х.Л.С.* оказание медицинской помощи проводилось на втором уровне.

Патолого-анатомический диагноз: Основное заболевание: Мезентериальный фиброматоз, код по ICD-0 8822/1, с формированием множественных спаек брюшной полости, осложнивший течение беременности сроком 34 недели. Коморбидное заболевание: Очаговое интраэпителиальное поражение шейки матки тяжелой степени (HSIL/ЦИН 3) с очаговой эктопией призматического эпителия цервикального канала. Хронический высоко активный цервицит с микрогландулярной гиперплазией слизистой оболочки цервикального канала. Множественные остроконечные кондиломы больших половых губ. Ожирение 3 степени: индекс массы тела 41 кг/м², толщина подкожно-жировой клетчатки на передней брюшной стенке 5 см. Гестационный сахарный диабет. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца: масса сердца 430 г (при норме 340 г), толщина стенки левого желудочка 1,7 см, желудочковый индекс 0,5. Осложнение: Острая спаечная кишечная непроходимость. Операции: Верхнесреднесрединная лапаротомия. Рассечение спаек. Устранение непроходимости. Тотальный язвенно-некротический энтерит с формированием перфорации тонкой кишки. Тотальная лапаротомия. Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте. Экстирпация матки с трубами. Ревизия органов брюшной полости. Разделение спаек. Ушивание перфорационного отверстия тонкого кишечника. Дренажное дренирование брюшной полости. Бактериологическое исследование содержимого тонкой кишки. Выявлен рост *Klebsiella pneumoniae* 10⁵, *Citrobacter freundii* 10⁵. Разлитой серозно-фибринозный перитонит. Инфекционно-токсический шок: синдром системной воспалительной реакции, разлитой серозно-фибринозный перитонит, острое неравномерное полнокровие внутренних органов с депонированием крови в сосудах микроциркуляторного русла, фибриновые тромбы, лейкостазы, респираторный дистресс-синдром взрослого типа (диффузный альвеолярный отёк с геморрагическим компонентом), очаговый некронефроз, отёк головного

мозга. Сопутствующее заболевание: Врожденный паралич правой верхней конечности.

В представленной медицинской документации записи врачей-специалистов не согласованы, назначения повторяются, без учета их выполнения. Отмечается недооценка ситуации, отсутствие согласованности в действиях врачей-специалистов, недооценка данных анамнеза и результатов дообследования.

Не проведен консилиум с участием главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Челябинской области для определения тактики дальнейшего дообследования и коррекции плана лечения.

Кроме того, в данном случае для скрининга органной дисфункции и лечение сепсиса не использовались шкалы qSOFA, SOFA для оценки органной дисфункции. Количество баллов по шкале qSOFA 2 и более – сильный предиктор неблагоприятного исхода (пациентка требует перевода в отделение реанимации). Это служит основой ранней диагностики и максимально раннего начала лечения сепсиса врачами всех специальностей.

При идентификации и терапии артериальной гипотонии у пациентов с инфекцией и артериальной гипотензией или уровнем лактата, 2 и более ммоль/л, необходимо начать инфузию кристаллоидов 30 мл/кг с переоценкой ответа на объем. Лактат должен быть взят в течение 1 часа от установления диагноза сепсис.

В данном случае отсутствует мониторинг и интерпретация основных показателей начальной интенсивной терапии: почасовой диурез, насыщение кислорода в центральной вене (SCVO₂).

В интраоперационном периоде (19:50 – 22:10 часов) 3 часа 20 минут (200 минут), нет оценки почасового диуреза. Указанный объем диуреза в 300 мл не может быть оценен при экспертизе. Поскольку 300 мл могут быть получены разным темпом, от которого зависит интерпретация диуреза и волемической нагрузки. Если получены равномерно – это адекватный темп, а если 300 мл в первый час, а в остальное время 0 мл – неадекватный темп диуреза и инфузии.

Для оценки волемического статуса и восприимчивости к инфузионной нагрузке, кроме прочего, необходимо использовать параметр ЦВД (повышение или не повышение при болюсном внутривенном введении по 300 мл кристаллоидного раствора), чего не было сделано.

Сроки проведения обеих операций не завышены. Объем выполненных операций соответствует поставленным задачам, не превышен.

В случае смерти Х.Л.С. 27 лет, основным заболеванием и первоначальной причиной смерти следует считать мезентериальный фиброматоз, код по ICD-0 8822/1, с формированием множественных спаек брюшной полости, осложнивший течение беременности, а главным смертельным осложнением и непосредственной причиной смерти является инфекционно-токсический шок.

В связи с тяжестью развившейся патологии случай признан непредотвратимым.

В Свердловской области 4 случая материнской смерти признаны в 75 % непредотвратимыми и в 25% предотвратимыми.

Повторнородящая *пациентка № 1*, проживающая районном поселке и наблюдающаяся в учреждении первого уровня, родоразрешена на третьем уровне в сроке беременности 30 недель способом операции кесарева сечения. Соматически женщина отягощена артериальной гипертензией третьей степени.

Заключительный клинический диагноз: Внутримозговое кровоизлияние в левой теменно-затылочной области, вероятнее на фоне артериовенозной мальформации, с прорывом крови в желудочковую систему. Дислокационный синдром. Кома 2-3. Преждевременные оперативные роды в сроке 30 недель. Преэклампсия тяжелой степени. HELP-синдром. Осложнения: Отек вещества головного мозга. Дислокация ствола головного мозга. Вторичный стволочный синдром. HELP-синдром. Сопутствующие: артериальная гипертензия 3 степени.

Патолого-анатомический диагноз – Основное заболевание: Тяжелая преэклампсия (HELLP-синдром). 4 сутки после операции кесарева сечения в нижнем сегменте по поводу преждевременных оперативных родов в сроке 30 недель.

Осложнения: Расстройство микроциркуляции с тромботической микроангиопатией. Цитолитический синдром. Тромбоцитопения. Множественные сливающиеся периваскулярные подкапсулярные кровоизлияния в паренхиме печени в области серповидной и круглой связок, с распространением на ворота печени с геморрагическим пропитыванием стенки желчного пузыря. Множественные мелкие очаги некроза гепатоцитов. Тромбоз сосудов микроциркулярного русла вещества головного мозга, с множественными сливающимися диапедезными кровоизлияниями и вторичными гипоксически-ишемическими изменениями вещества головного мозга с субтотальным поражением левого полушария головного мозга, субэпендимарной зоны правого полушария и мозжечка. Выраженный перипеллюлярный и периваскулярный отек вещества мозга Мозговая кома (клинически). Очаговый тромбоз мелких сосудов легких периваскулярными кровоизлияниями. Альвеолярно-геморрагический отек легких. Очаговый тромбоз петель капилляров клубочкового аппарата почек. Гемоглобинурийный нефроз. Протеинурия. Гематурия. Нефронекроз проксимального отдела нефрона. Расстройство микроциркуляции в поджелудочной железе. Очаговая фрагментация кардиомиоцитов. Асцит 200 мл. Двусторонний гидроторакс. Анемия смешанного генеза. Лимфолиз фолликулов селезенки. ИВЛ.

Первобеременная *женщина № 2* проживала в крупном городе Свердловской области, соматически отягощена хроническим пиелонефритом и

хроническим гастритом. Наблюдалась и родоразрешалась в межтерриториальном перинатальном центре способом операции кесарева сечения в сроке беременности 40,5 недель с последующей перегоспитализацией в многопрофильный стационар третьего уровня.

