Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Макаренко Т.А.

Реферат

Материнская смертность

Автор: клинический ординатор

Покояков Даниил Андреевич.

**Содержание:**

1. Введение

2. Основные причины МС

3. Заключение

4. Список используемой литературы

**Введение**

Смертность, процесс вымирания поколения, один из двух главных подпроцессов воспроизводства населения. Смертность - массовый процесс, складывающийся из множества единичных смертей, наступивших в разных возрастах и определяет в своей совокупности порядок вымирания реального или гипотетического поколения. В качестве обобщенной характеристики процесса вымирания поколения используется показатель - ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Наряду с показателями порядка вымирания важное значение имеют показатели уровня смертности - возрастные и общий коэффициенты смертности. Когда говорят о "высокой" или "низкой" смертности, имеют в виду именно эти показатели.

Процесс вымирания поколения зависит от большого числа биологических и социальных факторов смертности. Наиболее важно их деление (с точки зрения демографического анализа) на две крупные группы: · эндогенные (порожденные внутренним развитием человеческого организма) · экзогенные (связанные с воздействием внешней среды). По-разному сочетаясь между собой, факторы смертности обусловливают непосредственную причину смерти.

Для России была характерна смертность традиционного типа, обусловленная преимущественно экзогенными факторами. На одном из первых мест среди причин смерти стоял туберкулез. Еще большее число людей, особенно детей, умирало от пневмонии. Велика была роль таких причин смерти, желудочно-кишечные и инфекционные заболевания. В то же время на долю причин, в значительной степени обусловленных действием эндогенных факторов (болезни сердечно-сосудистой системы и причины, классифицирующиеся как старческая дряхлость), приходилось не более 15% всех смертей.

Цель работы - исследование детской и материнской смертности.

**Основные причины материнской смертности**

В структуре материнских летальных исходов удельный вес медицинских причин, по мнению ряда экспертов, составляет от 10 до 15 %. 85-90 % приходится на дефекты в организации родовспоможения, экологию, питание, вопросы, законодательства (брачный возраст), образование. В значительной степени структура причин материнских потерь в Узбекистане отличается от таковой в развитых странах. Европы и Америки, где по данным ряда авторов, более совершенная система родовспоможения; являющаяся отражением высокого уровня; жизни, широкое применение: современных медицинских, технологий; позволяют ограничивать число случаев материнских- летальных исходов такими труднопредотвратимыми осложнениями как: тромбоэмболия, или тяжелая экстрагенитальная патология.

**Акушерские кровотечения - одна из основных причин материнской смертности**

Кровотечение, как причина материнской заболеваемости и смертности, в течение длительного периода занимает одно из ведущих мест во всем мире. По оценкам большинства экспертов, эта патология входит в пятерку основных причин материнской смертности, ежегодно унося более ста тысяч жизней. Коварство и стремительный характер развития этой патологии известны каждому практикующему акушеру-гинекологу, что заставляет с особой серьезностью относиться к появлению малейших признаков кровотечения, принимать решительные меры в случае развития полной клинической картины.

Несмотря на значительные успехи в области разработки и внедрения методов лечения, профилактики акушерских кровотечений, основа спасения жизни и выздоровления пациентки лежит в эффективной и четко организованной работе мультицисциплинарной команды, способной оказать своевременную и качественную медицинскую помощь. Немаловажную роль в этом смысле играют единые выработанные подходы и стандарты оказания квалифицированной помощи.

Огромные усилия Министерства Здравоохранения, ведущих специалистов и международных организаций имеют цель снизить показатели материнской смертности в Узбекистане путем внедрения новых технологий, методов профилактики и лечения основных видов акушерской патологии.

Ранние послеродовые кровотечения составляют большую часть всех акушерских кровотечений.

Согласно официальным определениям ВОЗ ранним послеродовым кровотечением следует считать кровопотерю через генитальный тракт в объеме 500 мл и более в течение 24 часов после родов, в то время, как поздним послеродовым кровотечением называется патологическая кровопотеря из генитального тракта спустя 24 часа и вплоть до окончания 12 недели после родов.

Согласно данным ВОЗ ежегодно 127 тысяч женщин (25%) в мире погибают от кровотечений. По данным ряда авторов акушерские кровотечения как основная причина материнской смертности составляют в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина - 42%, как фоновая до 78%. Частота акушерских кровотечений колеблется от 2,7 до 8 % по отношению к общему числу родов. При этом 2-4 % кровотечений связаны с гипотонией матки в последовом и в послеродовом периодах, 0,8-0,9 % из них возникают при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и предлежании плаценты.

Постепенно приходит осознание, что акушерские кровотечения приводят к неблагоприятному исходу лишь в случаях нарушения гемостаза. Гипотонические кровотечения всегда поддаются терапии, а без коррекции гемостаза справиться с массивными кровотечениями крайне трудно. Отработанные мероприятия по остановке кровотечений остаются незыблемыми, но они должны дополняться современными технологиями.

Научный анализ свидетельствует: массивное кровотечение всегда сопровождается нарушениями гемостаза и геморрагическим шоком. Если беременная подойдет к родам на фоне гипокоагуляции или выраженной тромбофилии с нарушениями гемостаза, следует ожидать массивного кровотечения. Поэтому его можно предупредить и правильно проводить интенсивную терапию.

Согласно сведениям литературы, в большинстве случаев массивных кровотечений можно ориентироваться по клинике, так как массивное кровотечение возникает на определенном клиническом фоне.

Научные исследования позволили достичь значительных положительных сдвигов в проблеме профилактики и лечения кровотечений. Важнейшими из них были: выявление особенностей акушерского геморрагического шока в зависимости от его причины; совершенствование интенсивной терапии, что позволило повысить эффективность лечебных мероприятий при геморрагическом шоке; широкое внедрение в клиническую практику утеротонических средств, приведшее к определенным успехам в профилактике и лечении гипотонических кровотечений; открытие и изучение механизмов развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови как компонента патогенеза множества патологических состояний в акушерстве; появились новые сведения о механизмах развития синдрома массивных трансфузий, возможности использования в акушерской практике необходимых компонентов и препаратов крови; выделены беременные высокого риска развития кровотечения во время родов.

