

Шляхи зниження материнської смертності в Україні і тактика ведення вагітних груп високого ризику

У всіх цивілізованих державах життя майбутньої матері та новонародженого вважаються цінністю, заради збереження якої не шкода ані сил, ані коштів. І все ж материнська смертність була, є і залишається реальністю навіть для країн із найвищою якістю медичного обслуговування. Якою є ситуація в Україні? Найбільш повною інформацією володіє головний спеціаліст з акушерства та гінекології МОЗ України, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор В.В. Камінський.

- В'ячеславе Володимировичу, рівень материнської та малюкової смертності належить до основних показників репродуктивного здоров'я населення. Які ще фактори враховують фахівці, коли говорять про стан репродуктивного здоров'я?

- Серед цих показників – рівень народжуваності, стан здоров'я вагітних та новонароджених, онкогінекологічна захворюваність, рівень безпечності пологів, показники невиношування вагітності, безплідність та рівень кількості абортів. Зважаючи на те, що в цій розмові ми зосереджуємо увагу на материнській смертності, нагадаю, що материнською вважається смерть жінки, зумовлена вагітністю (незалежно від її тривалості та локалізації), якщо вона настала в період вагітності або протягом 42 годин після її закінчення з будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяженою нею або її веденням, але не від нещасного випадку чи з випадкових причин.

- Яким є показник материнської смертності в Україні?

- Загалом материнську смертність розподіляють на дві групи. Перша група – смерть, опосередковано пов'язана з акушерськими причинами або смерть внаслідок екстрагенітальної патології, зокрема, смерть внаслідок хвороби, що існувала до або виникла під час вагітності без зв'язку з безпосередньою акушерською причиною, проте обтяжена фізіологічним впливом вагітності. У 2009 році екстрагенітальна патологія спричинила 61,5% смертей від загальної кількості материнської смертності, з них 66,3% випадків пов'язані з ускладненнями грипу. Друга група випадків – смерть, безпосередньо пов'язана з акушерськими причинами, наприклад, внаслідок акушерських ускладнень (тобто вагітності, пологів та післяпологового періоду), або внаслідок втручань, недогляду, неправильного лікування чи низки подій, пов'язаних з будь-якою з вищезгаданих причин. Зазначу, що, починаючи з 1995 року показник материнської смертності набув тенденції до стабільного зниження, але у зв'язку з епідемією грипу у 2009 році він збільшився. Індукований показник материнської смертності за 2009 рік по Україні становив 25,4 на 100 тисяч народжених живими, редукований – 15. Для порівняння, у 2008 році показник материнської смертності становив 14,7 на 100 тисяч народжених живими. У 2009 році (без урахування випадків, пов'язаних з грипом) показник материнської смертності становив 15 на 100 тисяч народжених живими. Найвищим був показник материнської смертності в Кіровоградській, Київській, Закарпатській, Черкаській, та

Одеській областях (без урахування випадків, пов'язаних з грипом).

- Чи могли б Ви навести детальніші дані щодо показників материнської смертності в областях України?

- Звичайно. Наприклад, у Житомирській області впродовж 2009 року не було зареєстровано жодного випадку материнської смертності. У Чернівецькій, Сумській та Івано-Франківській областях не було зареєстровано випадків материнських втрат від акушерських ускладнень (без урахування випадків від ускладнень грипу). У тих областях, де показник материнської смертності був високим у 2008 році, у 2009 він знизився, зокрема, в АР Крим – з 25,8 до 8,5 на 100 тисяч народжених живими, в Донецькій області – з 24,9 до 18,4, у Полтавській – з 13,7 до 6,8 на 100 тисяч народжених живими. Зниження показників материнської смертності у 2009 році порівняно з 2008-м зареєстровано також було в Сумській, Чернівецькій та Чернігівській областях. Досить високим продовжує залишатися показник в Київській та Кіровоградській областях. Мушу відзначити зростання показника більше ніж удвічі в Закарпатській, Одеській та Черкаській областях.

- Ви вже сказали про те, що причини материнської смертності поділяють на дві групи, найбільша з яких – екстрагенітальна патологія. Які ще фактори спричиняють материнську смертність?