Заключительный клинический диагноз - Основное заболевание: Гнойный эндометрит. Серозно гнойный миометрит. Гнойно фиброзный пельвиоперитонит. Осложнения основного заболевания: Сепсис. Бактериально-токсический шок. Полисегментарная 2-х сторонняя септическая пневмония. Абсцесс правого легкого. 2-х сторонний гидроторакс. ПОН. Тромбоз в системе НПВ. Флегмона передней брюшной стенки. ЦВБ. Субарахноидальное кровоизлияние. Операции: Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Перевязка восходящих ветвей маточных артерий и круглых маточных связок. Трахеостомия. Релапаротомия. Ревизия, санация операционной раны, некрэктомия. Тотальная гистерэктомия с маточными трубами. Санация и дренирование малого таза. Пельвиоперинеостома. Санации и открытое дренирование полости малого таза. Дренирование пневмоторакса справа. 16.08.2018 Остановка внутрибрюшного кровотечения. Фоновые заболевания: ТМА, атипичный гемолитико-уремический синдром.

Патолого-анатомический диагноз – Основное заболевание: Гнойный эндометрит, абсцедирующий оофорит, Фиброзно-гнойно-фибропластический пельвиоперитонит, флегмона краев операционных ран передней брюшной стенки. Осложнение: Пристеночный смешанный тромб в правой подвздошной вене. Двусторонняя очаговая пневмония. Сепсис. Фоновые заболевания: Генерализованный продуктивный капиллярит с преимущественным поражением почек, легких, сердца, оболочек головного мозга, субарахноидально-паренхиматозная гематома правой височной доли головного мозга пятнистые кровоизлияния и очаговый гемосидероз в легких. Операции манипуляции: Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Перевязка восходящих ветвей маточных артерий и круглых маточных связок. Трахеостомия. Релапаротомия. Ревизия, санация операционной раны, некрэктомия. Тотальная гистерэктомия с маточными трубами. Санация и дренирование малого таза. Пельвиоперинеостома. Санации и открытое дренирование полости малого таза. Дренирование пневмоторакса справа. Остановка внутрибрюшного кровотечения.

Повторнобеременная *женщина № 3*, проживающая в сельской местности, соматически отягощена хронической артериальной гипертензией, варикозным расширением вен нижних конечностей и хроническим пиелонефритом. Состояла на диспансерном учете по беременности и родоразрешалась способом операции кесарева сечения в учреждении родовспоможения первого уровня в сроке беременности 36-37 недель.

Заключительный клинический диагноз – Основное заболевание: Преждевременные оперативные роды в сроке 36-37 недель. Головное предлежание. Тяжелая преэклампсия. Преждевременная тотальная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая внутриутробная гипоксия плода. ОАА. Многорожавшая. Хроническая артериальная гипертензия 2 ст. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Хронический пиелонефрит. Анемия 3 ст. Кольпит. Амниотомия. Раннее послеродовое кровотечение. ДВС-синдром. Матка Кувелера. Операции: Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Ампутация матки без придатков. Дренаж брюшной полости. Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Левосторонняя аднексэктомия. Ушивание правого яичника.

Патолого-анатомический диагноз – Основное заболевание: Гиповолемический шок у роженицы (кровотечение вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты; матка Кувелера). Фоновые заболевания: Преэклампсия. Патология плаценты: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая плацентарная недостаточность. Хроническая плацентарная недостаточность субкомпенсированная. Очаговый интервиллузит, децидуит. Патология плода: Острая внутриутробная гипоксия. Операции: Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Ампутация матки без придатков. Дренаж брюшной полости. Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Левосторонняя аднексэктомия. Ушивание правого яичника. Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит слабой активности. Интрамуральная лейомиома тела матки.

Случай смерти женщины признан предотвратимым.

Повторнобеременная *жительница № 4* города Свердловской области соматически отягощена хронической артериальной гипертензией, варикозным расширением вен нижних конечностей и хроническим пиелонефритом. На диспансерном учете по беременности не состояла, родоразрешалась способом операции кесарева сечения в учреждении родовспоможения второго уровня с последующей перегоспитализацией в многопрофильный стационар третьего уровня.

Заключительный клинический диагноз – основное заболевание: Геморрагический шок IV. Предлежание и отслойка плаценты в сроке гестации 32-34 недели. Внутриутробная гибель плода. Осложнения основного заболевания: Клиническая смерть с эффективными реанимационными мероприятиями. Полиорганный недостаток. Постгеморрагическая энцефалопатия. Множественные гематомы таза и забрюшинного пространства. Двусторонняя нижнедолевая очаговая пневмония. Массивная гемотрарсфузия. Внутрибрюшное кровотечение. Уретеропиелозктазия справа. Цистит. Операции: Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Экстирпация матки с придатками матки. Дренирование брюшной полости. Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Хирургический гемостаз.

Патолого-анатомический диагноз – Основное заболевание: Гиповолемический шок предлежание и отслойка плаценты, внутриутробная гибель плода в сроке не установленной беременности 32-36 недель. Операции: Лапаротомия, кесарево сечение в нижнем сегменте матки, экстирпация матки с придатками, дренирование брюшной полости (клиническая смерть во время операции, реанимация 3-5 минут). Осложнение: Диффузная отечно-дистрофическая энцефалопатия со множественными очагами энцефаломалиции. Множественные гематомы и участки геморрагического пропитывания жировой клетчатки малого таза. Ишемические инфаркты почек. Смешанные инфаркты селезенки. Центролобулярные некрозы в печени. Мелкоочаговые некрозы в корковом слое надпочечников. Острые эрозии желудка. Двусторонняя очаговая сливная пневмония. Пристеночные смешанные тромбы в правой внутренней подвздошной вене, пузырных венах; смешанные тромбозы в крупных ветвях легочной артерии справа. Двусторонний гидроторакс по 150 мл. Отек головного мозга. Сопутствующие заболевания: Очаги коагуляционного некроза кожи голени и в проекции тазобедренного сустава слева. Атеросклероз аорты, подвздошных артерий II-2, почечных, коронарных и церебральных II-1. Пигментные камни желчного пузыря. Фоновые заболевания: Хроническая артериальная гипертензия. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Хронический пиелонефрит. Анемия 3 ст. Кольпит. Операции манипуляции: Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Экстирпация матки с придатками матки. Дренирование брюшной полости. Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Хирургический гемостаз. Удаление правого бокового дренажа. Удаление левого бокового дренажа. Трахеостомия. Медикотехногенная патология, не имевшая значения в танатогенезе: распространенный серозный перитонит. Посткатетеризационный пристеночный смешанный тромб верхней полой вены.

Таблица № 54

**Структура оказания медицинской помощи в зависимости от уровня
в УФО (2018 г.)**

Субъекты УФО	I уровень (Абс./%)	II уровень (Абс./%)	III уровень (Абс./%)	Всего (Абс./%)
Курганская область	-	-	2/100	2
Свердловская область	1/25,0	-	3/75,0	4

Тюменская область	-	-	-	-
ХМАО	-	-	1/100	1
ЯНАО	-	-	-	-
Челябинская область	-	1/50,0	1/50,0	2
УФО	1/11,1	1/11,1	7/77,8	9

В основном (77,8 %) в УФО оказание медицинской помощи проводилось в учреждениях третьего уровня, только в Свердловской и Челябинской областях по одной женщине умерло на первом (25,0 %) и на втором (50,0 %) соответственно (табл. № 55).