Анализ структуры причин материнской смерти по Республике Узбекистан в 2011 году показал, что также как и во всем мире, на первом месте стоят кровотечения, которые составили 37,9%.

Анализ структуры акушерских кровотечений выявил, что частота кровотечений составила 37,9%. Из них 38% составили гипотонические и атонические кровотечения, 33% - ПОНРП, 5% -разрыв матки и 33% коагулопатические кровотечения. Необходимо отметить, что в (52,2%) случаев кровотечения возникли на фоне гипертензивных состояний различной степени тяжести.

Массивные кровотечения являются одной из основных составляющих критических состояний в акушерстве. Женщина, имеющая такое опасное осложнение, или выживает, или погибает и пополняет материнские потери. Соотношение критических состояний и случаев материнской смерти в развитых странах составляет 117 на 1 летальный исход, в развивающихся странах, соответственно,-5-6 на 1 случай материнской смертности. Материнская смертность является показателем эффективности службы родовспоможения, качества акушерской помощи.

Кровотечение, самое драматичное осложнение акушерской практики, и в XXI веке остается одной из главных причин материнской смертности во всем мире. Согласно данным ВОЗ, акушерские кровотечения являются причиной 25-30% всех материнских смертей. Риск смертей от кровотечения, связанного с беременностью и родами, в развитых странах соответствует 1:100000, в развивающихся странах достигает 1:1000 родов*.*

В Республике Узбекистан, несмотря на снижение показателя акушерских кровотечений в структуре смертности и снижение материнской смертности в целом, кровотечения остаются в числе ведущих причин смертности во время беременности, родов и послеродового периода.

Анализ смертей от кровотечений при беременности и во время родов свидетельствует, что фактически в каждом таком случае неблагоприятный исход определяет сочетанное влияние объективных и субъективных факторов.

Объективные факторы включают фоновые экстрагенитальные заболевания, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, осложнения беременности и родов, предлежание плаценты, преждевременной отслойкой плаценты, placenta accerta, задержкой последа и его частей, преэклампсией, анемическим синдромом и др.

К субъективным факторам относятся:

1) недооценка объективных факторов и их роли как провокаторов кровотечения и плохой переносимостью кровопотери

2)недооценка кровопотери и ситуации в целом

3)неправильная и запоздалая помощь во всех направлениях. Это неверный выбор метода родоразрешения, несвоевременность и неверный выбор методов остановки маточного кровотечения, ошибки трансфузионно-инфузионной тактики, ошибки профилактики и лечения коагулопатий и др*.*

Причиной материнской смертности являются массивные кровотечения, с кровопотерей более 30% ОЦК ( т.е. более 1500 мл), которые практически всегда сопровождаются гемокоагуляционными нарушениями.

Чаще всего массивные кровотечения возникают при тотальной отслойке нормально расположенной плаценты, тяжелой преэклампсией. К другим причинам относятся « послешоковые » состояния (эмболия околоплодными водами-плевропульмональный шок; анафилактический шок на растворы, донорскую кровь; септический шок), разрыв матки, предлежание плаценты.

Факторами риска развития акушерских кровотечений являются ПЭ, аутоиммунные нарушения, наследственные и приобретенные заболевания свертывающей системы крови, антенатальная гибель плода, миома матки и аномалии ее развития.

**Преэклампсия и эклампсия как ведущая причина материнской смертности**

Гипертензивные расстройства при беременности продолжают оставаться одной из основных причин материнской смертности во многих странах. Данные состояния также ассоциируются с высоким риском мертворождения и смерти в неонатальном периоде, рождением недоношенных детей. Показано, что у женщин с развившейся преэклампсией относительный риск родить мертвого ребенка составляет 9,6 по сравнению с женщинами, у которых беременность протекала нормально.

Диагноз и номенклатура гипертензивных расстройств при беременности должны быть основаны на определениях гипертензии и протеинурии, использованных в вышеуказанной классификации.

**Таблица 1.1 Классификация гипертензивных расстройств при беременности.**

|  |
| --- |
|  |
| Диагноз | Определение |  |
| Хроническая гипертензия | Гипертензия, диагностированная до беременности или в течение первых 20 недель гестации, не исчезающая через 12 недель после родов. Уровень артериального давления при данном виде патологии составляет 140/90 mm Hg или выше. |  |
| Гестационная гипертензия | Подъем АД во второй половине беременности при условии, что отсутствует протеинурия; уровень артериального давления возвращается к норме в течение 12 недель после родороазрешения. Диагноз является временным до тех пор, гестационная или эссенциальная гипертензия не подтвердятся в послеродовом периоде. |  |
| Преэклампсия- эклампсия | Гипертензия от легкой до тяжелой степени при наличии протеинурии (более 0,3 г/сутки), необходимо иметь в виду, что протеинурия не всегда обнаруживается у пациенток с преэклампсией. Обычно диагноз выставляется после 20 недель гестации, кроме случаев беременности, осложненной пузырным заносом. При отсутствии протеинурии, преэклампсию следует подозревать, если имеется повышение АД, пациентка предъявляет жалобы на головную боль, нарушения зрения, боли в эпигастральной области. Другие индикаторы состояния включают повышение уровня креатинина (> 106,08 мкмоль/л), снижение количества тромбоцитов < 100,000 клеток /мм3, доказательства наличия микроангиопатической гемолитической анемии, повышение уровня печеночных ферментов (АЛТ или АСТ). В некоторых случаях гипертензия может быть легкой, лабильной или вообще отсутствовать. Эклампсия определяется как наличие судорожных припадков с невыясненной причиной у женщин с преэклампсией. |  |
| Преэклампсия в сочетании с хронической (эссенциальной или симптоматической)  гипертензией | Преэклампсия у женщин с фоновой эссенциальной гипертензией.  Вследствие того, что такое сочетание увеличивает риск развития осложнений у матери и плода в сравнении с данными видами патологии в отдельности, приемлемо использовать высокий индекс подозрения. Вероятность присоединения преэклампсии достаточно высока при первом обнаружении протеинурии до или после 20 недель беременности, внезапном увеличении количества теряемого с мочой белка или резкого повышения уровня АД у женщин с контролируемой эссенциальной гипертензией. |  |
|  |  |  |