- У 2009 році, як вже було сказано, 61,5% причин випадків материнської смертності припали на екстрагенітальну патологію. Кровотечі спричинили смерть у 12,3% випадків, сепсис – у 7,7%, емболія навколоплодовими водами – у 6,9%, тромбоемболія легеневої артерії – у 5,4%, прееклампсія та еклампсія – у 3,8%, аборт – у 3,1%, позаматкова вагітність – 1,5%. Згідно з попередніми даними, схожа картина й у 2010 році: на першому місці екстрагенітальна патологія (59,3%), далі – кровотеча (12,4%), сепсис (9,7%), тромбоемболія легеневої артерії (8%), аборт (5,3%), емболія навколоплодовими водами (4,4%), прееклампсія та еклампсія (2,7%). Екстрагенітальна патологія утримувала сумну першість упродовж 2007–2010 років, була найпоширенішою причиною материнської смертності у 2005 та 2003 роках. У 2000 найбільшу кількість смертей спричинили кровотечі, у 2001, 2002, 2004 та 2006 роках на першому місці опинилися інші причини.

Окремої уваги заслуговує епідемія грипу 2009–2010 років. Випадків смерті серед цієї категорії жінок упродовж 2009 року не було зареєстровано лише в трьох областях: Одеській, Луганській та Житомирській. Найбільше постраждали від наслідків західні регіони, а також Чернігівська та Кіровоградська області. Аналіз причин високих показників смертності від ускладнень грипу показав, що в багатьох регіонах не виконувався п.2.3 наказу МОЗ № 813 щодо госпіталізації всіх вагітних, які захворіли на грип, на III рівень надання медичної допомоги. У структурі померлих вагітних від грипу 22% померли на II рівні, тобто в ЦРЛ (Чернігівська, Чернівецька, Рівненська, Вінницька області). Це, зокрема, жінки, які захворіли на початку епідемії і не були госпіталізовані на

III рівень та нетранспортабельні через вкрай важкий стан унаслідок пізнього звернення. 78% вагітних та породілей померли на III рівні надання медичної допомоги. При проведенні аналізу історій хвороб вагітних, роділець та породілей, які померли від ускладнень грипу, було встановлено, що в 74% випадків мала місце надто пізня госпіталізація в стаціонар. Пацієнтки поступали для надання медичної допомоги в тяжкому стані, у 7,5% обстеження на стаціонарному етапі не відповідало необхідному. Не в усіх випадках проводилося бактеріологічне та вірусологічне дослідження, не вимірювалася сатурація кисню тощо. Під час госпіталізації в стаціонар у 25% госпіталізованих був недооцінений стан тяжкості: не проведена оцінка частоти дихання, не вимірювалася сатурація, що призводило до несвоєчасного надання медичної допомоги в необхідному обсязі. У 30% випадків лікування в стаціонарі проводилося з порушенням протоколів МОЗ України № 813 та № 832. А саме: несвоєчасно та в невідповідній дозі призначалися противірусні препарати (таміфлю), несвоєчасно було переведено пацієнток на штучну вентиляцію легень, несвоєчасно та нерационально призначалася антибактеріальна терапія. Також мала місце поліпрагмація (призначалося до 5 антибіотиків). Не зважаючи на те, що в легенях відбувалися специфічні патоморфологічні зміни, використовувалися невідповідні параметри режимів вентиляції. Такі випадки, зокрема, були зафіксовані в Хмельницькій, Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській та Кіровоградській областях. Це призвело до розвитку спонтанного пневмотораксу. Зазначу, що ніхто із померлих вагітних, роділець та породілей не був вакцинований від грипу.

- Які заходи щодо зменшення показників материнської смертності та репродуктивного здоров'я населення передбачають відповідні державні програми та заходи?