Таблица № 55

Структура предотвратимости материнской смертности в УФО (2018г.)

Субъекты УФО	Предотвратимый (Абс./%)	Условно-предотвратимый (Абс./%)	Непредотвратимый (Абс./%)	Всего (Абс./%)
Курганская область	-	2/100	-	2
Свердловская область	1/25,0	-	3/75,0	4
Тюменская область	-	-	-	-
ХМАО	-	-	1/100	1
ЯНАО	-	-	-	-
Челябинская область	-	-	2/100	2
УФО	1/11,1	2/22,2	6/66,7	9

По предотвратимости смертности выявлено, что в 66,7 % случаев гибель женщин была непредотвратима, в 22,0 % условно-предотвратима и в 11,1 % - предотвратима.

Выводы:

1. Отмечено отсутствие материнских потерь в 2018 году в сроке беременности до 22 недель.

2. В 2018 году наиболее благополучной территорией в плане профилактики материнской смертности в округе остается Тюменская область и ЯНАО.
3. Лидирующей территорией по показателю материнской смертности является в 2018 году Курганская область, где сепсис единственная причина материнских потерь и лидирующая причина развития критических акушерских состояний.
4. Требуется детальный анализ гибели женщин и критических акушерских состояний по причине сепсиса с анализом антибиотикополитики в регионе (Курганская область).
5. В Свердловской области основной причиной материнской смертности явились кровотечения. Оба случая обусловлены преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты у пациенток с хронической артериальной гипертензией, что требует адекватной оценки тяжести экстрагенитальных заболеваний.
6. В Челябинской области недооценка патологических состояний в учреждениях родовспоможения второго уровня повлекла за собой отсутствие или запоздалую диагностику с последующей поздней перегоспитализацией пациенток на более высокий уровень оказания медицинской помощи, приведшим к тяжелым последствиям с неуправляемой ситуацией на третьем уровне. Такая ситуация свидетельствует о нарушении протоколов лечения пациенток с преэклампсией и нарушении маршрутизации.
7. Обращает на себя внимание во всех случаях качество ведения медицинской документации.
8. По уровню учреждений, где произошли случаи материнских потерь, можно констатировать, что в 77,8 % случились в учреждениях 3 уровня.
9. Предотвратимым признан 1 случай (11,1 %), 2 случая – условно-предотвратимы (22,2 %), 7 случаев (66,7 %) признаны непредотвратимыми.
10. Случай смерти женщины в Челябинской области с мезентериальным фиброматозом следует отнести к случаю гибели женщины по причине септического осложнения.

6.7 Анализ материнской смертности в Сибирском федеральном округе

Абсолютное количество и показатель материнской смертности в 2018 году в субъектах СФО представлены в таблице № 56.

Таблица № 56

Абсолютное число случаев и показатель материнской смертности (на 100 000 родившихся живыми) в субъектах СФО

	Абсолютное число случаев материнской смерти							Показатель на 100 000 родившихся живыми						
	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Кемеровская область	3	2	3	4	6	4	5	11,4	7,1	9,2	11,8	16,6	10,7	13,2
Новосибирская область	4	2	7	4	8	5	4	12,2	5,8	18,3	10,2	21,3	13,1	10,6
Омская область	2	3	1	2	4	4	3	9,4	13,3	3,8	7,0	13,6	13,8	10,2
Томская область	0	1	4	9	4	2	4	0	7,8	28,2	61,6	26,5	13,6	27,8
Иркутская область	3	2	2	3	3	3	4	9,7	6,2	5,6	8,1	7,9	7,9	10,4
Забайкальский край	1	4	4	4	2	5	1	14,4	27,8	25,4	23,9	11,4	28,8	5,6
Красноярский край	4	3	4	6	4	5	3	12,0	8,4	10,0	14,6	9,7	12,2	7,3
Алтайский край	2	2	2	4	4	4	8	8,5	7,8	7,0	13,3	12,7	12,4	24,3
Республика Алтай	2	1	0	1	0	0	0	59,9	29,1	0	24,9	0	0	0
Республика Тыва	2	1	0	0	0	0	1	30,6	14,3	0	0	0	0	12,1
Республика Хакасия	1	1	2	2	2	0	2	16,0	15,0	26,3	25,4	24,6	0	23,4
Республика Бурятия	2	0	2	6	5	2	1	14,4	0	12,4	35,4	30,1	11,7	5,9
Всего	26	22	30	45	42	34	36	11,7	9,3	11,6	16,4	14,9	11,9	12,5

В СФО в 2018 году погибло 26 женщин, что на 14,4 % больше, чем в 2017 году (22 женщины – 9,4). Случаи материнской смерти отсутствовали в Томской области. Показатель материнской смертности снизился относительно 2017 года в следующих субъектах: Забайкальский край (1), Республика Хакасия (1), Омская область (2). Субъекты с отрицательной динамикой материнской смертности: Республика Алтай (2), Республика Тыва (2), Кемеровская область (3), Иркутская область (3), Красноярский край (4), Новосибирская область (4).

Субъекты с показателем материнской смертности в 2018 году выше среднего (11,4): Республика Алтай (59,9), Республика Тыва (30,6), Республика Хакасия (16,0), Забайкальский край (14,4), Республика Бурятия (14,4), Новосибирская область (12,2), Красноярский край (12,0).

Субъекты с показателем материнской смертности ниже среднего (11,4): Томская область (0), Алтайский край (8,5), Омская область (9,4), Иркутская область (9,7), Кемеровская область (11,4).

Структура материнской смертности в 2018 году в субъектах СФО представлена в таблице № 57.

Таблица № 57

**Количество случаев материнской смерти в зависимости от причин
в субъектах СФО в 2018 году**

Субъекты СФО	Внематочная беременность	Медицинский аборт	Аборт, начатый вне ЛПУ	Преэклампсия	Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	Кровотечения в родах и послеродовом периоде	Сепсис в родах и в послеродовом периоде	Акуш. эмболия	Разрыв матки	ЭГЗ
Кемеровская область	2							1		
Новосибирская область					2			2		
Омская область								1		1
Томская область										
Иркутская область						1	1	1		
Забайкальский край										1
Красноярский край					1			3		
Алтайский край				1					1	
Республика Алтай			1		1					
Республика Тыва		1		1						
Республика Хакасия										1
Республика Бурятия										2
Всего	2	1	1	2	4	1	1	8	1	5

В структуре материнской смертности в 2018 году преобладали эмболии (8 случаев – 30,8 %): 6 случаев ТЭЛА и 2 случая эмболии амниотической жидкостью.

Характеристика пациенток, погибших от акушерской эмболии:

- Поздний репродуктивный возраст (30+)
- Оперативные роды: кесарево сечение/вакуум/лапаротомия/тубэктомия
- Сопутствующие заболевания/факторы: ожирение, жировой гепатоз, о. панкреатит, прием алкоголя, посттромбофлебитический синдром
- Послеродовый/послеоперационный период (1 беременная после приема алкоголя)
- I-II уровень ЛПУ

Проблемы оказания помощи при эмболии:

- Недооценка тромботического риска!!!
- Неприменение или недостаточная продолжительность применения НМГ
- Неадекватное применение компрессионного трикотажа:
- Неверный подбор размера
- Прерывистое применение
- Недостаточная продолжительность использования

Экстрагенитальные заболевания занимали второе место в структуре материнской смертности – 5 (19,2 %) случаев. Среди них в 2 случаях материнская смертность произошла во время беременности от заболеваний сердца: дилатационная кардиомиопатия 18-19 недель и синдром Вольф-Паркинсона-Уайта в 28 недель. 1 случай гибели пациентки от вирусно-бактериальной пневмонии (в 2017г. таких случаев не было, в 2016г. – погибло 7 женщин). 1 случай смерти от паранеопластического синдрома (рак молочной железы). 1 случай смерти от ОЖДП.

