

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

PREVENTIVE MEDICINE

УДК 614.1:312.2

DOI 10.18413/2075-4728-2018-41-3-419-428

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

COMPARATIVE ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN THE RUSSIAN FEDERATION AND THE REPUBLIC OF CRIMEA

О.С. Третьякова, А.С. Гаффарова
O.S. Tretiakova, A.S. Gaffarova

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,
Россия, 295006, Республика Крым, Симферополь, бульвар Ленина, 5/7

V.I.Vernadsky Crimean Federal University S.I.Georgievsky Medical Academy,
5/7 Lenin Boulevard, Simferopol, 295006, Republic of Crimea, Russia

E-mail: olga-tretiakova@yandex.ru, anife.gaffarova96@gmail.com

Аннотация

В статье проведен ретроспективный сравнительный анализ динамики материнской смертности (МС) и ее структуры в Российской Федерации и Республике Крым (РК) за период 1995–2017 гг. При явно выраженном тренде ее снижения в РФ и РК, динамика МС в РФ имела волнообразный характер с периодами повышения показателя в 2005 и 2009 гг., в то время как в РК она имела скачкообразный характер с чередованием периодов резкого увеличения и падения коэффициента. В РФ за исследуемый период показатель сократился более чем в 7 раз и в 2017 г. составил – 7.3 на 100 тыс. живорожд. В структуре МС с 2005 г. неизменно лидировала экстрагенитальная патология, значительный вклад вносили акушерская эмболия и гестозы. В РК минимальный показатель МС был зафиксирован в 2014 г. – 4.1 на 100 тыс. живорожд., однако, начиная с 2015 г., прослеживается рост коэффициента МС с достижением в 2017 г. максимального значения за последние 5 лет – 19.1 на 100 тыс. живорожд. В структуре МС, как и в РФ, лидирующая позиция с 2007 г. принадлежит экстрагенитальной патологии, гестозам и геморрагическим осложнениям. Однако периодически (2012 и 2016 гг.) на 1-е место перемещался сепсис (который в структуре МС РФ практически не фигурировал), что требует принятия управленческих решений, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи соответствующему контингенту женщин РК с целью снижения МС.

Abstract

Maternal mortality (MM) is measured by the number of mothers that die for every 100,000 live births. Each maternal death is a real tragedy. It was carried out retrospective comparative analysis of maternal mortality and its structure in the Russian Federation (RF) and the Republic of Crimea (RC) for 1995-2017. Though there is pronounced trend in reducing of coefficient of MM in RF and RC, the dynamics of the MM in the RF had an undulant character with periods of an index increase in 2005 and 2009, whereas in RC it had salutatory character with alternating periods of a sharp increase and fall in the coefficient. In the RF for period under review index decreased by more than 7 times and in 2017 it amounted to 7.3 per 100 thousand live

births. In the structure of the MM since 2005, extragenital pathology was invariably leading; significant contribution was made by obstetric embolism and gestosis. In the RC, the minimum index of MM was registered in 2014 - 4.1 per 100 thousand live births, however, starting from 2015, the growth of the MM coefficient is observed with the achievement in 2017 of the maximum value for the last 5 years - 19.1 for 100 thousand live births. As in the Russian Federation in the structure of the MM the leading position since 2007 belongs to extragenital pathology, gestosis and hemorrhagic complications. However periodically (2012 and 2016) sepsis was coming out on the first place, that practically did not figure in the MM structure in the RF, which requires taking managerial decisions aimed at preventing and improving of the taking medical care to the appropriate contingent of women in RC.

Ключевые слова: материнская смертность, динамика и структура материнской смертности, Российская Федерация, Республика Крым.

Keywords: maternal mortality, dynamics and structure maternal mortality, Russian Federation, Republic of Crimea.

Введение

Материнская смертность (МС) – статистический показатель, который является индикатором репродуктивного и соматического здоровья женской популяции. МС характеризует не только качество оказания акушерско-гинекологической помощи в период беременности, в процессе родов, послеродовом периоде, адекватность оказания медицинской помощи при жизнеугрожающих ситуациях у этой категории женщин, но и является критерием оценки эффективности функционирования системы здравоохранения в глобальном масштабе [WHO, 2016].

