

УДК618.2/.7-089.168.86:312.2(571.63)

М.Б. Хамошина, Л.А. Кайгородова, С.Н. Лещанкина

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморская краевая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: материнская смертность, причины, структура, профилактика.

В соответствии с МКБ 10-го пересмотра термином «материнская смертность» (МС) определяется «обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины». Показатель МС выражается числом случаев смерти матерей на 100000 живорожденных и является интегрирующим показателем здоровья женщин репродуктивного возраста, отражающим популяционный итог взаимодействий экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов [1,12].

Самый высокий показатель МС в Приморском крае в последнее десятилетие (91,8) наблюдался в 1997 г., после чего наметилась тенденция к его снижению [5]. В то же время он по-прежнему превышает аналогичные данные по Российской Федерации. Значительное влияние на этот показатель традиционно оказывает уровень рождаемости. Коэффициент рождаемости в России в 2001 г. составил 8,9‰ на фоне снижения МС в последние десять лет на 36,6% [4]. Соответствующий показатель в Приморском крае в 2001 г. превысил общероссийский уровень и достиг 9,2‰, однако МС в крае по сравнению с 1993 г. снизилась всего на 15,3% (соответственно 71,3 и 60,4) [5, 8]. Это позволяет предположить, что снижение показателя МС в крае является преимущественно отражением общероссийской тенденции, и существуют региональные особенности, сдерживающие темпы его снижения. МС по Дальневосточному Федеральному округу в последние годы имела тенденцию к снижению (54,3 — в 2001 г., 53,2 — в 21002 г. и 43,5 — в 2003 г.), однако по-прежнему стойко превышала общероссийский уровень [8, 9]. По-видимому, темпы снижения МС в Приморском крае в значительной степени отражают и региональные особенности, характерные для всего округа.

Основными характеристиками МС являются ее структура и причины, которые отражают влияние социально-экономических, экологических, климато-географических и социально-биологических факторов, а также особенности организации и доступность ме-

дицинской помощи [1, 7, 12]. В России большинство материнских потерь стабильно определяются четырьмя причинами: кровотечением, гестозом, септическими осложнениями и экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ) [6, 8, 10, 11,15].

С целью разработки основных направлений снижения и профилактики МС в Приморском крае изучена первичная медицинская документация 66 случаев МС за 1997-2001 г. Сбор материала осуществлялся методом выкопировки с элементами экспертного анализа из архивной первичной медицинской документации на специально разработанные карты клинко-социального исследования случая МС. Обработка полученных данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ Statistica 6.0. Поскольку структура МС по Российской Федерации в целом за последние годы практически не изменилась, ее региональная структура за исследуемый период сравнивалась с данными Минздрава России за 2001 г. [4].

Установлено, что в структуре МС в Приморье за исследуемый период преобладала смертность рожениц, родильниц и беременных в сроке более 28 недель. Ее удельный вес составил 40,9%, что в 1,5 раза ниже общероссийского показателя (62,3%). Второе место заняла смертность беременных в сроке менее 28 недель (25,8%), удельный вес которой более чем в 5 раз превысил общероссийский показатель (5,0%). На территории России второе место в структуре МС занимала смерть после абортов (27,7%). Ее удельный вес в крае оказался ниже общероссийского (24,2%). Структура МС в Приморье за исследуемый период также имела отличия. Здесь преобладали кровотечения (28,8%), септические осложнения (27,3%) и гестоз (24,2%), тогда как в Российской Федерации — септические осложнения (23,4%), кровотечения (22,1%) и ЭГЗ (21,2%). Выявлены существенные отличия и в структуре самих причин. В то время как в стране каждый третий случай МС от септических осложнений был обусловлен сепсисом в родах, на территории края ни одной смерти от послеродовых септических осложнений не зафиксировано. 16 смертей от сепсиса (88,9%) были связаны с внебольничными абортами, 2 случая (11,1%) — с септической пневмонией на фоне хронической эфедриновой наркомании.