На третьем месте материнская смертность от ПОНРП – 4 случая (15,4 %). 2 случая (7,7 %) гибели женщин от преэклампсии. В одном случае пациентка не обследовалась, не наблюдалась, роды на дому, поздний вызов скорой помощи при наличии клиники отека мозга. В другом – недооценка тяжести, запоздалое родоразрешение, неадекватная терапия.

2 случая (7,7 %) гибели пациенток от внематочной беременности. В одном случае пациентка не обследовалась, не наблюдалась, разрыв трубы, геморрагический шок, смерть произошла до приезда скорой помощи. Во втором случае – своевременно не диагностированная шейная беременность, неадекватный объем оперативного лечения, неадекватное наблюдение в послеоперационном периоде.

1 женщина (3,8 %) погибла от послеродового кровотечения (гипотоническое кровотечение). Смерть произошла на дому до приезда скорой помощи.

1 случай (3,8 %) смерти от разрыва матки при беременности 24 недели. После употребления алкоголя, смерть наступила во сне от геморрагического шока до приезда скорой помощи.

1 случай смерти от послеродового сепсиса. Женщина не обследовалась не наблюдалась, роды на дому, смерть на дому до приезда скорой помощи.

1 случай (3,8 %) смерти от медицинского аборта. Пациентка после злоупотребления алкоголем обратилась с неразвивающейся беременностью. Проведен фармаборт при беременности 15 недель, который осложнился кровотечением и геморрагическим шоком.

1 случай (3,8 %) гибели женщины от аборта, начатого вне стен лечебного учреждения. Пациентка не обследовалась, не наблюдалась, беременность скрывала.

Проблемы оказания помощи при медикаментозном аборте:

1. Нарушение маршрутизации (не госпитализирована в стационар высокого риска)
2. Недостаточное обследование
3. Неверный выбор метода прерывания
4. Неадекватная оказание помощи при кровотечении
5. Неадекватный объем операции (SH, В-Линч)
6. Неадекватная реанимационная помощь (восполнение кровопотери и др.)

Структура причин материнской смертности в СФО за период 2014–2018гг. представлена в таблице № 58.

Таблица № 58

Структура причин материнской смертности в субъектах СФО

Причины смерти	2014	2015	2016	2017	2018
Внематочная беременность	2,4 %	4,3 %	0	9,1 %	7,7 %
Медицинский аборт	0	4,3 %	0	0	3,8 %
Аборт, начатый вне лечебного учреждения	14,3 %	8,9 %	3,3 %	4,5 %	3,8 %
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства (преэклампсия)	7,1 %	8,9 %	6,7 %	9,1 %	7,7 %
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	19,0 %	2,2 %	6,7 %	13,6 %	15,4%

Кровотечения в родах и послеродовом периоде	0	6,7 %	16,7 %	4,5 %	3,8 %
Осложнения анестезии	4,8 %	4,3 %	0	4,5 %	0
Сепсис во время родов и в послеродовом периоде	0	6,7 %	13,3 %	9,1 %	3,8 %
Акушерская эмболия	28,6 %	11,1 %	10 %	9,1 %	30,8 %
Разрыв матки	2,4 %	2,2 %	3,3 %	0	3,8 %
Прочие	0	4,3 %	0	0	0
Экстрагенитальные заболевания	21,4 %	35,6 %	40 %	31,8 %	19,2 %

По сравнению со структурой материнской смертности в СФО в 2017г. существенно увеличилась доля акушерской эмболии и ПОНРП в структуре материнской смертности.

Распределение случаев материнской смертности по уровню оказания помощи представлено в таблице № 59.

Таблица № 59

**Распределение случаев материнской смерти
по уровню оказания помощи**

Субъекты СФО	Кол-во случаев	Первоначальное оказание помощи (уровень учреждения)					Дальнейшее оказание помощи (уровень учреждения)			
		1	2	3	дома	гинекологический стационар	1	2	3	дома
Кемеровская область	3	1	1	0	1	0	1	1	0	1
Новосибирская область	4	1	3	0	0	0	1	3	0	0
Омская область	2	0	1	1	0	0	0	0	2	0
Томская область	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Иркутская область	3	0	0	1	2	0	0	0	1	2
Забайкальский край	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Красноярский край	4	1	1	1	1	0	0	2	1	1
Алтайский край	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1

Республика Алтай	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0
Республика Тыва	2	0	1	1	0	0	0	0	2	0
Республика Хакасия	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Республика Бурятия	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Всего	26	6	8	5	7	0	4	6	9	7
		23,1 %	30,8 %	19,2 %	26,9 %	0	15,4 %	23,1 %	34,6 %	26,9 %

Первоначальное распределение пациенток, погибших во время беременности и родов, по уровню оказания помощи было следующим: I уровень – 23,1 %, II уровень – 30,8 %, III уровень – 19,2 %, дома – 7 (26,9 %). Дома и в медицинских организациях I уровня критическая ситуация произошла в 41,3 % случаев. После эвакуации распределение пациенток было следующим: I уровень – 15,4 %, II уровень – 23,1 %, III уровень – 34,6 %, дома – 7 (26,9 %).

Анализ представленных данных показал, что 7 женщин погибли дома, 12 – на учете по беременности не состояли, 3 женщины беременность скрывали от родственников и медицинских работников, 1 женщина не знала о наличии беременности (разрыв маточной трубы).

Таблица № 60

Количество случаев и причины поздней материнской смертности в СФО

Субъекты СФО	2018		2017		2016		2015	
	Количество случаев	Причина	Количество случаев	Причина	Количество случаев	Причина	Количество случаев	Причина
Кемеровская область	2	1.ОНМК 2. Осложнение анестезии	1	ПОНР П	1	Вирусно-бактериальная пневмония	2	Послеродовый сепсис (1) Анестезиологическое осложнение (1)
Новосибирская область			0		0		2	Острый лейкоз (1) ВИЧ IY (1)
Омская область			0		1	Послеродовое кровотечение	0	
Томская область			0		0		0	

Иркутская область			0		0		1	Перитонит после кесарева сечения. Флегмона передней брюшной стенки (1)
Забайкальский край			0		0		0	
Красноярский край			0		0		2	Болезнь Лайелла (1) Аденокарцинома пилорического отдела желудка (1)
Алтайский край			0		0		0	
Республика Алтай			0		0		0	
Республика Тыва			0		0		0	
Республика Хакасия			0		0		0	
Республика Бурятия			0		0		0	
Всего	2		1		2		7	

В 2018 году в СФО зарегистрировано 2 случая поздней материнской смерти вследствие ОНМК и анестезиологического осложнения в Кемеровской области.

Таким образом, в СФО 2018 году зарегистрирован:

- Рост показателя материнской смертности в большинстве субъектов.
- Основными причинами материнской смертности были акушерская эмболия, экстрагенитальные заболевания и отслойка плаценты.
- Значимый рост в структуре материнской смертности в 2018 году ТЭЛА и ПОНРП.
- Значительное влияние социального фактора среди погибших (злоупотребление алкоголем, несоблюдение рекомендаций, отказ от госпитализации, поздний вызов скорой помощи).
- Большое количество летальных исходов на дому до прибытия скорой помощи.
- Случаи смерти от внематочной беременности (2) и медицинского аборта (2).