- Основним програмним документом діяльності служби охорони материнства і дитинства є прийнята у 2008 році міжгалузева Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року». У рамках реалізації цієї програми у 2010 році були закуплені контрацептиви для безкоштовного забезпечення жінок з тяжкими екстрагенітальними захворюваннями, за наявності яких вагітність та пологи протипоказані. Акушерські відділення було забезпечено високоартісними препаратами для надання невідкладної допомоги в разі кровотеч та антирезусним імуноглобуліном для попередження гемолітичної хвороби новонароджених. Неонатологічні відділення в рамках програми отримали необхідні лікарські засоби для лікування дихальних розладів у новонароджених. У порядку першочерговості акушерські стаціонари дооснащені новим лікувально-діагностичним обладнанням для впровадження сучасних перинатальних технологій. Протягом 2009–2010 років одним з пріоритетних напрямків діяльності служби охорони материнства та дитинства залишалася впровадження сучасних перинатальних технологій, принципів безпечного материнства в родопомічних закладах. Це дало змогу змінити ситуацію щодо структури пологів, а саме – збільшити питому вагу нормальних пологів. Зміна підходів до реалізації галузевої програми «Підтримка грудного годування» забезпечила можливість народження >50 % дітей України в акушерських стаціонарах, що мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини». До речі, сьогодні такий статус отримали 148 українських родопомічних закладів та відділень. Найближчим часом передбачено забезпечити народження не менше половини дітей саме в таких родопомічних закладах. Щодо інших напрямків

втілення програми, у 2010 році була вдосконалена робота клініко-експертних комісій, продовжено роботу комісії з розбору випадків материнської смертності, створено робочі групи для переробки існуючих протоколів, розроблено критерії якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Проводиться широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, підготовки вагітних до пологів, своєчасної діагностики і лікування акушерської та гінекологічної патології. Ми постійно звертаємо увагу акушерів-гінекологів на необхідність якісного багаторівневого надання медичної допомоги, надання медичної допомоги за узагальненими нормативами (стандартами), а також систематичного, кваліфікованого, доступного в селах і містах лікарського, фельдшерського, сестринського профілактичного нагляду за жінками. Ще одним аспектом діяльності, передбаченим Державною програмою, є удосконалення системи підготовки медичних кадрів (до-дипломний та післядипломний рівень), покращання рівня здоров'я жінок репродуктивного віку, зниження рівня материнської смертності шляхом упровадження сучасних технологій безпечного материнства. Ці заходи передбачають уважне ставлення до всіх жінок та застосування індивідуальних протоколів догляду, відмову від рутинних необґрунтованих методик обстеження під час вагітності та пологів, створення індивідуальних пологових залів, упровадження партнерських пологів, вільний вибір позиції під час пологів, активне ведення третього періоду пологів, ранній і необмежений контакт «шкіра до шкіри» та профілактику гіпотермії новонароджених, постійне перебування матері та дитини разом, виключно грудне годування. Для зниження рівня материнської смертності програма передбачає адекватну оцінку ступеня прогнозованого перинатального та материнського ризику під час спостереження вагітних у жіночій консультації та в акушерському стаціонарі, проведення допологової госпіталізації вагітних з високим та вкрай високим ступенем перинатального та материнського ризику, своєчасну діагностику тяжких акушерських ускладнень, чітку організацію надання медичної допомоги в акушерському стаціонарі у невідкладних ситуаціях, адекватну оцінку крововтрати у випадку акушерських кровотеч, своєчасне проведення необхідної за об'ємом і складом інфузійно-трансфузійної терапії та здійснення хірургічного гемостазу в необхідному обсязі, створення комплексних бригад швидкого реагування для надання ургентної акушерсько-гінекологічної та реанімаційної допомоги в регіонах, широке залучення профільних висококваліфікованих фахівців до консультування вагітних групи надзвичайно високого ризику розвитку материнської та перинатальної патології. Надзвичайно важливою є підготовка та навчання лікарів методам хірургічного гемостазу, включаючи органозберігаючі операції з виконанням перев'язки магістральних судин. Родопомічні заклади мають бути забезпечені необхідним запасом інфузійних розчинів, препаратами крові та кровозамінників, шовним матеріалом тощо. Кожна жінка повинна мати можливість безперешкодно стати на облік по вагітності, а медична допомога жінкам з екстрагенітальною патологією має бути суттєво вдосконалена. Серед пріоритетних напрямків роботи Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» передбачає також планування сім'ї та лікування безплідності. Усі ці заходи, я сподіваюся, дозволять нам з року в рік зменшувати показники материнської смертності і гарантувати практично кожній жінці можливість безпечного ведення вагітності та пологів.