В структуре МС от кровотечений в Приморье доля акушерских кровотечений составила 78,9%, что выше среднего показателя по Федерации (63,0%). Остальные смерти по причине кровотечения пришлись на внематочную беременность. Обращает на себя внимание то, что каждый третий случай МС от акушерских кровотечений в крае за исследуемый период отмечен у беременных в сроке гестации до 28 недель. В 2001 г. в России случаев смерти от акушерских кровотечений в сроке гестации до 28 недель зарегистрировано не было. Отличительной чертой Приморья оказалась высокая частота МС от гестоза (24,2%), что превысило соответствующий показатель

по стране в 1,7 раза (14,5%). На территории края за исследуемый период по причине гестоза погибло 30,8% беременных в сроке до 28 недель гестации, что вдвое выше среднероссийского показателя (15,0%).

Доля женщин, умерших от ЭГЗ, в Приморском крае оказалась ниже общероссийской (21,2%) и составила 18,2%. Однако структура МС от ЭГЗ на территории края имела значительные отличия: преобладала смертность беременных в сроке до 28 недель (54,6%), что в 3,7 раза выше соответствующего показателя по Российской Федерации (14,9%). В то же время среди смертей, обусловленных декомпенсацией ЭГЗ, в стране в целом преобладала МС беременных в сроке более 28 недель, рожениц и родильниц (63,2%) и смерть после искусственного прерывания беременности в сроке до 28 недель (21,0%).

В структуре смертности беременных в сроке более 28 недель, рожениц и родильниц в крае лидировал гестоз (26,0%), последующие места занимали акушерские кровотечения (14,8%), ЭГЗ (14,8%), разрыв и выворот матки (14,8%), криминальные вмешательства с септическими осложнениями в III триместре гестации (11,1%), эмболия околоплодными водами (7,4%) и анестезиологические осложнения (7,4%). В то же время в структуре МС этой категории женщин в России преобладали кровотечения (22,4%), ЭГЗ (21,5%) и гестоз (19,1%). Обращают на себя внимание более высокие показатели МС вследствие гестоза, уровень которой был в 1,4 раза выше общероссийского (19,1%), и МС вследствие акушерского травматизма, уровень которого превысил общероссийский в 4,5 раза (3,3%).

Увеличению частоты гестоза закономерно способствовал рост частоты ЭГЗ, являющихся фоном для его развития. Хронические ЭГЗ отмечены у 89,3% умерших беременных в сроке более 28 недель, рожениц и родильниц. Здесь преобладали анемия (20%), болезни сердечно-сосудистой (18,8%) и мочеполовой (13,8%) систем. Среди ЭГЗ, явившихся причиной смерти, зарегистрированы хронический гломерулонефрит, тромбофлебит подколенной вены и перфоративная язва желудка.

В то время как в структуре причин МС беременных в сроке менее 28 недель в России преобладали ЭГЗ (63,0%), тромбоемболия легочной артерии (18,5%), гестоз (7,4%) и сепсис (7,4%), в Приморском крае лидировал гестоз (35,3%), последующие места занимали ЭГЗ (23,5%), кровотечение (23,5%) и сепсис (17,7%). В 2 случаях (28,6%) причиной смерти беременных в сроке менее 28 недель явилась острая хирургическая патология тонкой кишки. Среди причин смерти также отмечены тяжелый грипп, экстрагенитальный сепсис на фоне хронического пиелонефрита, цирроз печени и гипертоническая болезнь с кровоизлиянием в головной мозг. Отличительной чертой смертности у беременных в сроке менее 28 недель в регионе также явились высокие показатели МС вследствие гестоза (35,3%) и сепсиса (17,7%), превышающие общероссийские соответственно в 4,8 (7,4%) и в 2,4 раза (7,4%).

Типичной для региона причиной МС, определявшей ее структуру, было криминальное вмешательство с целью прерывания беременности, которое регистрировалось во II и III триместрах и даже при доношенной беременности, что имело выраженную трагическую социальную окраску и являлось в подавляющем большинстве случаев следствием психосоциальной деградации определенных слоев женского населения, нежели недоступности медицинской помощи. Ведущей причиной смертности в этой группе женщин стал сепсис с развитием необратимого септического шока, ДВС-синдрома и перитонита. Среди всех случаев смерти, ассоциированных с абортom, криминальными абортами было обусловлено 93,8% наблюдений, что в 2,7 раза выше, чем в среднем по стране (34,7%).