В связи с высокой значимостью МС с точки зрения социально-экономического и медицинского аспектов мировой медицинской общественностью была создана и действует Межведомственная группа по оценке материнской смертности, в которую включены Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Всемирный Банк и Отдел народонаселения ООН [Van, 2010; WHO, 2016]. В соответствии с результатами мониторинга МС за период 1990–2015 гг. в мире зафиксировано снижение на 43% (с 532 тыс. в 1990 г. до 303 тыс. в 2015 г.) абсолютного числа умерших. Коэффициент МС сократился примерно на 44% (с 385 до 216 случаев МС на 100 тыс. род. жив.). В Европе показатель материнской смертности к 1990 г. составлял 31 на 100 тыс. род. жив. В целом за период 1990–2015 гг. он снизился на 58% и достиг значения 13 на 100 тыс. жив. Минимальный показатель МС составил 3 на 100 тыс. род. жив. в Греции, Финляндии, Исландии и Польше. Наиболее высокий коэффициент МС – 1360 на 100 тыс. жив. зарегистрирован в Сьерра-Леоне [WHO, 2016].

Динамика уровня МС неразрывно связана и коррелирует со структурой МС. Согласно данным ВОЗ, в мире первые два места в структуре материнской смертности принадлежат экстрагенитальной патологии (28%) и кровотечениям (27%), далее следовали гестозы (14%), инфекционные осложнения (11%), осложнения в родах (9%), постабортные (8%) и тромботические (3%) осложнения [Yamin, Boulanger, 2013; WHO, 2016].

Целью работы является ретроспективный анализ динамики материнской смертности ее структуры в Российской Федерации и Республике Крым за период 1995–2017 гг.

Объекты и методы исследования

При анализе МС в Российской Федерации и Республике Крым использовались данные Федеральной службы государственной статистики за период 1995–2017 гг. и материалы итоговых коллегий Министерства здравоохранения (МЗ) Автономной Республики Крым (до марта 2014 г.) и МЗ Республики Крым (после марта 2014 г.). Статистическая обработка показателей осуществлялась с применением пакета MedStat для определения

нормальности распределения согласно критерию Шапиро-Уилка и отличий уровня значимости по Т-критерию Вилкоксона в исследуемых группах.

Результаты и их обсуждение

В целом во всем мире отмечается стойкая тенденция к снижению МС, что обусловлено усовершенствованием оказания медицинской помощи беременным, родильницам и роженицам. РФ не является исключением. Согласно отчетам Межведомственной группы по оценке смертности показатель МС в Российской Федерации в целом за период 1990–2015 гг. составлял 25 на 100 тыс. живорожд., и РФ в этот период занимала 63 место в рейтинге стран мира. За последние 45 лет коэффициент МС снизился в 10.6 раз – с 105,6 в 1970 г. до 10.0 в 2016 г. на 100 тыс. род. жив. В Республике Крым коэффициент МС за рассматриваемый период уменьшился более чем в 3 раза (с 85.5 до 29.9 на 100 тыс. род. жив.).

Показатели материнской смертности в зависимости от места проживания в динамике последних 23-х лет представлен в табл. 1.

Таблица 1
Table 1

Материнская смертность городского и сельского населения в РФ с 1995–2016 гг.
(Федеральная служба государственной статистики, 29.05.2017 г.)
Maternal mortality of urban and rural population in the Russian Federation in 1970–2016
(Federal Service of State Statistics, May 29, 2017)

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	n	на 100 тыс. родившихся живыми	n	на 100 тыс. родившихся живыми	n	на 100 тыс. родившихся живыми
1995	727	53.3	461	49.4	266	61.8
2000	503	39.7	307	34.6	196	51.6
2001	479	36.5	300	32.3	179	46.7
2002	469	33.6	299	30.0	170	42.6
2003	463	31.9	281	27.0	182	44.5
2004	352	23.4	242	22.5	110	25.7
2005	370	25.4	238	23.0	132	31.4
2006	350	23.7	203	19.4	147	33.8
2007	354	22.0	200	17.8	154	31.5
2008	354	20.7	246	20.6	108	20.8
2009	388	22.0	231	18.7	157	30.0
2010	295	16.5	192	15.2	103	19.6
2011	291	16.2	192	15.1	99	18.8
2012	219	11.5	144	10.6	75	13.7
2013	215	11.3	131	9.7	84	15.6
2014	210	10.8	133	9.5	77	14.1
2015	196	10.1	130	8.9	66	13.6
2016	188	10.0	125	8.8	63	13.6