Преэклампсия - это осложнение беременности, возникающее во второй ее половине и характеризующееся появлением артериальной гипертензии и протеинурии. Частота преэклампсии по данным литературы составляет от 7 до 16%. Преэклампсия развивается у 6 - 12% здоровых беременных и у 20 - 40% беременных, имеющих экстрагенитальную патологию. По данным ВОЗ в структуре материнской смертности преэклампсия занимает одно из первых мест, являясь причиной наступления преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, рождения детей с малой массой тела.

Материнская смертность при эклампсии в развитых странах варьирует от 0,4 до 7,2%,а по некоторым данным до 20 %, в развивающихся - от 6,7 до 14%, а при затруднении транспортировки пациентки в стационар может достигать 25%. Изучение причин смерти при эклампсии по данным литературы показало, что наиболее часто женщины умирали от поражений головного мозга (ишемия, отек, кровоизлияние), острой почечно-печеночной недостаточности, кровотечения, ДВС-синдрома, сепсиса. В большинстве случаев недооценка степени тяжести гипертензивных состояний во время беременности и не верная тактика приводят к потерям со стороны матери.

Гипертензия во время беременности в 23% случаях приводит к рождению детей с крайне низкой массой тела, а в 18,6% случаев служила причиной перинатальных потерь.

Согласно данным некоторых авторов, преэклампсия чаще развивается при ГБ, ожирении и реже - при патологии почек. По мнению Г.М. Савельевой, преэклампсия возникает с одинаковой частотой (85%) при ожирении, ГБ и эндокринопатиях, реже (77%) - при почечной патологии и всегда (100%) - при наличии у беременных сочетания нескольких экстрагенитальных заболеваний.

Проблема преэклампсии на фоне анемии также сохраняет свою актуальность, поскольку остается одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. У 40% беременных с анемией диагностируют преэклампсию. Многие авторы полагают, что она возникает вследствие нарушения адаптации организма пациентки к беременности, а анемия беременных - в связи с железодефицитом. Согласно современным представлениям, такой механизм может быть связан с изменениями в системе перекисного окисления липидов - антиоксидантной системе (ПОЛ-АОС).

Одним из основных факторов, лежащих в основе развития преэклампсии, является дисфункция эндотелия сосудов, характерной чертой которой принято считать нарушение микроциркуляции и присоединение внутриутробной гипоксии.

По данным одного из последних систематических обзоров, к числу традиционных факторов риска развития преэклампсии относят первые роды, указание на преэклампсию в предыдущих родах, отягощенный семейный анамнез, избыточную прибавку массы тела при данной беременности, ожирение, многоплодие, вышеупомянутые хронические состояния и заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсулиновая резистентность, гиперлипидемия) и генетическая предрасположенность.

Sh. Maynard et al. сообщают, что плацентарные факторы, лежащие в основе развивающихся в дальнейшем клинических проявлений преэклампсии, обусловлены генерализованным системным воспалением, основным компонентом которого является эндотелиальная дисфункция.

В литературе имеются сообщения о повышении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (даже со смертельными исходами) в более отдаленном будущем у женщин, перенесших преэклампсию, особенно при первых родах. В публикациях ряда стран (Норвегии, Ирландии, Шотландии, Израиля) суммарно на примере анализа исходов 800 тыс. беременностей было показано двукратное повышение риска смерти у перенесших преэклампсию пациенток, особенно при преждевременных родах.

**Роль ЭГЗ в структуре материнской смертности**

Экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) - это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности. Считается, что распространенность ЭГЗ среди беременных женщин растет.

Экстрагенитальные заболевания - серьезное препятствие дальнейшего снижения материнских потерь во всем мире не только как непосредственная их причина, но и как фактор риска развития сепсиса, осложнений гестоза, акушерских кровотечений и тромбоэмболий. Анемия различной этиологии как непосредственная причина летальных исходов при беременности и во время родов чаще регистрируется в странах латинской Америки и Африки, а также Южной Азии, где от нее ежегодно умирают от 16 800 до 28 000 матерей, и по данным ВОЗ этот показатель составляет 27194 на 100000 живорожденных детей. По тем заболеваниям, по которым имеются официальные данные МЗ РУз., напротив, в последние годы наблюдается стабилизация или даже тенденция к снижению показателей. Так, если в 2007 г. анемия наблюдалась у 80% беременных, то в 2011-м - у 70%, болезни системы кровообращения - у 10% и 20%, мочеполовой системы - стабильно составляют 30% женщин. Вместе с тем распространенность всех видов ЭГП в популяции беременных весьма высока и составляет (несмотря на молодой возраст) не менее 50%.

Все это определяет необходимость мультидисциплинарных подходов к ведению беременных с экстрагенитальной патологией и требует от клиницистов различных специальностей принятия своевременных и адекватных мер, направленных на профилактику развития критических, а зачастую некурабельных состояний. При этом выполнение современных диагностических и лечебных мероприятий безусловно подразумевает определенный объем финансовых затрат, которые могут быть оправданы лишь в случае повышения результативности, то есть получения максимального результата (благополучного завершения беременности для матери и плода) при использовании ресурсов необходимых для обеспечения пациенток, страдающих экстрагенитальными заболеваниями, доступной, качественной и своевременной медицинской помощью.