Доля смертей от внематочной беременности в структуре МС в крае составила 9,1%, что выше общероссийского показателя в 1,8 раза (5,0%). За исследуемый период умерло 6 женщин, причем одна — дома. Непосредственной причиной смерти, как правило, служило массивное внутрибрюшное кровотечение. Из 4 случаев смерти от анестезиологических осложнений, зафиксированных за исследуемый период на территории края (6,1%), причинами явились неадекватное анестезиологическое пособие, анафилактический шок на анестетики, травма печени при плевральной пункции с массивным кровотечением.

При анализе возрастной структуры установлено, что наиболее часто МС приходилась на возраст 20-30 (46,9%) и 36-40 лет (18,2%). Однако при пересчете на количество родов видно, что группами наиболее высокого риска были женщины юного и позднего репродуктивного возраста. За исследуемый период в крае погибло 8 беременных, рожениц и родильниц в возрасте 15-19 лет, что составило 12,1% от общего числа случаев МС. Структура смертности в этой возрастной группе имела свои особенности. Это более высокий удельный вес смертности беременных в сроке более 28 недель, рожениц и родильниц (50,0% против 40,9% в общей структуре), что, по-видимому, отражало общероссийскую тенденцию, отсутствие смертности после внематочной беременности, а также характерный для территории более высокий удельный вес МС в сроке беременности до 28 недель (37,5% против 25,8% в целом по краю).

При анализе местожительства умерших установлено, что 59,1% из них проживали в городах края (Уссурийск, Находка, Партизанск, Большой Камень и Спасск), 25,8% — в районах края, 15,1% — во Владивостоке. Проведенный анализ позволил выделить гестоз, анемию и акушерские кровотечения в период беременности как социально-биологические акушерские осложнения, характерные для Приморского края.

Гестоз традиционно рассматривается как проявление гормонально-метаболической дезадаптации женского организма к нагрузкам, предъявляемым беременностью, с целью обеспечения интересов растущего плода [11]. Рост частоты и тяжести гестоза в 90-е

годы XX века отмечался практически на всей территории России, что было расценено как следствие снижения общественного и индивидуального здоровья в период экономической нестабильности общества и воздействия на женщин репродуктивного возраста многокомпонентной агрессии окружающей среды [1, 3, 10, 14]. Многие исследователи рассматривают гестоз как медико-биологический показатель и критерий оценки нарушения репродуктивного здоровья у женщин, проживающих в экологически загрязненных районах [3].

Организм женщин, живущих на территориях с экстремальными и субэкстремальными социально-экономическими и климатогеографическими условиями, экологически загрязненных, с высокой техногенной нагрузкой вынужден расходовать имеющиеся гормонально-метаболические резервы для «выживания», и к моменту наступления беременности адаптивные возможности оказываются истощенными [7, 13]. На стадии функциональных расстройств следствием этого являются нарушения репродуктивной функции в виде угрозы прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточности. По мере прогрессирования беременности прогрессируют и патофизиологические изменения, приводящие к гестозу. В случае развития органических изменений в репродуктивной системе наблюдаются невынашивание, бесплодие, пролиферативные заболевания, аномалии развития плода [3, 7, 13]. Среди беременных в сроке более 28 недель, рожениц и родильниц, умерших на территории края от акушерских причин, гестоз отмечен в 80,0%, угроза прерывания беременности — в 20,0%, фетоплацентарная недостаточность — в 70,0% случаев. Суммарный удельный вес репродуктивных нарушений в структуре отягощенного акушерского анамнеза (преждевременные роды, невынашивание, мертворождение, ранняя неонатальная смертность) составил 33,3% [15].

Приморский край может быть отнесен к экологически и социально «репродуктивно неблагополучным» территориям. По данным Приморского краевого медико-информационного аналитического центра (ПК МИАЦ), экологическое состояние воздушного бассейна большинства городов и поселков края характеризуется как неблагоприятное. В Приморье стабильно сохраняется неудовлетворительное положение с обеспечением доброкачественной питьевой водой, вызванное тайфунами и осложненное ухудшением ее качества в источниках. Отсутствует полигон для захоронения токсичных промышленных отходов. Отмечается высокое микробное и гельминтное загрязнение почвы на территории жилой застройки [5]. В пользу вышесказанного свидетельствует и тот факт, что в социально-географической структуре МС на территории Приморского края преобладали не жительницы сельской местности, отдаленные от ведущих лечебно-профилактических учреждений, а женщины, проживавшие в крупных городах (74,2%) [15].