Как видно из таблицы 1, МС сельского населения в РФ превышает таковые показатели у городских жителей. Средние показатели коэффициента МС за период 2000–2016 гг. городского и сельского населения составили 19.04 ± 3.37 и 27.51 ± 12.82 на 100 тыс. род. жив. соответственно ($p < 0.001$). Вероятно, это связано как с социально-экономическими

проблемами, такими как несовершенство транспортной инфраструктуры, необходимой для своевременной транспортировки беременных в медицинские учреждения в случае возникновения патологических состояний, так и с дефицитом медицинских кадров в учреждениях родовспоможения сельской местности. Помимо того, это может быть обусловлено более высокими показателями рождаемости среди сельского населения, что, как известно, увеличивает риск МС. Доказано, что риск МС от осложнений в период гестации, при родах и в послеродовом периоде находится в прямой зависимости от количества беременностей, и соответственно, от уровня рождаемости [Оксенойт, Никитина, 2017]. Это подтверждается тем, что в 80% стран с коэффициентом МС менее медианных значений уровень рождаемости не превышает простого воспроизводства – 2.1 и лишь в 5 странах достигает 3.1–3.5 [ВНО, 2012].

В Российской Федерации с 1990–1995 гг. отмечалось значительное увеличение показателя МС с 47.7 на 100 тыс. род. жив. до 53.3 на 100 тыс. жив. В период повышения коэффициента МС в 1995 г. в структуре МС преобладали аборты, начатые и начавшиеся вне лечебного учреждения (20.4 %), 2-е место занимали кровотечения, связанные с отслойкой и предлежанием плаценты (12.5 % женщин), гестозам принадлежало 3-е место (9.9 %) (табл. 2).

Таблица 2
Table 2

Структура материнской смертности за период 1995–2016 гг.
Maternal mortality structure for 1995–2016

Причина МС	1995	2000	2005	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Экстрагенитальная патология (%)	нет данных	10.5	15.4	42.7	20.8	23.3	21.9	25	27	26
Внебольничные аборты (%)	20.36	16.7	12.4	9	8.8	5.9	3.7	5.2	6.1	5.9
Акушерская эмболия (%)	нет данных	5.8	9.5	11.34	13.2	12.8	15.8	14.8	11.2	17
Гестозы (%)	9.9	14.3	12.7	7.5	9.5	10	11.6	15.7	10.2	11.7
Кровотечения в связи с отслойкой/предлежанием плаценты (%)	12.5	7	8.9	7.7	7.1	12.3	8.8	9	6.6	6.34
Кровотечения в родах и послеродовом периоде (%)	нет данных	9.7	8.1	4.6	7.5	5.9	10.7	7.1	8.1	6.4

Вероятно, высокая частота МС вследствие внебольничных абортов связана с существующими на тот период социально-экономическими проблемами, что оказало негативное влияние на функционирование системы здравоохранения, в частности на доступность медицинской помощи, и уровень жизни населения в целом [Стародубов, Суханова, 2012]. В последующие 5 лет коэффициент материнской смертности существенно сократился (– 25.5 %) и достиг в 2000 г. 39.7 на 100 тыс. живорожд. В период падения уровня МС в РФ в 2000 г. внебольничные аборты сохранили лидирующую позицию (16.7 %), гестозы сместились на 2-е место (14.3 %), экстрагенитальная патология стала занимать 3-е место (10.5 %). В Республике Крым с 1997 г. по 2000 г. определялся значительный рост МС – в 2.2 раза (с 24 на 100 тыс. род. жив. до 52.8 на 100 тыс. живорожд.). Как и в РФ, и в РК преобладала МС, связанная с внебольничными абортами и геморрагическими осложнениями. Коэффициент МС в РК превышал таковой показатель в РФ за данный период на 24.8 %. С 2000 по 2004 гг. наблюдалось стойкое снижение (– 41%) МС в РФ до 23.4 на 100 тыс. род. жив. (рис. 1).



Рис. 1. Коэффициент МС в Российской Федерации и Республике Крым (2000–2017 гг.).
 Fig. 1. The coefficient of MC in the Russian Federation and the Republic of Crimea (2000–2017.)