- При оказании медицинской помощи погибшим установлена недооценка факторов риска ТЭЛА при коморбидных заболеваниях, нарушение маршрутизации пациенток высокого риска, недостаточный запас препаратов крови, запоздалое родоразрешение при преэклампсии, неадекватный объем операции при массивном кровотечении, несоблюдение клинических рекомендаций по профилактике ТЭЛА, внематочной беременности, кровотечениям, гипертензивным расстройствам.

Основные направления снижения материнской летальности в СФО:

1. Социальная работа с населением.
2. Обучение клиническим протоколам всех специалистов акушерского профиля, а также врачей скорой медицинской помощи.
3. Отработка навыков работы в команде в симуляционных центрах.
4. Решение вопроса о продолжении закрытия маломощных учреждений (угрожаемых по материнской смертности).

6.8 Анализ материнской смертности в Дальневосточном федеральном округе

Показатель материнской смертности в 2018 г. в ДФО составил 14,4 на 100 000 живорожденных, т.е. увеличился в 1,8 раза по сравнению с данными 2017 г. (8,0). Не было случаев материнской смерти в Камчатском крае, Магаданской области и Чукотском автономном округе (2018 г.).

Величина показателей материнской смертности по субъектам ДФО (2018 г.) представлена на рис. № 15, табл. № 63.

В 2018 г. в ДФО произошло 10 случаев, смерть которых отнесена к категории ранней материнской смертности (табл. № 61, рис. № 15).

Для сравнения, в 2017 г. умерли 6 женщин; 2016 г. – 8; в 2015 г. – 14; в 2014 г. – 14; в 2013 г. – 14; в 2012 г. – 11; в 2011 г. – 9; в 2010 г. – 15; в 2009 г. – 23; в 2008 г. – 25; в 2007 г. – 28; в 2006 г. – 22; в 2005 г. – 26; в 2004 г. – 27; в 2003 г. – 34; в 2001-2002 гг. – по 39 женщин.

Как следует из данных табл. № 63 и рис. № 15, наибольший показатель материнской смертности был зафиксирован в Еврейской автономной области (53,1 на 100 000 родившихся живыми).

Далее по мере уменьшения следуют показатели Сахалинской области (33,17); Амурской области (22,5); Республики Саха (Якутия) (14,8); Приморского края (10,0), Хабаровского края (6,49).

Таким образом, показатель материнской смертности (14,4 на 100 000 живорожденных) по ДФО в 2018 г. увеличился по сравнению с данными 2017 г. (8,04 на 100 000 живорожденных), на 55,56 %.

Анализ структуры материнской смертности по ДФО показал, что первоначально медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам была оказана в стационарах 1-го уровня в 2 (20,0 %) случаях (Сахалинская область, Хабаровский край); в стационарах 2-го уровня – в 2 (20,0 %) случаях (ЕАО, Приморский край); в стационарах 3-го уровня – в 4 (40,0 %) случаях (Амурская область, Республика Саха (Якутия), Сахалинская область).

Таблица № 61

Показатель материнской смертности в ДФО, 2018 г.

Субъекты ДФО	Абсолютное число случаев материнской смерти	Показатель материнской смертности (на 100 000 родившихся живыми)
Амурская область	2	22,5
Еврейская автономная область	1	53,1
Камчатский край	0	0
Магаданская область	0	0
Приморский край	2	10,0
Республика Саха (Якутия)	2	14,8
Сахалинская область	2	33,17
Хабаровский край	1	6,49
Чукотский автономный округ	0	0
ДФО (итого)	10	14,4

Вне лечебного учреждения произошли 2 (20,0 %) случая материнской смерти (Приморский край, Республика Саха (Якутия)) (табл. № 62).

В зависимости от срока гестации случаи материнской смерти распределились следующим образом (табл. № 62):

- 3 (30,0 %) случая (Амурская область, Приморский край, Республика Саха (Якутия)) до 22 недель беременности (внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш (6 недель), острая жировая дистрофия печени (21 недель));
- 7 (70,0 %) случаев (Амурская область, Еврейская АО, Камчатский и Приморский края, Республика Саха (Якутия)) свыше 32 недель (табл. № 62).

Структура причин материнской смертности была следующей (табл. № 63):

- внебольничная 2-х сторонняя абсцедирующая пневмония – 2 (20,0 %) случая (Амурская область, Республика Саха (Якутия));
- сепсис, септический шок – 2 (20,0 %) случая (Еврейская АО, Приморский край);

- острая жировая дистрофия печени – 1 (10,0 %) случай (Амурская область);
- острая коронарная недостаточность – 1 (10,0 %) случай (Приморский край);
- геморрагический инсульт, аневризма внутренней сонной артерии – 1 (10,0 %) случай (Сахалинская область);
- внематочная беременность – 1 (10,0 %) случай (Республика Саха (Якутия));
- гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде – 1 (10,0%) случай (Сахалинская область);
- тромботическая микроангиопатия, гемолитико-уремический синдром – 1 (10,0 %) случай (Хабаровский край).

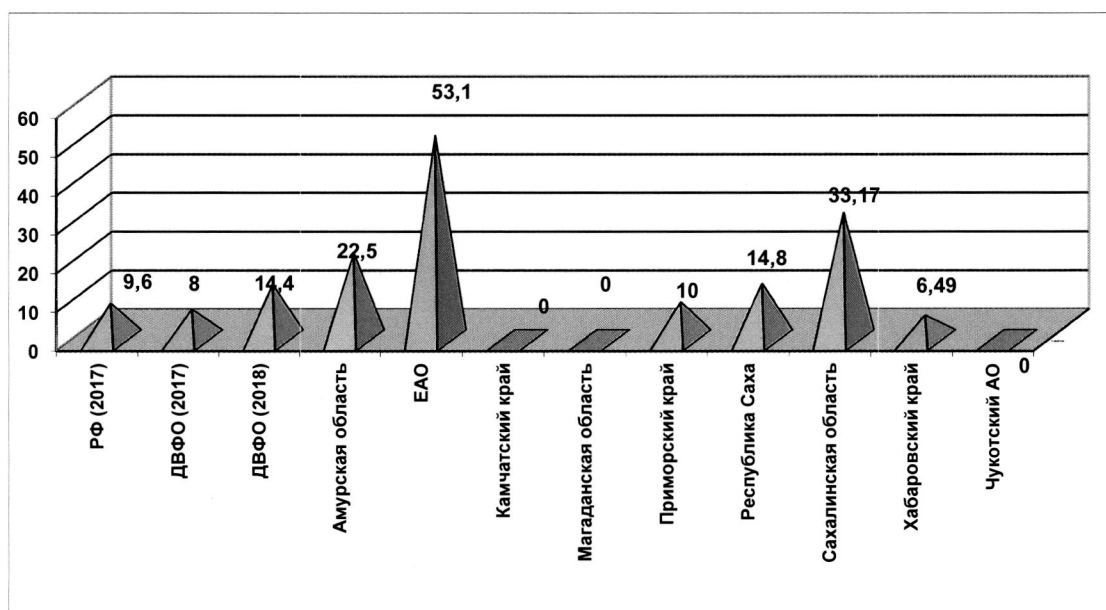


Рис. № 15 Показатели материнской смертности (на 100 000 родившихся живыми) в субъектах ДФО за 2018 год.