Органические заболевания сердца встречаются у беременных женщин с частотой 10-40 на 1000 человек. Эта цифра не включает артериальную гипертензию (АГ). Среди них наиболее часто встречаются врожденные и приобретенные пороки сердца, синдромы нарушения ритма и проводимости, «оперированное сердце». Приобретенные ревматические пороки сердца составляют, по данным разных авторов, от 75 до 90 % поражений сердца у беременных, частота выявления врожденных пороков сердца у беременных колеблется от 5 до 15 %.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают основное место в структуре экстрагенитальной патологии у беременных, составляя около 80%, и до сих пор являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, имея четкую тенденцию к увеличению.

Острые респираторные вирусные инфекции могут развиваться в различные сроки гестации и рассматриваться как один из факторов риска осложнённой беременности, несмотря на то, что заболевание может протекать с умеренно выраженной клиникой.

В настоящее время отмечается высокая распространённость инфекционных заболеваний. Это, прежде всего, инфекционные заболевания дыхательных путей, которые представляют всё возрастающую из года в год социальную, медицинскую и экономическую проблему. В сложившейся ситуации ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции) играют ведущую роль.

ОРВИ - это большая группа заболеваний, возбудители которых (вирусы) проникают в организм через дыхательные пути, колонизируются и репродуцируются преимущественно в клетках слизистых оболочек респираторной системы и повреждают их. По данным ВОЗ, ежегодная смертность от ОРВИ и их осложнений составляет почти 4,5 млн. человек (для сравнения ежегодная смертность от туберкулёза - 3,1 млн., гепатита В - 1,1 млн.). Трудности профилактики и терапии данной группы заболеваний связаны со многими факторами.

Нередко заболевания, приводящие к осложнённой беременности, к поражениям плода, протекают легко и не вызывают особой тревоги у врачей. Это касается, в частности, острых респираторных заболеваний (ОРВИ), которые встречаются у беременных, не вызывая серьёзной озабоченности. При этом в структуре экстрагенитальной патологии при беременности ОРВИ занимают первое место (более 2/3 от общей заболеваемости острыми инфекциями), что связано с высокой восприимчивостью беременных к вирусным инфекциям, склонностью к хронизации патологических процессов и обусловлено особенностями иммунитета беременных. Во время беременности ОРВИ может развиваться в различные сроки гестации, в том числе непосредственно перед родами.

Выявлено, что заболевание чаще регистрируются во 2 триместре гестации, при этом клиническое течение ОРВИ у беременных имеет некоторые особенности: симптомы интоксикации наиболее выражены на ранних сроках. Однако даже стёртая картина и среднетяжёлые формы ОРВИ не исключают возникновения таких осложнений беременности как, хроническая фетопланцентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, раннее начало и быстрое прогрессирование преэклампсии.

Болезни печени у беременных могут быть непосредственно связаны с гестацией и сопутствовать ей. В первую группу входят синдром Шихана (острая жировая дистрофия печени), внутрипеченочный холестаз беременных и HELLP-синдром. Вторую группу составляют заболевания, которые не связаны с беременностью, а возникают во время нее (например, острый вирусный гепатит) или беременность развивается на их фоне (хронический гепатит, цирроз печени, доброкачественная гипербилирубинемия).

Острая жировая дистрофия печени беременных (синдром Шихана, острый жировой гепатоз беременных, острая желтая атрофия печени и др.). Это очень редкое (1 случай на 13 500 родов, 1,9% всех желтух, наблюдаемых у беременных), но опасное осложнение беременности. Материнская смертность при нем составляет 60-85%, плод погибает еще чаще.

Гепатоз беременных можно охарактеризовать как коварное заболевание. Его начало характеризуется завуалированным и скрытым течением. Нередко первые симптомы оцениваются как ОРВИ, пищевое отравление, гастроэнтерит, холецистит, вирусный гепатит. Манифестную стадию отличает особо тяжелое течение, почасовое нарастание симптомов полиорганной недостаточности, упорная резистентность к терапии, высокая материнская и перинатальная смертность. Только экстренное прерывание беременности на фоне интенсивной терапии позволяет снизить показатель материнской смертности до 22%. Если рассматривать структуру материнской смертности по Ташкенту, то за 1999 год смертность от ОЖГБ составляла 15,8%.

HELLP-синдром - тяжелое осложнение беременности, возникающее чаще в III триместре ее и характеризующееся определенным симтомокомплексом: гемолизом (H-hemolisis), повышением уровня ферментов печени (EL - elevated liver enzimes), тромбоцитопенией (LP - low playelet count). HELLP-синдром обычно, но не всегда развивается на фоне типичного гестоза. По клинической картине HELLP-синдром очень близок острому жировому гепатозу беременных, некоторые исследователи находят различия только на клеточном уровне. Материнская смертность при HELLP-синдроме составляет 3,5%, а перинатальная - 79%.

Заболевание возникает в 69% случаев во время беременности, чаще в 35 нед., но у 10% раньше 27 нед., а у 31% - в первую неделю после родов.

Наиболее частыми осложнениями HELLP-синдрома являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (22%) и острая почечная недостаточность (8%).

Острый вирусный гепатит - самое частое заболевание, сопровождающееся желтухой, причинно не связанное с беременностью.

Вирусный гепатит А во всех стадиях заболевания не является противопоказанием для родоразрешения путем кесарева сечения (по строгим акушерским показаниям), но предпочтение следует отдавать родоразрешению через естественные родовые пути. Во второй половине беременности обычно гепатит протекает тяжелее, чем в первой.

Острый вирусный гепатит В (ВГВ) протекает значительно тяжелее, чем ВГА, и представляет большую опасность для женщины и ее плода.