Однако в 2005 г. коэффициент МС превысил таковой показатель предыдущего года и достиг 25.4 на 100 тыс. жив. Во время повторного увеличения коэффициента МС в 2005 г. в ее структуре стала доминировать экстрагенитальная патология с показателем 15.4 % случаев МС, гестозы оказались причиной летального исхода еще у 12.7 % беременных. В 2005 г. были отмечены высокие показатели МС, связанной с абортами, начатыми или начавшимися вне лечебного учреждения и неустановленного характера, которым принадлежало 12.4 % в структуре МС. Одновременно отмечалось увеличение частоты МС, связанной с кровотечением в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (8.9 %). Причиной учащения случаев геморрагических осложнений, ассоциированных с предлежанием и отслойкой плаценты, вероятно, являлось увеличение числа проведения кесаревых сечений (КС) в связи с либерализацией показаний к его проведению. Как известно, в результате КС формируется рубец, что повышает риск врастания плаценты и, соответственно, риск геморрагических осложнений [Cresswell et al., 2013; Kamara et al., 2013].

За аналогичный период в Республике Крым прослеживалась тенденция к уменьшению коэффициента МС: с 2000 г. коэффициент снизился на 58.6 % и в 2005 г. достиг 22.2 на 100 тыс. жив. В период неуклонного снижения МС в РК, как и в РФ, в 2000–2005 гг. в структуре МС лидирующую позицию удерживали кровотечения (25 %), второе место занимали гестозы (18.8 %), третье – экстрагенитальная патология (15.6 %). Значительная доля в структуре МС принадлежала неуточненным абортam (12.5 %), занимающим 4-е место [Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003», 2003; Сухарева и др., 2008]. В 2000-2005 гг. различия показателей МС в РФ и РК были незначительными: коэффициент МС в РФ был выше на 2.3 %.

С 2006 г. в Российской Федерации сохранялась тенденция к снижению МС и в 2008 г. данный коэффициент составил 20.7 на 100 тыс. род. жив. [Тарасова, 2007], в то время как в РК динамика МС приобрела скачкообразный характер: резкое увеличение МС в 2006 г. до 29.9 на 100 тыс. жив. [Материалы итоговой коллегии МЗ АР Крым за 2006 г.,] затем выраженное падение в 2007 г. на 38 % (18.5 на 100 тыс. род. жив.) и в 2008 г. – очередное повышение МС на 38.9 % (25.7 на 100 тыс. род. жив.). Резкое увеличение показателя МС в 2006 г. было ассоциировано со значительным ростом МС вследствие геморрагических осложнений, ставших причиной летального исхода в половине всех случаев МС. В период снижения МС в 2007 г. ведущую роль в структуре МС стала занимать экстрагенитальная патология (50.0 %), а также гестозы и эмболия околоплодными водами (по 25.0 %). Уже в 2008 г., в период повторного повышения МС в РК, доминировала экстраге-

нитальная патология (50.0 %). К 2008 г. уровень МС в РК оказался выше на 19.5 % по сравнению с показателем МС РФ.

В 2009 г. в РК коэффициент МС сократился почти вдвое, в то время как в РФ он несколько превысил значения предыдущего года (22 на 100 тыс. род. жив.). Причинами МС в РК в равной степени стали экстрагенитальная патология, гестозы и кровотечения. Схожая структура отмечена и в РФ, где зафиксирован значительный вклад экстрагенитальной патологии (42.8 % случаев), что, возможно, и стало причиной негативной динамики МС. В этот же период наблюдалось увеличение частоты МС по причине эмболии околоплодными водами – 11.3 % случаев (при 9.5 % в 2005 г.). При этом МС в результате аборт, начатых или начавшихся вне медицинского учреждения, оставалась высокой (9.0 % случаев), занимающая третье место в ее структуре. МС вследствие кровотечения в результате отслойки и предлежания плаценты практически сохранила свои позиции – 7.7 % случаев летального исхода (в 2005 г. 8.9 %) и в структуре МС заняла 4-е место [Фахрутдинова, Ягудин, 2011]. Обращает внимание, что в 2009 г. наблюдались значительные различия в коэффициентах МС в РФ и РК: в РФ показатель МС превысил уровень МС в РК на 41.8 %.