На этапе оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях дефекты были допущены в 6 (60,0 %) случаях (Амурская область, Еврейская АО, Сахалинская область, Хабаровский край). В условиях стационара наличие дефектов было выявлено в 6 (60,0 %) случаях (Амурская область, Еврейская АО, Сахалинская область, Хабаровский край) (табл. № 62).

Предотвратимыми было 4 (40,0 %) случая материнской смерти (Амурская область, Еврейская АО, Сахалинская область, Хабаровский край).

Непредотвратимых случаев материнской смерти было 6 (60,0 %), которые произошли в Республики Саха (Якутия), Сахалинской области, Приморском крае (табл. № 62).

Дефекты оказания медицинской помощи касались нарушений организационно-управленческими плана и повышения уровня медицинской помощи врачей акушеров-гинекологов, реаниматологов, а также выполнения требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Таблица № 62

Мониторинг показателей материнской смертности по ДФО (2018 г.)

Субъекты ДФО	Первоначально медпомощь оказана в стационаре (уровень)			Смерть наступила в стационаре (уровень)			Смерть наступила вне стационара	Срок гестации (недели)		
	I	II	III	I	II	III		<22	23-36	>37
Амурская область			2			2		1		1
Еврейская автономная область		1			1				1	
Камчатский край										
Магаданская область										
Приморский край					1		1	1		1
Республика Саха (Якутия)			1				1	1	1	
Сахалинская область	1		1	1		1			1	1
Хабаровский край	1					1				
Чукотский автономный округ										
ДФО (итого)	2	1	4	1	2	4	2	3	3	3

Таблица № 62 (прод.)

Субъекты ДФО	Дефекты оказания медицинской помощи		Предотвратимость случая материнской смерти	
	амбулаторный	стационарный	да	нет
Амурская область	2	2	1	1
Еврейская автономная область	1	1	1	
Камчатский край				
Магаданская область				
Приморский край				2
Республика Саха (Якутия)		1		2
Сахалинская область	2	1	1	1
Хабаровский край	1	1	1	
Чукотский автономный округ				
ДФО (n=6)	6	6	4	6

Таблица № 63

Структура причин материнской смертности (ДФО, 2018 г.)

Субъекты ДФО	Причины материнской смертности						
	ЭГП				Сепсис/септический шок	Внематочная беременность	Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде
Внебольничная 2-х сторонняя абсцедирующая пневмония	Острая жировая дистрофия печени	Острая коронарная недостаточность	Геморрагический инсульт, аневризма внутренней сонной артерии				
Амурская область	1	1					
Еврейская автономная область					1		
Камчатский край							
Магаданская область							
Приморский край			1		1		
Республика Саха (Якутия)	1					1	

Сахалинская область				1			1	
Хабаровский край								1
Чукотский автономный округ								
ДФО (n=6)	2	1	1	1	2	1	1	1

Заключение

В продолжение Целей развития тысячелетия 25 сентября 2015 г. на Саммите ООН по устойчивому развитию 193 государства-члена ООН единогласно приняли Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, которая включает 17 Целей устойчивого развития (ЦУР) и 169 задач в социальной, экономической и природоохранной областях.

Одной из Целей в области устойчивого развития на период до 2030 года является обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте (ЦУР 3).

ЦУР 3 направлена на улучшение здоровья населения с охватом всех этапов жизни, охрану материнства и детства, предотвращение эпидемии основных инфекционных заболеваний, снижение уровня заболеваемости неинфекционными заболеваниями, обеспечение широкой информированности населения о факторах риска, угрожающих здоровью (курение, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание, недостаток физической активности), стимулирование здорового образа жизни, формирование у населения самосохранительного поведения.

Первоочередными задачами в рамках ЦУР 3 являются повышение качества и доступности услуг системы здравоохранения, формирование системы профилактики заболеваний, внедрение новых технологий в области репродуктивного здоровья, доступность безопасных и эффективных лекарственных средств и вакцин. Их решение обеспечит продолжительную и здоровую жизнь граждан, качественное развитие человеческого потенциала страны.

Важнейшей задачей (задача 3.1 в области ЦУР) является снижение к 2030 году глобального коэффициента материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений

При этом необходимо отметить, что в 2015 году глобальный коэффициент материнской смертности в мире составил 216 смертей на 100 000 живорождений (примерно 303 000 женщин во всем мире умерли из-за осложнений при беременности и родах).

Новые Цели устойчивого развития направлены на ускорение достигнутого прогресса в сокращении младенческой, детской и материнской

смертности и ликвидацию всех случаев предотвратимой смертности до 2030 года.

В Российской Федерации глобальный коэффициент материнской смертности с начала XXI века снизился более чем в 4 раза (с 39,7 на 100 000 родившихся живыми в 2000 году до 9,1 на 100 000 родившихся живыми в 2018 году).

При этом за период 2001–2005 гг. снижение материнской смертности в Российской Федерации составило 30,4 % (показатель уменьшился с 36,5 до 25,4 на 100 000 родившихся живыми), за период 2006–2010 гг. – 30,4 % (с 23,7 до 16,5 на 100 000 родившихся живыми).

Максимальные темпы снижения материнской смертности отмечены в период 2011–2015 гг. (снижение на 37,7 %, т.е. с 16,2 до 10,1 на 100 000 родившихся живыми).

По данным Росстата в 2018 году показатель материнской смертности в Российской Федерации составил 9,1 на 100 тыс. родившихся живыми, что ниже среднего значения для стран Европейского региона (16,0 на 100 000 родившихся живыми, 2015 год).

Вместе с тем, по сравнению с 2017 годом, в 2018 году отмечен рост показателя материнской смертности по данным Росстата на 3,4 %, по данным Минздрава России – на 4,2 %.

В тоже время число случаев материнской смерти уменьшилось со 149 в 2017 году до 146 в 2018 году (по данным Росстата) и с 163 до 161 соответственно (по данным Минздрава России).

Недоучет случаев материнской смерти в статистике Росстата в 2018 году увеличился и составил 15 случаев, или 9,3 % (в 2017 году – 14 случаев, или 8,6 %).

В структуре материнской смертности (по данным Росстата) соотношение прямых и косвенных причин материнской смерти существенно не изменилось: доля прямых акушерских причин в 2018 году составила 74,0 % (в 2017 году – 73,1 %), непрямых причин материнской смерти – 26,0 % (в 2017 году – 26,9 %).

Неблагоприятным является рост в 2018 году показателя материнской смертности среди сельского населения на 7,5 %, среди городского населения – на 1,1 %. Таким образом, различия показателей материнской смертности среди сельских и городских женщин в 2018 году увеличились – показатель материнской смертности среди сельских женщин на 13,6 % превышал аналогичный показатель среди городского населения.

По данным Минздрава России, в 2018 году, как и в 2017 году, первое место заняли экстрагенитальные заболевания (41,0 %), второе – кровотечения (18,6 %). На третье место в 2018 году вышли септические осложнения (12,4 %).

В 2018 году (по данным Минздрава России), по сравнению с 2017 годом, отмечено снижение показателей материнской смертности от преэклампсии и

эклампсии (на 24,2 %), эмболии околоплодными водами (на 23,6 %), кровотечений (на 16,9 %) и осложнений анестезии (на 80 %).

В тоже время показатель материнской смертности от септических осложнений увеличился на 50,6 % к уровню 2017 года, от экстрагенитальных заболеваний – на 22,0 %, от тромбоэмболии легочной артерии – на 21,9 %.