Социально-экономическая нестабильность в крае, снижение реальных доходов населения способствуют прогрессирующему ухудшению состояния здоровья. Низкий уровень жизни также является фактором высокого риска по возникновению ряда акушерских осложнений, и прежде всего гестоза [2]. Дальнейшее обострение социально-экономической ситуации и снижение уровня жизни не позволяют обеспечить населению не только качественное сбалансированное питание, но и элементарную его достаточность. Питание приморцев отличается выраженным дефицитом по всем видам продуктов, исключение составляет сахар [5]. Между тем не вызывает сомнений связь дефицита питания в период беременности и частота анемии, гестоза и угрозы прерывания беременности, не говоря уже о широком круге нарушений здоровья в последующие периоды жизни [2, 9, 12].

ЭГЗ, ассоциированными с МС, в Приморском крае были анемия, болезни сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. Железодефицитная анемия отнесена к медико-биологическим критериям нарушения репродуктивного здоровья [3, 13]. Формирование анемии беременных и гестоза имеет общие патогенетические механизмы, связанные с состоянием прогрессирующей эндотоксемии [11]. По данным ПК МИАЦ, за 1997-2001 гг. среди беременных женщин на территории края анемия регистрировалась чаще, чем в каждом третьем случае (34,4% — в 1997 г., 36,2% — в 2000 г.). Болезни мочеполовой системы имели тенденцию к росту (21,3% — в 1997 г., 25,3% — в 2000 г.), болезни системы кровообращения выявлялись чаще, чем у каждой десятой женщины (11,5% — в 1997 г., 13,0% — в 2000 г.). На этом фоне закономерно проявлял тенденцию к росту гестоз (31,4% — в 1997 г., 34,5% — в 2001 г.) [5].

В ходе многолетних наблюдений на территории Приморского края отмечаются группы заболеваний, отнесенные к группе «краевой патологии», уровни которых устойчиво выше общероссийских показателей. Среди них выделены нарушения с вовлечением иммунных механизмов, болезни мочеполовой системы, мочекаменная болезнь, болезни органов пищеварения [5]. Так, среди ЭГЗ, явившихся причиной МС, за исследуемый период на территории края отмечены тяжелый грипп с поражением центральной нервной системы, хронический гломерулонефрит, сепсис на фоне хронического пиелонефрита, перфоративная язва желудка, цирроз печени.

Массивные кровотечения по-прежнему остаются ведущей причиной МС, как правило, они обусловлены нарушениями гемостаза и сократительной способности матки [6, 9, 14]. Особенностью МС от акушерских кровотечений была высокая частота их развития в период беременности в сроке гестации до 28 недель. Основная причина — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, которая развивалась на фоне рано начавшегося и длительно текущего тяжелого гестоза [15].

Значительное влияние на структуру МС в Приморском крае оказала смертность женщин юного и раннего репродуктивного возраста. Удельный вес юных женщин среди всех случаев смерти от гестоза составил 42,9%, среди них болезни мочеполовой системы зарегистрированы в 50,0% случаев, болезни органов пищеварения — в 16,7%.

С точки зрения медико-организационных мероприятий, наиболее значимым этапом профилактики МС в крае становится не традиционно опасный послеродовой период, а период беременности, когда можно ожидать развития гестоза, преимущественно сочетанного, на фоне ЭГЗ. Соответственно, наиболее ответственным звеном профилактики МС становится женская консультация и терапевтическая служба женской консультации и территориальной поликлиники. Особенностью наших дней является вовлечение в работу по профилактике МС педиатрической службы. До тех пор, пока врачи всех специальностей не будут рассматривать девочек, девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста как потенциальных беременных, пока после перенесенных ЭГЗ не будет проводиться реабилитационная терапия с учетом предстоящего материнства, пока сами женщины, страдающие ЭГЗ, не будут сознательно проводить прегравидарную подготовку, у них будет сохраняться высокий риск декомпенсации этих заболеваний в период беременности, будут развиваться сочетанный гестоз и обусловленные им акушерские кровотечения.