В 2010 г. в РФ отмечен позитивный тренд – резкое снижение уровня МС: коэффициент сократился более чем на четверть по сравнению с предыдущим годом (16.5 на 100 тыс. род. живыми). Но уже в следующем 2011 году, темпы снижения резко замедлились (16.2 на 100 тыс. живорожд.). В структуре МС в данный период лидировала экстрагенитальная патология с показателем 26.1 % случаев МС, второе место принадлежало акушерской эмболии (13.2 %), третье – гестозам (9.5 %). За ними следовали с практически идентичными показателями кровотечения во время родов и послеродовом периоде (7.5 %) и кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (7.1 %). В РК ситуация в данный период оказалась менее однозначной: в 2010 г. коэффициент увеличился на 25 %, а в 2011 г. почти в 2 раза по сравнению с предыдущим годом с достижением максимальных цифр за последние 10 лет – 34.2 на 100 тыс. жив. Ведущей причиной МС были тромбэмболические осложнения, которые наряду с осложнениями при проведении анестезии и разрывами матки ассоциированы с неадекватной анестезиологической и трансфузиологической помощью. Именно в этот период ситуация в РФ и РК изменилась кардинально: в 2011 г. коэффициент МС в РФ стал ниже показателя МС в РК более чем в 2 раза (–52.6 %).

В 2012 г. темпы уменьшения показателя МС в РФ были значительными (–29 %) и коэффициент составил 11.5 на 100 тыс. род. жив. В последующие годы отмечается устойчивый тренд снижения коэффициента МС – до 10.0 на 100 тыс. жив. в 2016 г. (–13 %). В 2017 г. показатель МС уменьшился на четверть с достижением минимальных значений МС в РФ за весь исследуемый период – 7.3 на 100 тыс. жив.

В 2012 г. ситуация в РК значительно улучшилась: показатель МС уменьшился – 16.2 на 100 тыс. род. жив., что ниже на 47% уровня МС, зарегистрированного в 2010 г. Однако в причинной структуре МС в тот период доминировали септические осложнения. В 2013 г. коэффициент МС составил 4.2 на 100 тыс. род. жив. и в 2014 г. достиг минимальных значений за весь исследуемый период – 4.1 на 100 тыс. живорожд. МС была ассоциирована главным образом с гестозами. Уже через 2 года коэффициент МС увеличился более чем в 3 раза, и 1-е место в структуре МС заняла экстрагенитальная патология. Настораживает, что тенденция к росту показателя сохранилась и в последующие годы с достижением в 2017 году максимальных значений – 17.4 на 100 тыс. живорожд. К 2017 г. коэффициент МС в РК значительно превысил (практически на 60%) значения МС в РФ [Материалы итоговой коллегии МЗ Республики Крым за 2017 г.].

Рассматривая динамику структуры материнской смертности за изучаемый период, следует отметить, что согласно данным Федеральной службы государственной статистики в структуре материнской смертности за 2005–2016 г. лидировала экстрагенитальная патология с максимальным ее вкладом в 2009 г. (42.7 %) и минимальным – в 2013 г. (21.9 %) (рис. 2).