Кроме того, в 2018 году зарегистрировано 4 случая смерти от разрыва матки и 2 – вследствие воздушной эмболии (в 2017 году случаев смерти от этих причин не было).

В 2018 году сохранилась тенденция снижения материнской смертности после аборт. Число летальных исходов после абортов уменьшилось с 20 до 17, показатель материнской смертности снизился на 10,2 % к уровню 2017 года, удельный вес абортов в структуре материнской смертности сократился с 12,3 % до 10,6 %.

В 2018 году 19 (из 161) женщин умерли вне стационара. Таким образом, доля умерших вне медицинских организаций уменьшилась с 12,3 % в 2017 году до 11,8 % в 2018 году. Основными причинами смерти вне медицинских организаций, как и в 2017 году, явились экстрагенитальные заболевания – 8 случаев (в 2017 году – 6) и кровотечения – 7 случаев (в 2017 году – 9).

Анализ материнской смертности в акушерских и многопрофильных стационарах различного уровня свидетельствует о дальнейшем снижении в 2018 году абсолютного числа (с 15 в 2017 году до 14 в 2018 году) и доли (с 10,5 % до 9,9 % соответственно) умерших в стационарах I уровня.

Кроме того, в 2018 году в стационарах I уровня не зарегистрированы случаи смерти от преэклампсии и эклампсии, тромбоэмболии легочной артерии и осложнений анестезии.

Вместе с тем, необходимо отметить двукратный рост в 2018 году летальных исходов от акушерских кровотечений в акушерских стационарах I группы, а также увеличение числа умерших от эмболии околоплодными водами и сепсиса.

Несмотря на снижение абсолютного числа и доли (%) умерших от всех причин в стационарах I уровня, показатель материнской смертности в стационарах I группы повысился с 10,8 в 2017 году до 13,2 в 2018 году (за счет уменьшения в 2018 году числа родившихся в учреждениях родовспоможения I группы на 23,7 %).

В 2018 году сохранился рост абсолютного числа (с 80 в 2017 году до 83 в 2018 году) и доли (с 55,9 % до 58,4 % соответственно) женщин, погибших в стационарах III группы, в том числе от преэклампсии и эклампсии (с 76,2 % до 80,0 %), экстрагенитальных заболеваний (с 56,9 % до 70,7 %) и сепсиса (с 54,5 % до 63,2 %).

Одновременно в стационарах III уровня снизилась доля умерших от акушерских кровотечений, эмболии околоплодными водами и тромбоэмболии легочной артерии.

На фоне увеличения абсолютного числа и доли (%) умерших от всех причин в стационарах III уровня, показатель материнской смертности в стационарах III группы в 2018 году несколько снизился (с 15,9 на 100 000 родившихся живыми в 2017 году до 15,4 в 2018 году), что объясняется увеличением в 2018 году числа родившихся в акушерских стационарах III группы на 7,5 %.

Показатель материнской смертности в стационарах II группы практически не изменился (составил 4,7 в 2017 году и 4,8 в 2018 году).

Таким образом, показатель материнской смертности в стационарах III группы в 3,2 раза превышал аналогичный показатель в стационарах II группы и в 1,2 раза – в стационарах I группы.

Неблагоприятная динамика показателя материнской смертности в стационарах I группы, особенно от кровотечений, свидетельствует о недостаточной работе органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по маршрутизации беременных женщин.

Доля непредотвратимых случаев материнской смерти в 2018 году увеличилась и составила 57,8 % (в 2017 году – 50,3 %).

Удельный вес предотвратимых и условно предотвратимых случаев снизился с 49,7 % в 2017 году до 42,2 % в 2018 году.

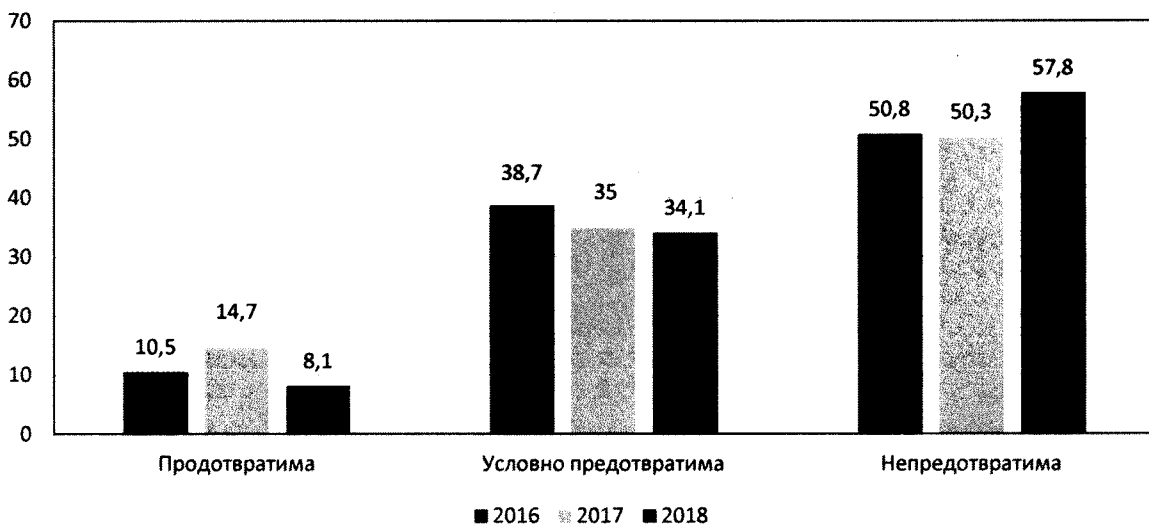


Рис. № 16. Доля (%) предотвратимых, условно предотвратимых и непредотвратимых случаев материнской смерти в Российской Федерации, 2016–2018 гг.

Патолого-анатомическое исследование не проведено в 17 случаев (в 2017 году – в 10 случаях).

Расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов установлены в 15 случаях (в 2017 году – в 23 случаях), их них в 10 случаях – при экстрагенитальных заболеваниях.

С целью профилактики и снижения материнской смертности необходимо:

продолжить мероприятия по внедрению клинических рекомендаций (протоколов лечения) во всех медицинских организациях, оказывающих помощь женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде;

принять меры по оптимизации длительности пребывания в акушерских стационарах беременных женщин (в том числе за счет повышения эффективности работы коек акушерского ухода), рожениц и родильниц с целью предупреждения гнойно-септических осложнений;

принять меры по устранению практики родоразрешения путем планового кесарева сечения в акушерских стационарах I группы, в которых не предусмотрены круглосуточные дежурства врачей акушеров-гинекологов, неонатологов и анестезиологов-реаниматологов;

продолжить мероприятия по совершенствованию маршрутизации женщин при оказании медицинской помощи в период беременности и родов с целью снижения риска возникновения критических акушерских состояний и случаев материнской смерти;

принять меры по проведению мониторинга течения беременности и формированию групп риска, а также по совершенствованию работы акушерских дистанционных консультативных центров и мобильных акушерских бригад, в том числе путем осуществления контроля и учета дистанционных консультаций с обязательным документированием и последующим анализом (аудио- и видеозапись);

продолжить мероприятия по профилактике абортов;

продолжить работу по повышению квалификации медицинских работников, в том числе в обучающих симуляционных центрах в рамках реализации федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» национального проекта «Здравоохранение».