Результаты исследования свидетельствуют, что принципиально важным фактом, определяющим конструктивность решений по снижению МС, является преобладание в ее структуре смертности беременных в сроке менее 28 недель. В свою очередь, в структуре причин последней преобладают гестоз, ЭГЗ и кровотечение. Следовательно, основными направлениями снижения МС в регионе становятся профилактика и своевременная терапия гестоза среди беременных, начиная с I триместра, активная оздоровительная работа с девочками, девушками-подростками и женщинами репродуктивного возраста, страдающими ЭГЗ, а также прегравидарная подготовка женщин (особенно страдающих ЭГЗ). Механизмом, способствующим эффективности этих мер, является повышение уровня репродуктивной культуры и оптимизация репродуктивного поведения населения. Основными путями понижения уровня МС в крае являются профилактика развития и своевременная терапия гестоза начиная с I триместра, активная оздоровительная работа с беременными, страдающими ЭГЗ, активная профилактика акушерских кровотечений в период беременности.

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы:

1. Приморский край относится к региону с уровнем МС выше среднего. Во многом темпы снижения показателя МС в регионе затруднены социально-экономическими, экологическими, климатогеографическими особенностями, негативно характе-

ризующими территорию с точки зрения социально-биологического благополучия;

2. В структуре МС в Приморье преобладает смертность беременных, рожениц и родильниц в сроке более 28 недель (40,9%) и смертность беременных в сроке менее 28 недель (25,8%). Региональной особенностью является высокий удельный вес смертности беременных в сроке до 28 недель, в 5 раз превышающий общероссийский показатель;
3. Удельный вес смертности беременных в сроке до 28 недель в структуре МС может расцениваться как медико-биологический критерий популяционной оценки репродуктивного здоровья женщин и социально-биологического неблагополучия;
4. В структуре причин МС в крае за исследуемый период преобладали кровотечения (28,8%), септические осложнения (27,3%) и гестоз (24,2%);
5. Наиболее значимыми социально детерминированными региональными акушерскими осложнениями являются гестоз, анемия и кровотечения в период беременности;
6. ЭГЗ, ассоциированными с МС в регионе, являются анемия, болезни мочеполовой системы и системы кровообращения;
7. Особенностью региона является высокий уровень МС от септических осложнений, связанных с криминальными абортами, которые регистрировались на всех сроках периода гестации;
8. Значительное влияние на структуру МС на территории края оказывает смертность женщин юного и раннего репродуктивного возраста;
9. В социально-географической структуре МС преобладали жительницы крупных портовых и промышленных городов края. Наиболее неблагополучными являются города Владивосток, Находка, Уссурийск, Партизанск, а также Михайловский, Ханкайский, Кировский и Октябрьский районы;
10. Резервы снижения МС в Приморском крае:
 - повышение квалификации акушеров-гинекологов, врачей других специальностей и среднего медперсонала по вопросам гестоза, акушерских кровотечений, неотложных состояний в акушерстве, экстрагенитальных заболеваний и беременности;
 - внедрение стандартизованного ведения беременности и родов с применением современных технологий с учетом региональных особенностей;
 - внедрение в педиатрическую практику современных реабилитационных и оздоровительных технологий с учетом предстоящего материнства, дифференцированная диспансеризация девочек и девушек-подростков, страдающих экстрагенитальными заболеваниями, до окончания пубертатного периода;
 - совершенствование службы планирования семьи, в том числе в направлении профилактики внебольничных абортов,
 - разработка и внедрение на территории края комплекса гарантированных страховым обеспечением мероприятий по антенатальной охране плода, начиная

с ранних сроков беременности, включая прегравидарную подготовку женщин;

- обеспечение государственных гарантий рационального питания детей, подростков и беременных;
- совершенствование мер по повышению качества экологической безопасности окружающей среды;
- повышение санитарной и репродуктивной культуры детей, подростков и взрослого населения;

11. Основные мероприятия, направленные на снижение показателя МС в крае:

- внедрение системы обязательного поэтапного повышения квалификации акушеров-гинекологов, акушеров, фельдшеров, педиатров, терапевтов, семейных врачей, анестезиологов родовспомогательных учреждений по вопросам гестоза, акушерских кровотечений, неотложных состояний в акушерстве, экстрагенитальных заболеваний и беременности, включая проведение специализированных циклов по профилактике МС для акушеров-гинекологов, акушеров, анестезиологов родильных домов, внедрение специализированного цикла повышения квалификации для терапевтов родильных домов и женских консультаций;
- улучшение материально-технического обеспечения и гарантированного финансирования акушерско-гинекологической службы, прежде всего амбулаторного звена, разработка системы экономической заинтересованности амбулаторного звена в проведении профилактических мероприятий и санитарно-просветительной работы с населением;
- совершенствование службы детской и подростковой гинекологии в регионе;
- организация санатория для беременных;
- внедрение региональных программ бесплатного обеспечения малоимущих женщин и учащихся средствами контрацепции;
- внедрение региональных программ бесплатного обеспечения детей и подростков группы риска, беременных женщин специализированным питанием, витаминами и микроэлементами;
- внедрение в организованных коллективах подростков и учащейся молодежи образовательных программ по охране репродуктивного здоровья;
- повышение качества санпросветработы с девочками, девушками-подростками и взрослым женским населением по вопросам профилактики нежелательной беременности, гигиене, здоровому образу жизни, безопасному материнству, региональным особенностям репродуктивного здоровья женщин, организации службы охраны репродуктивного здоровья женского населения на территории края.

Литература

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г.// *Репродуктивные потери*. - М.: Триада-Х, 1997. - С. 91-135.
2. Гайдуков С.Н.// *Материалы Проссийского форума «Мать и дитя»*. - М., 2000. - С. 33-34.
3. *Гигиеническая оценка вредных производственных факторов и производственных процессов, опасных*

для репродуктивного здоровья человека: Метод. рекомендации МЗ РФ (№11-8/240-09). - М., 2002.

4. Демоскоп Weekly. Центр демографии и экологии человека Института народно-хозяйственного прогнозирования РАН: Электронная версия бюллетеня «Население и общество». — 2003. — № 123-124.
5. *Здоровье населения и ресурсы здравоохранения Приморского края: Информационно-аналитический справочник*. — Владивосток, 2003.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н.// *Акушерство и гинекология*. - 2001. - №1. - С. 3-4.
7. Марцияш Л. В.// *Материалы IV российского форума «Мать и дитя»*. - М.: МИК, 2002. - С. 105-106.
8. Пестрикова Т.Ю.// *Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Мат. ДВ регион. научно-практ. конф.* - Хабаровск: ДВГМУ, 2003. - С. 6-17.
9. Пестрикова Т.Ю.// *Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Мат. ДВ регион. научно-практ. конф.* - Хабаровск: ДВГМУ, 2004. - С. 7-18.
10. Репина М.А.// *Журнал акушерства и женских болезней*. - 2000. - №3. - С. 11-18.
11. Серов В.Н. *Критические состояния в акушерстве: Руководство для врачей*. — М.: Медиздат, 2003.
12. Степанова Р.Н., Додхоева М.Ф., Узакова У.Д.// *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*. - 1998. - №3. - С. 16-17.
13. Фесенко М.А., Голованева Г.В.// *Мат. IV рос. форума «Мать и дитя»*. - М.: МИК, 2002. - С. 121.
14. Фролова О.Г., Токова З.З., Ильичева И.А.// *Материалы IV российского форума «Мать и дитя»*. — М.: МИК, 2002. - С. 127-128.
15. Хамошина М.Б., Лещанкина С.Н., Седая Л.В.// *Акт. пробл. экспериментальной, профилактич. и клин. мед.: Тез. докл. II тихоокеанской научно-практ. конференции студентов и молодых ученых с международным участием*. — Владивосток, 2001. — С. 84.

Поступила в редакцию 05.10.04.

MATERNAL MORTALITY IN PRIMORSKY REGION

M.B. Khamoshina, L.A. Kaygorodova, S.N. Leschankina
Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Clinical Hospital No. 1 (Vladivostok)

Summary — This paper provides retrospective analysis of maternal mortality in Primorsky Region over the years 1997-2001. The authors have ascertained prevailing mortality among the pregnant women in twenty-eight weeks of pregnancy and more, as well as among parturient and puerperant women. Maternal mortality among the pregnant women in the period of less than 28 weeks was registered five times more, as compared with the all-Russian level, and took up the second place. Death rate due to abortions was lower than all-Russian rate, whereas the number of criminal abortions was larger. The most frequent causes of maternal death were bleedings, septic complications, and gestosis. According to the findings, adverse social and economic circumstances, ecological crisis resulted in increasing maternal mortality, as well. Based on the aforementioned data, the authors come to a conclusion that maternity consulting centers and therapeutics units of the outpatient departments belonging to the public health service are the most important elements responsible for prevention of the maternal mortality in the region. Furthermore, they propose some measures aimed at decreasing maternal mortality rate.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 5-9.