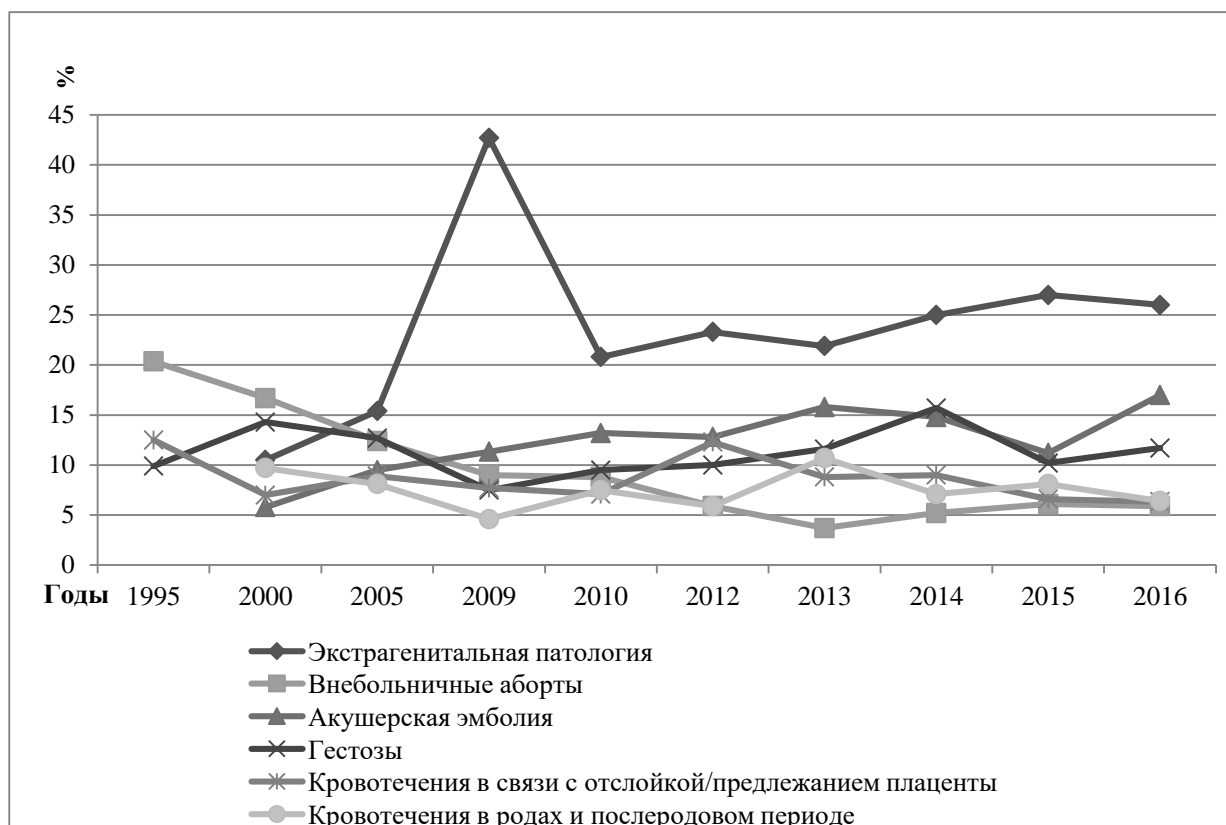


Рис. 2. Структура материнской смертности в динамике за 1995–2016 гг. (Федеральная служба государственной статистики, 29.05.2017 г.).

Fig. 2. Maternal mortality structure in dynamics for 1995–2016 (Federal Service of State Statistics, May 29, 2017).

В целом за период 2000–2016 гг. отмечался рост МС, связанной с акушерской эмболией в 2.9 раз (5.8 % в 2000 г. и 17.0 % в 2016). Акушерская эмболия удерживала 2-е место в период с 2012 по 2016 гг., лишь в 2014 г. эта причина уступила данную позицию гестозам, составляя 14.8 % случаев МС. Как известно, смертность от акушерской эмболии достигает 90% в связи с трудностью ранней диагностики, стремительным разворачиванием патологических изменений в организме женщины и неэффективностью лечения, начатого в поздние сроки [Knight et al., 2010]. С учетом опыта США и Соединенного Королевства для снижения частоты МС вследствие акушерской эмболии необходима реализация мультидисциплинарных программ с отработкой на тренажерах реанимационных мероприятий, что повысит эффективность лечения неотложных акушерских состояний [Maheu-Giroux et al., 2015; Polan et al., 2015].

Гестозы в 2013, 2015 и 2016 гг. занимали 3-е место в структуре МС, составляя 11.6, 10.0 и 11.7 % случаев МС соответственно. В 2014 г. они стали причиной МС в 15.7 % случаев и переместились на 2-е место в структуре материнской смертности. Как известно, гестозы возникают чаще всего на фоне существующей патологии сердечно-сосудистой, мочевыделительной и нейроэндокринной систем [Benova et al., 2014]. При тяжелых формах гестозов в трети наблюдений смерть матери наступает в связи с эклампсией, в 1/3 случаев – в результате развития острой почечной или печеночной недостаточности, HELLP-синдрома и острого жирового гепатоза, у 1/3 пациенток – вследствие коагулопатий и геморрагических осложнений [Say et al., 2014]. В 35 % случаев тяжелых гестозов производят экстирпацию матки для предотвращения высокого риска летального исхода [Assarag et al., 2015].

Что касается кровотечений, связанных с предлежанием/отслойкой плаценты, то с 2012 г. отмечается неуклонное снижение данного показателя: с 12.3 % в 2012 году до

6.4 % случаев в 2016 г. Частота материнской смертности в результате кровотечений в родах и послеродовом периоде снизилась с 10.7 % в 2013 г. до 6.4 % в 2016 г.; минимальный показатель МС (5,9 %), связанный с данной причиной, был отмечен в 2012 г. Стойкое снижение доли кровотечений в структуре материнской смертности обусловлено проведением адекватной медикаментозной профилактики и лечения геморрагических осложнений, а также разработкой и внедрением в медицинскую практику новых методов кровосбережения [Benova, 2014].