**Сравнительные данные Росстата и Минздрава России
о числе случаев и показателе материнской смертности
в субъектах Российской Федерации, 2017–2018 гг.**

Субъекты Российской Федерации	2017				2018			
	Росстат		Минздрав России		Росстат		Минздрав России	
	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*
Российская Федерация	149	8,8	163	9,6	146	9,1	161	10,0
Центральный федеральный округ	40	9,8	46	11,2	37	9,5	38	9,7
Белгородская область	1	6,6	1	6,6	1	7,0	1	7,0
Брянская область	3	26,0	3	26,0	3	27,0	3	27,0
Владимирская область	1	7,5	1	7,5	-	-	-	-
Воронежская область	1	4,5	1	4,5	1	4,7	1	4,7
Ивановская область	-	-	-	-	-	-	1	11,0
Калужская область	-	-	3	27,4	-	-	1	9,7
Костромская область	-	-	-	-	3	48,1	3	48,1
Курская область	1	9,3	1	9,3	-	-	-	-
Липецкая область	1	8,6	1	8,6	-	-	-	-
Московская область	5	5,6	5	5,6	3	3,6	3	3,6
Орловская область	1	14,0	1	14,0	2	29,8	2	29,8
Рязанская область	-	-	1	9,1	-	-	-	-
Смоленская область	1	11,5	1	11,5	1	12,8	1	12,8
Тамбовская область	1	11,3	1	11,3	1	12,1	1	12,1
Тверская область	1	7,8	1	7,8	1	8,6	1	8,6
Тульская область	3	22,5	3	22,5	1	8,1	1	8,1
Ярославская область	1	7,5	1	7,5	2	16,1	2	16,1
г. Москва	19	14,2	21	15,7	18	13,6	17	12,9
Северо-Западный федеральный округ	22	14,2	26	16,8	14	9,6	15	10,3
Республика Карелия	2	31,1	2	31,1	2	33,1	2	33,1

Субъекты Российской Федерации	2017				2018			
	Росстат		Минздрав России		Росстат		Минздрав России	
	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*
Республика Коми	-	-	-	-	-	-	-	-
Архангельская область	-	-	-	-	-	-	-	-
Ненецкий автономный округ	-	-	-	-	-	-	-	-
Вологодская область	4	29,6	5	37,1	1	8,1	1	8,1
Калининградская область	1	9,2	1	9,2	-	-	-	-
Ленинградская область	-	-	3	20,0	2	14,3	2	14,3
Мурманская область	-	-	1	12,8	1	13,6	1	13,6
Новгородская область	-	-	-	-	1	17,1	1	17,1
Псковская область	2	32,9	2	32,9	1	17,1	1	17,1
г. Санкт-Петербург	13	19,5	12	18,0	6	9,4	7	10,9
Южный федеральный округ	11	6,0	12	6,6	11	6,3	13	7,5
Республика Адыгея	2	41,8	2	41,8	-	-	-	-
Республика Калмыкия	-	-	-	-	1	32,7	1	32,7
Республика Крым	4	19,2	4	19,2	2	9,8	4	19,7
Краснодарский край	1	1,5	2	3,0	2	3,1	2	3,1
Астраханская область	-	-	-	-	-	-	-	-
Волгоградская область	1	4,0	1	4,0	2	8,5	2	8,5
Ростовская область	2	4,6	2	4,6	3	7,3	3	7,3
г. Севастополь	1	20,6	1	20,6	1	22,4	1	22,4
Северо- Кавказский федеральный округ	13	8,8	13	8,8	10	7,1	18	12,7
Республика Дагестан	3	6,0	3	6,0	7	14,6	10	20,8
Республика Ингушетия	-	-	-	-	-	-	1	12,4

Субъекты Российской Федерации	2017				2018			
	Росстат		Минздрав России		Росстат		Минздрав России	
	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*
Кабардино- Балкарская Республика	1	9,0	1	9,0	1	9,2	1	9,2
Карачаево- Черкесская Республика	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Северная Осетия- Алания	-	-	-	-	-	-	-	-
Чеченская Республика	6	19,1	6	19,1	1	3,3	5	16,7
Ставропольский край	3	9,3	3	9,3	1	3,3	1	3,3
Приволжский федеральный округ	23	7,0	26	7,9	28	9,0	29	9,3
Республика Башкортостан	2	4,1	2	4,1	4	8,5	4	8,5
Республика Марий Эл	2	24,5	2	24,5	2	27,1	2	27,1
Республика Мордовия	-	-	-	-	1	15,0	1	15,0
Республика Татарстан	4	8,3	4	8,3	5	10,8	5	10,8
Удмуртская Республика	1	5,6	1	5,6	3	18,3	3	18,3
Чувашская Республика	1	7,2	1	7,2	-	-	-	-
Пермский край	3	9,4	3	9,4	2	6,8	2	6,8
Кировская область	1	7,3	1	7,3	1	7,9	1	7,9
Нижегородская область	4	11,7	4	11,7	4	12,5	4	12,5
Оренбургская область	3	13,1	5	21,8	1	4,6	2	9,2
Пензенская область	-	-	-	-	-	-	-	-
Самарская область	-	-	-	-	1	3,0	1	3,0
Саратовская область	1	4,2	2	8,5	1	4,5	1	4,5
Ульяновская область	1	8,0	1	8,0	3	25,0	3	25,0

Субъекты Российской Федерации	2017				2018			
	Росстат		Минздрав России		Росстат		Минздрав России	
	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*	п	показа- тель*
Уральский федеральный округ	12	7,7	12	7,7	10	6,8	10	6,8
Курганская область	1	10,6	1	10,6	2	23,1	2	23,1
Свердловская область	6	11,2	6	11,2	5	9,9	5	9,9
Тюменская область	1	4,7	1	4,7	-	-	-	-
Ханты-Мансийский автономный округ	-	-	-	-	1	4,4	1	4,4
Ямало-Ненецкий автономный округ	-	-	-	-	-	-	-	-
Челябинская область	4	10,0	4	10,0	2	5,3	2	5,3
Сибирский федеральный округ	18	8,6	18	8,6	24	12,2	24	12,2
Республика Алтай	1	29,1	1	29,1	2	59,8	2	59,8
Республика Тыва	1	14,3	1	14,3	2	30,6	2	30,6
Республика Хакасия	1	15,0	1	15,0	1	16,1	1	16,1
Алтайский край	2	7,8	2	7,8	2	8,5	2	8,5
Красноярский край	3	8,4	3	8,4	5	14,9	5	14,9
Иркутская область	2	6,2	2	6,2	3	9,7	3	9,7
Кемеровская область	2	7,1	2	7,1	3	11,3	3	11,3
Новосибирская область	2	5,8	2	5,8	4	12,2	4	12,2
Омская область	3	13,3	3	13,3	2	9,4	2	9,4
Томская область	1	7,8	1	7,8	-	-	-	-
Дальневосточный федеральный округ	10	9,7	10	9,7	12	12,3	14	14,3
Республика Бурятия	-	-	-	-	2	14,4	2	14,4
Республика Саха (Якутия)	1	7,1	1	7,1	2	15,2	2	15,2
Забайкальский край	4	27,8	4	27,8	1	7,4	1	7,4
Камчатский край	1	26,7	1	26,7	-	-	-	-
Приморский край	1	4,8	1	4,8	1	5,0	3	15,0
Хабаровский край	1	6,3	1	6,3	1	6,6	1	6,6
Амурская область	1	10,6	1	10,6	2	22,7	2	22,7