В отличие от ВГА, вирусный гепатит В представляет реальную угрозу для жизни женщины, плода и новорожденного. Ухудшение состояния во второй половине беременности может осложниться острой печеночной недостаточностью с энцефалопатией и комой, с высокой летальностью (летальность вне беременности составляет 0,4-2%, у беременных в 3 раза выше). К развитию острой печеночной энцефалопатии предрасполагают III триместр беременности, наличие гестоза, несвоевременная госпитализация вследствие запоздалой диагностики болезни.

ВГВ оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности. Ранний токсикоз возникает у 35% женщин, преэклампсия - у 22% (но не тяжелый). Преждевременные роды происходят у 38% рожениц. Кровотечения одни авторы отмечали не чаще, чем у здоровых женщин, другие указывают как характерное осложнение. Д.Д.Курбанов и соавт. (1993) наблюдали акушерские осложнения со следующей частотой: угроза невынашивания - у 54%, преждевременные роды - у 47%, аномалии родовой деятельности - у 19%, кровотечения - у 12%, недоношенность - у 42%, гипотрофия плода - у 22%, перинатальная смертность - 14%. Послеродовые гнойно-септические заболевания учащены в связи с угнетением иммунного статуса не только за счет беременности, но и за счет гепатита, и активизации не этом фоне бактериальной микрофлоры.

Вирусный гепатит С (ВГС). При беременности ВГС, как и ВГА, особого влияния на течение гестационного процесса не оказывает.

У небеременных вирусный гепатит Е протекает преимущественно легко, как ВГА, а у беременных исключительно тяжело: 20% больных погибает, если заболевание возникает во второй половине беременности. Преобладают среднетяжелые (67,9%) и тяжелые (28,2%) формы течения болезни над легкими (3,9%). Молниеносное развитие острой печеночной недостаточности вне беременности происходит у 1-2%, а во время беременности - у 10-30%. ВГЕ протекает как фульминантный у 20-25% беременных, с высокой летальностью. Летальность при ВГЕ во II-III триместрах в 25-30 раз выше, чем при ВГВ. Тяжесть симптомов фульминантного гепатита возрастает с увеличением срока беременности; обычно заболевание приобретает фульминантное течение после 24 недель беременности. Наивысшая частота этой формы наблюдается в последнем триместре беременности и даже во время родов. Резкое ухудшение состояния происходит накануне родов или выкидыша. Фульминантный гепатит приводит к спонтанному прерыванию беременности (выкидыши, преждевременные роды), развитию печеночно-клеточной комы в течение 1-2 суток, выраженному геморрагическому синдрому (ДВС) с повышенной кровопотерей в родах, частой антенатальной гибелью плода. У женщин, больных ВГЕ, часто рождаются мертвые (34,8%) или слабые дети, умирающие в первые 3 мес.

Особенностью тяжелых форм ВГЕ является внутрисосудистый гемолиз эритроцитов вследствие ДВС-синдрома с развитием почечно-печеночной недостаточности с энцефалопатией (у 48% больных). Процесс прерывания беременности в острой стадии ВГЕ никогда не бывает длительным, роды или поздний аборт продолжаются не более 4-5 часов. У 41% женщин возникают геморрагические осложнения в родах и раннем послеродовом периоде. ДВС- синдром является причиной кровотечений не только маточных, но и желудочно-кишечных, легочных, носовых, нередко смертельных.

Ведущее место среди ЭГЗ у беременных после анемии занимает патология почек. Частота острого и хронического пиелонефрита у беременных женщин колеблется от 1,5 до 7,2%. Материнская смертность от болезней почек в структуре ЭГЗ составляет 8-10%, а в нашем регионе-35,4%.

На фоне хронического пиелонефрита у беременных довольно рано начиная с 20-22 нед развивается преэклампсия, нередко в тяжелой форме и неподдающаяся корригирующей терапии. А сочетание хронического пиелонефрита, тяжелой анемии и преэклампсии у беременной представляет реальную угрозу жизни матери и плода.

У беременных с хроническим пиелонефритом анемия отмечалась у 83,41%, преэклампсия- у 68,3%. Среди 80 обследованных беременных женщин с приэклампсией сочетался с пиелонефритом в 50% и с анемией - в 47,5% случаев. С нарастанием тяжести преэклампсии увеличивается частота выявления заболеваний мочевыделительной системы от 62% до 91, 3%, ЖДА - от 54% до 73,3%. Анализ случаев при досрочном родоразрешении по медицинским показаниям в сроки 22-27 недель показал, что таковыми были гипертензивный синдром, развившийся на фоне хронического пиелонефрита (50,0%).

Пиелонефрит - самое частое заболевание почек у беременных, встречается приблизительно в 6 - 10% случаев, чаще при первой беременности, как правило, во второй её половине (в большинстве случаев на 20-26-й неделе). Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Так, почечная гипертензия наблюдается у 20%, преэклампсия - у 40% беременных с пиелонефритом, невынашивание беременности за счет преждевременных родов - у 30%. Перинатальная смертность составляет 25-50%.

По данным ВОЗ железодефицитной анемией (ЖДА) на земном шаре страдают более 800 млн человек - из ста больных девяносто пять - это женщины. Среди экстрагенитальной патологии у беременньгх ЖДА занимает первое место.

Актуальность проблемы ЖДА определяется высокой частотой этой патологии, которая в Узбекистане у женщин фертильного возраста достигает 70 %, а у беременных - 91,2 %.

По данным Уз НИИ АиГ даже у юных первородящих (17-20 лет) частота анемии превышает 80% (причём почти 95% из них страдали анемией с детства и не получали специфической терапии и профилактики).

По данннм ВОЗ (1996) женщины с анемией в 5-10 раз чаще умирают во время родов, чем женщины с нормальным уровнем гемоглобина. Уровень гемоглобина менее 80 г/л снижает толерантность беременной к кровопотерям при родах. При гемоглобине 60 г/л циркуляторная декомпенсация становится очевидной при одышке и повышенном минутном объёме сердца в покое. Роды, аборты, кровотечения и другие осложнения могут привести к смерти рожениц. При падении гемоглобина ниже 40 г/л высока вероятность материнской смерти, вследствие анемической сердечной недостаточности и острой гипоксии. Даже потеря 100 мл крови у беременных с уровнем гемоглобина ниже 40 г/л при родах может вызвать циркуляторный шок и смерть.