В тоже время в РК в 2016 г. 1-е место в структуре МС занимали септические осложнения, но уже в 2017 г. экстрагенитальная патология восстановила лидирующую позицию. Необходимо отметить, что септические осложнения имеют большую значимость в структуре МС, поскольку чаще всего возникают вследствие аборт, несмотря на уменьшение их числа в последние годы. С учетом причинной структуры МС для снижения коэффициента МС в РК необходимо определение группы риска развития осложнений в период гестации и родах с последующей концентрацией беременных с высоким риском развития жизнеугрожающих осложнений в перинатальных центрах.

Выводы

В РФ, как и во всем мире, за рассматриваемый период наблюдалось стойкое снижение коэффициента материнской смертности, что связано с улучшением качества оказания медицинской помощи беременным, родильницам и роженицам и ее доступности. Коэффициент МС у сельского населения превышал данный показатель у городского населения, что объясняется более низкими возможностями предоставления необходимой медицинской помощи и несовершенством транспортной инфраструктуры в сельской местности. В структуре МС в РФ превалировала экстрагенитальная патология, которая сохраняла лидирующую позицию с 2005 г. Значительная доля в структуре МС за исследуемый период принадлежала акушерской эмболии и гестозам.

В целом за период 1996–2016 гг. в РК динамика МС имела скачкообразный характер с чередованием периодов резкого увеличения и снижения показателя. В структуре МС в РК в 2000–2006 гг. превалировали геморрагические осложнения, а с 2007 г. лидировала экстрагенитальная патология. Весомый вклад в структуру МС за исследуемый период внесли гестозы и кровотечения.

Несмотря на наблюдаемые с 2006 г. различия в динамике коэффициента МС в РФ и РК, структура МС сходная: ведущими причинами МС за исследуемый период являлись экстрагенитальная патология, гестозы и геморрагические осложнения. Сепсис в структуре МС в РФ практически не фигурирует, в то время как в РК септические осложнения периодически выходят на лидирующую позицию, что требует принятия управленческих решений, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи соответствующему контингенту женщин РК с целью снижения МС.

Список литературы References

1. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». Сборник научных трудов под редакцией директора НЦАГиП РАМН, академика РАМН В.И. Кулакова, академика РАМН В.Н. Серова, профессора Ю.И. Барашнева. М., «Авиаиздат», 2003.

Materialy 5-go Rossijskogo nauchnogo foruma «Ohrana zdorov'ja materi i rebenka 2003» [Materials of the 5th Russian Scientific Forum "Protection of Mother and Child Health 2003"]. Sbornik nauchnyh trudov pod redakciej direktora NCAGiP RAMN, akademika RAMN V.I. Kulakova, akademika RAMN V.N. Serova, professora Ju.I. Barashneva. M., «Aviaizdat», 2003. (in Russian)

2. Материалы итоговой коллегии МЗ АР Крым за 2006 г. Симферополь, 2007.
Materialy itogovoj kollegii MZ AR Krym za 2006 g [Materials of the Final College of the Ministry of Health of AR Crimea for 2006]. Simferopol', 2007. (in Russian)
3. Материалы итоговой коллегии МЗ Республики Крым за 2017 г. Симферополь, 2018.
Materialy itogovoj kollegii MZ Respubliki Krym za 2017 g [Materials of the Final College of the Ministry of Health of the Republic of Crimea for 2017]. Simferopol', 2018. (in Russian)
4. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю. 2017. Демографический ежегодник России. М.: Росстат. С. 263.
Oksenojt G.K., Nikitina S.Ju. 2017. Demograficheskiy ezhegodnik Rossii [Demographic Yearbook of Russia]. M.: Rosstat. S. 263. (in Russian)
5. Стародубов В.И., Суханова Л.П. 2012. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М., Менеджер здравоохранения, 320.
Starodubov V.I., Suhanova L.P. 2012. Reproductivnyye problemy demograficheskogo razvitiya Rossii [Reproductive Problems of the Demographic Development of Russia]. M., Menedzher zdavoohranenija, 320. (in Russian)
6. Сухарева И.А., Короленко Е.С., Махамова З.Р. 2008. Анализ материнской смертности в Украине и АР Крым за 1996-2006 гг. Труды КГМУ им. С.И. Георгиевского, 144: 222-225.
Suchareva I.A., Korolenko E.S., Mahkamova Z.R. 2008. Analiz materinskoj smertnosti v Ukraine i AR Krym za 1996-2006 gg [Analysis of Maternal Mortality in Ukraine and AR Crimea for 1996-2006]. Trudy KGMU im. S.I. Georgievskogo, 144: 222-225. (in Russian)
7. Тарасова Л.П. 2007. Материнская смертность – глобальный бич человечества. В кн.: Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья населения. Орел, Изд-во МИ ОГУ им. Тургенева: 312-317.
Tarasova L.P. 2007. Materinskaja smertnost' – global'nyj bich chelovechestva [Maternal Mortality - the Global Scourge of Mankind]. V kn.: Aktual'nye voprosy ohrany reproductivnogo zdorov'ja naselenija. Orel, Izd-vo MI OGU im. Turgeneva: 312-317. (in Russian)
8. Фахрутдинова Е.В., Ягудин Р.Х. 2011. Качество жизни населения и демографическая ситуация: диалектика взаимодействия. Экономические науки, 12 (85): 88-93.
Fahrutdinova E.V., Jagudin R.H. 2011. Kachestvo zhizni naselenija i demograficheskaja situacija: dialektika vzaimodejstvija [The Quality of Life of the Population and the Demographic Situation: the Dialectics of Interaction]. Jekonomicheskie nauki, 12 (85): 88-93. (in Russian)
9. Assarag B., Dujardin B., Essolbi A., Cherkaoui I., De Brouwere V. 2015. Consequences of Severe Obstetric Complications on Women's Health in Morocco: Please, Listen to Me! Tropical Medicine and International Health, 20 (11): 1406–1414.
10. Ban K. 2010. The Global strategy for women's and children's health. N.Y., United Nations: 20.
11. Benova L., Cumming O., Campbell O. M. R. 2014. Systematic Review and Meta-Analysis: Association between Water and Sanitation Environment and Maternal Mortality. Tropical Medicine and International Health, 19 (4): 368–387.
12. Cresswell J. A., Ronsmans C., Calvert C., Filippi V. 2013. Prevalence of Placenta Praevia by World Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tropical Medicine and International Health, 18 (6): 712–714.
13. Every woman, every child: from commitments to action: the first report of the independent Expert Review Group (iERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Genève. 2012. WHO.
14. The Millennium Development Goals Report. N.Y., United Nations, 2011.
15. Kamara M., Henderson J. J., Doherty D.A., Dickinson J.E., Pennel C.E.. 2013. The Risk of Placenta Accreta Following Primary Elective Caesarean Delivery: A Case-Control Study. BJOG, 120 (7): 879–886.
16. Knight M., Tufnell D., Brocklehurst P., Spark P., Kurinczuk J.J. 2010. On behalf of the UK Obstetric Surveillance System: Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. Obstetrics and Gynecology, 115 (5): 910–917.
17. Maheu-Giroux M., Filippi V., Samadoulougou S., Castro M. C., Maulet N., Meda N., Kirakoya-Samadoulougou S. 2015. "Prevalence of Symptoms of Vaginal Fistula in 19 Sub-Saharan Africa Countries: A Meta-Analysis of National Household Survey Data." The Lancet Global Health 3 (5): 271–278.



18. Montoya A., Calvert C., Filippi V. 2014. Explaining Differences in Maternal Mortality Levels in Sub-Saharan African Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Health*, 6 (1): 1–11.
19. Pattinson R., Say L., Souza J.P., Broek N., Rooney C. 2009. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bulletin of the World Health Organization*, 87 (10). 734.
20. Polan M.L., Sleemi A., Bedane M.M., Lozo S., Morgan M.A. 2015. Obstetric Fistula. In *Disease Control Priorities (3rd edition). Essential Surgery*, 1 (6): 320-324.
21. Say L., Chou D., Gemmill A., Tuncalpo O., Moller A.-B. 2014. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *The Lancet Global Health*, 2 (6): 323–333.
22. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division. *Trends in Maternal Mortality: 1990-2015*. N.Y., United Nations, 2016.
23. Yamin A.E., Boulanger V.M. 2013. Embedding sexual and reproductive health and rights in a transformational development framework: lessons learned from the MDG targets and indicators. *Reproductive Health Matters*, 21: 74–85.