Анемия как симптом экстрагенитальных заболеваний(ревматизм, порок сердца, поражения почек, печени, желудочно-кишечного тракта) обнаруживается довольно часто - у 47-60% беременных. Содержание железа в сыворотке крови при этом - в пределах нормы.

**Акушерский перитонит и сепсис как причина материнской смертности**

Сепсис и связанные с ним осложнения продолжают оставаться одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. К примеру, в США сепсис является лидирующей причиной смерти среди пациентов отделений интенсивной терапии. Несмотря на значительные финансовые средства, вкладываемые в мероприятия по борьбе с патологией, ежегодно регистрируется более 750000 случаев сепсиса, а к 2010 году ожидается увеличение этого показателя до 934000. Анализ ситуации показывает, что увеличение количества случаев заболевания сепсисом является следствием старения населения, увеличением численности пациентов с нарушениями иммунной системы, ростом числа инвазивных вмешательств и использования простетических материалов. Возросла актуальность проблемы возникновения резистентности к антибиотикам у организмов, способных стать причиной развития сепсиса. Немаловажную роль играет повышение качества оказания медицинской помощи, в частности появление новых возможностей ранней и точной диагностики сепсиса.

Хотя количество случаев возникновения сепсиса у беременных и женщин в послеродовом периоде несравнимо ниже этого показателя в общей популяции, данный вид патологии также с уверенностью можно отнести к одной из пяти основных причин материнской смертности во всем мире. Сегодня во многих авторитетных литературных источниках можно встретить данные о том, что несмотря на все различия в системах оказания медицинской помощи в развитых и развивающихся странах, методах лечения, и использующихся классификациях при постановке диагноза, отношение количества установленных случаев сепсиса к количеству случаев смертности от этой патологии среди беременных составляет 72%.

Тем не менее очевидно, что у беременных пациенток исход заболевания и его прогноз более оптимистичны, а риск развития летального исхода намного ниже в сравнении с прочими категориями больных, и составляет по различным оценкам от 30 до 60%. Этот факт может быть объяснен отсутствием во многих случаях сочетанных и фоновых заболеваний, более молодым возрастом больных, анатомическими и физиологическими особенностями функционирования органов малого таза, являющихся потенциальными очагами инфекции при развитии сепсиса.

Так же как и во всем мире, сепсис и септический шок в акушерстве - одна из наиболее актуальных проблем системы охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане. До сегодняшнего дня в Узбекистане не существовало единого подхода к диагностике и лечению данных состояний.

Однако именно такая стратегия, а также слаженная работа специалистов, непосредственно вовлеченных в процесс оказания медицинской помощи женщинам с сепсисом и септическим шоком, является залогом успеха и выздоровления пациентки.

Инфекция - феномен, характеризующийся развитием в тканях макроорганизма воспалительного ответа в качестве реакции на появление или инвазию микробных частиц.

Бактериемия- наличие микроорганизмов в крови. Данное состояние может быть транзиторным и не иметь клинического значения, наличие лишь бактериемии недостаточно для постановки диагноза «сепсис»

Синдром Системного Воспалительного Ответа - генерализованный воспалительный ответ организма на различные повреждения. Данный синдром клинически подтверждается наличием двух или более признаков: температура тела менее 36°С или более 38 С°, частота сердечных сокращений больше 90 в минуту, частота дыхательных движений больше 20 в минуту, либо PaCO2< 32 мм. рт ст., количество лейкоцитов в периферической крови > 12000/мм3 < 4000/мм3, либо наличие более 10% незрелых форм.

Сепсис - системный ответ организма на инфекцию.

Тяжелый сепсис- сепсис, сочетающийся с развитием органной недостаточности

Септический шок- сепсис, сочетающийся с гипотензией, рефрактерной к инфузионной терапии.

Септический шок в акушерстве в развитых странах относительно редок, хотя в мире инфекции стоят на третьем месте в структуре материнской смертности-15%. В развивающихся странах септический шок, связанный с септическим абортом и послеродовым эндометритом, по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности. Приблизительно из 211 млн. беременностей в мире 46 млн. заканчиваются различными видами абортов. 60% этих абортов опасны и вызывают 68000 смертельных случаев ежегодно. Материнская смертность от осложненного аборта в Африке составляет 110 на 100000 рожденных живыми. В развитых странах частота септических осложнений значительно меньше и по отдельным нозологиям может отличаться в сотни раз. Например, в США показатель материнской смертности от осложненного аборта равен 0,6 на 100000 живорожденных. Частота эндометрита после самопроизвольных родов в среднем составляет 2-5%, после кесарева сечения-10-30%. Течение сепсиса и септического шока в акушерстве сопровождается меньшей летальностью, чем у других категорий пациентов( в акушерстве 0-28%, у небеременных 20-50%). Этому способствует такие факторы, как более молодой возраст, менее отягощенный преморбидный фон, расположение первичного очага в полости малого таза - доступной зоне для диагностических и хирургических вмешательств, чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам широкого спектра действия.

До недавнего времени сепсис после аборта являлся причиной МС приблизительно в 60% случаев. Несмотря на усовершенствование оказания акушерской и гинекологической помощи, сепсис остается ведущей причиной МС наряду с кровотечениями, тромбоэмболиями и эклампсией. Такие физиологические изменения, характерные для беременности, как снижение иммунного статуса и повышение свертываемости крови, уже создают благоприятный фон для генерализации инфекции и развития септических осложнений. На сегодняшний день бактериемия у пациенток акушерских и гинекологических стационаров наблюдается в 5 случаях на 1000. При этом сепсис развивается у 5-25 %. Септический шок наблюдается значительно реже и составляет 3-5 % от всех гнойно-септических заболеваний в акушерстве.

Выделяют следующие основные формы акушерского сепсиса: послеродовый сепсис, гнойный тазовый флебит, некроз поверхностной фасции, септический шок.

Гнойный тазовый флебит не связан с флебитом или флеботромбозом вен нижних конечностей или небольшим тромбозом вен таза, а является результатом прямого действия инфекционных агентов на тазовое венозное сплетение. Гнойный тазовый флебит развивается, как правило, в период с 7-го по 21-й день после родов.

Некроз поверхностной фасции представляет собой опасное инфекционное осложнение эпизиотомии. Инфекционными агентами обычно являются гемолитические стрептококки или анаэробные бактерии. Поверхностная фасция области выполнения разреза при эпизиотомии продолжается в фасцию брюшной стенки, ягодиц и нижних конечностей, в связи с чем инфекция и некроз поверхностной фасции могут распространяться в любую из перечисленных областей, вызывая тяжелую интоксикацию и нередко приводят к смерти.

Септический шок может осложнить послеродовый сепсис, гестационный пиелонефрит или септический аборт. Он является результатом массивного высвобождения эндотоксина и провоспалительных цитокинов, что сопровождается развитием системной активации коагуляции, угнетением антикоагулянтных механизмов и процессов фибринолиза, формированием тотальной эндотелиальной дисфункцией с развитием неконтролируемой гипотензии. Таким образом, в основе патогенеза септического шока лежат две тесно взаимосвязанных и взаимно активирующих друг друга процессов - ДВС-синдром и синдром системного воспалительного ответа, которые в совокупности приводят к развитию полиорганной недостаточности.

Несмотря на широкое внедрение антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии, септические осложнения не становятся «болезнью прошлого» и ежегодно приводят к тысячам летальных исходов у матерей. Исследования с высоким уровнем доказательности и метаанализ Кохрановского содружества свидетельствуют о необходимости применения антибиотиков для профилактики септических осложнений при кесаревом сечении.

Согласно представлениям многих авторов диагноз сепсиса правомерен в случае наличия гнойного очага и полиорганной недостаточности. Эти два фактора являются решающими. Так как сепсис - это «вторая» болезнь, антибактериальная терапия уже применялась и не смогла остановить прогрессии заболевания, развилась полиорганная недостаточность. Последняя, как показали исследования, всегда обусловлена синдромом системного воспалительного ответа. Сердечно-сосудистая, иммунная, эндокринная и другие системы организма повреждаются в результате медиаторных нарушений - эндотоксин, цитокины, гистамин эйконазоиды, свободный кислород выделяются вследствие воспалительной реакции в очаге инфекции. Возбудители инфекции запускают цитокиновый каскад, если очаг санировать не удается, защитная реакция макроорганизма в случае сепсиса оказывается чрезмерной.

Перитонит после кесарева сечения имеет 3 клинические формы, от особенностей которых зависит лечебная тактика. Ранний перитонит, обусловленный инфицированием во время операции, поддается консервативной терапии. Второй формой перитонита после кесарева сечения является перитонит вследствие нарушения барьерной функции кишечника - «перитонит-парез». Третья форма перитонита обусловлена дефектом швов на матке. В отличие от первых двух форм клиника достаточно четкая, отвечающая классическим канонам мондоровского перитонита. Опасность летального исхода при перитоните связана с развитием септического шока и сепсиса.

Факторами риска развития септического шока в акушерстве хорошо известны. К ним традиционно относятся: внебольничный, инфицированный аборт; низкий социально экономический статус; иммунодефицитное состояние; хронические очаги инфекции ( урогенитальный тракт); сахарный диабет; оперативные вмешательства (кесарево сечение); преждевременные роды; кровопотеря, геморрагический шок (предлежание плаценты, отслойка плаценты); внутриматочные манипуляции; анемия; преэклампсия и эклампсия.

Наличие указанных факторов риска должно настораживать лечащего врача в отношении возможности развития тяжелого сепсиса и септического шока при появлении любых симптомов, не объяснимых основной патологией.

**Заключение**

Не требует доказательств, что летальный исход -- самое трагическое, чем может завершиться беременность и изучение обстоятельств, приведших к смерти матери, позволяет выявить не только клинические проблемы, но и управляемые факторы на этапе организации оказания медицинской помощи в конкретном регионе. В последнее десятилетие выявление случаев серьезных материнских осложнений стало рассматриваться в качестве дополнения или альтернативы изучению материнской смертности. В частности, самые тяжелые так называемые критические случаи, когда женщина оказывалась на грани смерти, сегодня считаются важным показателем для оценки и усовершенствования работы служб, занимающихся охраной материнского здоровья.

Набольшее развитие этот вид анализа получил в странах Африки, Латинской Америки. В этих странах фактически отсутствует профессиональная патологоанатомическая служба, используется так называемая «вербальная аутопсия» как основной источник информации о материнской смерти, осуществляемая; вне лечебного учреждения, заключающаяся в опросе акушерки и ближайших родственников, о деталях клиники и обстоятельств летального исхода. Несмотря на очевидные недостатки подобного метода «диагностики», в лечебных учреждениях этих стран внедрен анализ тяжелых акушерских осложнений, едва не приведших к летальному исходу - случаев «едва не умерших». В отечественной литературе об анализе «едва не умерших» женщин упоминают лишь некоторые исследователи.

Проведенный сравнительный анализ 15 случаев тяжелых акушерских осложнений у беременных и рожениц едва не завершившихся летальным исходом («едва не умерших») и 83 материнских смертей, зарегистрированных в учреждениях службы родовспоможения в Республике Узбекистан за период 2001-2012 гг., показал следующее:

Возраст исследуемых был сопоставимым (в обеих группах преобладали женщины в возрасте от 21 до 30 лет и от 31 до 40 лет). Группы не отличались и по количеству беременных, состоящих на диспансерном учете в женской консультации (соответственно 94,2% и 87,2%). Доля родильниц среди «едва не умерших» (86,9%) соответствовала таковой в случаях материнских смертей (91,2%). Доношенной беременность была также у сравнимого числа женщин (55,4% и 53%). Частота преждевременных родов достоверно не отличалась - соответственно у 38,6% и у 47%.

Достоверных отличий так же не было выявлено по доли повторнородящих женщин, которые преобладали среди умерших пациенток (54,3% и 53%). Анализ способов родоразрешения в группе «едва не умерших» показал более высокую частоту кесаревых сечений, а в их структуре - плановых оперативных родоразрешений (63,9%) по сравнению с таковой среди умерших женщин (44,1%). В группе «едва не умерших» плановых кесаревых сечений было достоверно больше, чем в группе женщин с летальным исходом беременности и родов (р<0,05).

Удаление матки и перевязка сосудов «едва выжившим» в результате возникших экстренных акушерских ситуаций было выполнено в 60% случаев (9), что также достоверно превышало частоту таковых в группе умерших женщин - 43,4% (36) (р<0,001).

В спектре дефектов диагностики достоверно чаще в группе с летальными исходами беременности и родов встречалось неполное лабораторное обследование (72,3% против 20%) и неверная трактовка полученных результатов (44,6% против 6,6%), недостатки в консультативной помощи смежных специалистов (55,4% против 13,3%). В этой же группе отмечались ошибки в оценке качественных и количественных компонентов гемостаза (44,6% против 13,3%). Дефекты на этапе оказания госпитальной помощи с более высокой частотой встречались в группе с летальными исходами беременности и родов, при этом достоверные отличия выявлены нами в уровне ошибок, связанных с несвоевременным началом лечения (67,5% против 13,3%), в выборе объема (30,1% против 6,7%) и сроков (39,7%) против 6,7%) оперативного вмешательства, дублированием неэффективных мероприятий (25,3% против 6,7%), подбору инфузионных сред (44,6% против 13,3%).

В группе женщин «едва не умерших» отсутствовали ошибки, связанные с проведением анестезиологического пособия, в то время как в случаях материнских смертей они послужили причиной гибели 4-х пациенток.

Вследствие поздней обращаемости в отделение плановой и экстренной консультативной помощи (44,6% против 6,7%) перевод беременных и родильниц в многопрофильный стационар в каждом четвертом случае являлся запоздалым (30,1% против 6,7%). Неготовыми к оказанию экстренной хирургической помощи (длительное разворачивание операционной и сбор операционной бригады, отсутствие в стационарах запаса крови, кровезаменителей, антибактериальных препаратов) были 25,3% учреждений родовспоможения (против 6,7% в случаях «едва не умерших»).

Для объективного суждения о роли дефектов лечебно- диагностического процесса в исходе беременности и родов в группах материнских смертей (предотвратимых и непредотвратимых случаев, п=83) и «едва не умерших» пациенток (15) мы использовали статистический и корреляционный многофакторный анализ. В каждом из анализируемых случаев наличие или отсутствие ошибок при оказании медицинской помощи оценивалось нами по условной шкале в диапазоне балльных значений от 1 (выявлены дефекты) до 0 (не выявлены). Анализу были подвергнуты допущенные ошибки в проведении диагностических, лечебных и организационных мероприятий.

Как показал проведенный сравнительный анализ, исследуемые группы статистически значимо отличались друг от друга по средним значениям баллов. Так, наибольшей (максимально приближенной к единице, свидетельствующей о значимом количестве ошибок) оказалась средняя величина баллов, в группе предотвратимых потерь (0,922±0,019), а наименьшей (с минимальным количеством допущенных ошибок) в случаях непредотвратимых летальных исходов (0,301±0,017). То есть непредотвратимость случаев материнских смертей подразумевала развитие летального исхода при наименьшем числе дефектов в лечебно-диагностическом процессе.

Средние значения баллов в группе «едва не умерших» женщин (0,616±0,090) оказались достоверно ниже таковых в группе предотвратимых материнских смертей (0,922±0,019), при этом они были также статистически значимо более низкими, и по сравнению со средними значениями баллов в группе непредотвратимых случаев. (0,301±0,017). То есть, несмотря на то, что летального исхода удалось избежать, тяжелые акушерские осложнения, которые едва не привели к смерти женщин, были связаны с допущенными ошибками. Результаты корреляционного анализа, показали, что высокие значения коэффициента корреляции определяли резкое снижение риска летального исхода при: сокращении средних значений баллов (при наименьшем числе; дефектов в лечебно-диагностическом процессе). Наиболее «сильной» являлась связь с неадекватным проведением диагностических и лечебных мероприятий (г=0,836), а также с недостаточным уровнем профессиональной подготовки специалистов (г=0,823).

Нами также была рассчитана величина отношения шансов «выживаемости» в случае: ошибок при проведении лечебно-диагностического процесса (диапазон от 0 баллов -- ошибки отсутствуют до 1 -- балла -- допущены ошибки). Оказалось, что отсутствие дефектов в проведенных диагностических и лечебных мероприятиях сокращает риск фатального исхода в 380 раз, а достаточный уровень профессиональной подготовки специалиста - в 206 раз.

Список используемой литературы

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь / М.: Триада-Х - 2008. -- 128 с

2. Вихляева Е.М. Доклинические проявления системных нарушений, клинические исходы и отдаленные последствия преэклампсии. // Акушерство и гинекология. - 2009. - № 1. - С. 3-6.

3. Гельцер Б.И., Котельников В.Н.. Суточные ритмы артериального давления при артериальной гипертензии: патофизиологические и хронотерапевтические аспекты// Владивосток: Дальнаука.- 2002.-219 с.