

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2019-10062

ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТРЕХ НАИБОЛЕЕ КРУПНЫХ ГОРОДАХ АФГАНИСТАНА

М.А.Гафур¹, А.В.Фомина¹, И.А.Тараки²

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва

²Московский научно-исследовательский институт онкологии им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

На протяжении долгого времени Афганистан считается страной с наибольшими показателями материнской смертности в мире. По оценкам специалистов, от 40 до 50% случаев смерти женщин детородного возраста связаны с осложнениями во время беременности и родов.

Цель. Изучить структуру осложнений во время родов среди рожениц Афганистана и предложить эффективные меры по предотвращению материнской смертности.

Материалы и методы. Исследование было проведено с помощью метода анкетирования среди рожениц, обратившихся в клиники 3-х городов Афганистана по поводу консультативной помощи или оказания родовспоможения. В исследование было включено 306 пациенток в возрасте от 9 до 40 лет.

Результаты. Анкетирование проводилось среди жительниц трех наиболее крупных городов Афганистана: Кабула - столицы страны (n = 102), Бадахшана –экономически благоприятного, развивающегося города (n = 102) и Гильменда - города с нестабильным военным положением (n = 102). В то же время, было учтено равное распределение пациенток, поступивших в госпитали всех трех городов. Так, 52,9% респондентов были из сел, 47,1 % - из городов. Средний возраст опрошенных респонденток составил 23 года. Большая часть беременных женщин (n= 104, 34 %) отмечала те или иные нежелательные явления (тошнота, рвота, выделения из половых путей, боль в спине и в животе, маточное кровотечение, слабость) в течение всего срока беременности. И лишь 4 респонденток отрицали любые нежелательные явления во время беременности. Важным предиктором развития возможных осложнений в пре-, интра-, постнатальном периоде была возможность нахождения под медицинским наблюдением во время беременности. Лишь 35% женщин (n = 106) посещали врача во время всех своих беременностей. Наиболее частыми причинами, по поводу которых женщины не посещали врачей, были: отсутствие медицинских центров поблизости, военное положение в регионе, отсутствие дорожно-транспортных сообщений. В 88,2% случаев (n = 270) роды были преждевременными.

Заключение. Тремя наиболее частыми причинами осложнений во время родов стали инфекционные осложнения (66,4%) послеродовое кровотечение (49,8%) и острая дыхательная недостаточность (27,4%). Ключевыми и эффективными мерами по предотвращению материнской смертности в Афганистане являются осуществление доступа к центру по планированию семьи, возможность проведения медикаментозного аборта, экстренная акушерская помощь.

Ключевые слова: материнская смертность, метод анкетирования, Афганистан, послеродовое кровотечение, развивающиеся страны

COMPARATIVE ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY STRUCTURE IN AFGHANISTAN

Mina. A. Gafur¹, Anna V. Fomin¹, Ivad A. Taraki²

¹*RUDN university, Moscow*

²*P. A. Hertsen Moscow Oncology Research Center - branch of FSBI NMRRC of the Ministry of Health of Russia, Moscow*

Afghanistan has long been considered the country with the highest maternal mortality rate in the world. Experts estimate that between 40 and 50% of deaths of women of childbearing age are associated with complications during pregnancy and childbirth.

Aim. To study the medical and social causes of maternal mortality and develop measures to reduce it, taking into account social, religious, medical characteristics in Afghanistan

Materials and methods. The study was conducted using questionnaire method among pregnant women Study included 306 patients among age from 9 to 40 years.

Results. The survey was conducted among the three largest cities in Afghanistan: Kabul as the capital of the country (n = 102), Badakhshan as an economically favorable, developing city (n = 102), and Helmand with an unstable military situation (n = 102). At the same time, the equal distribution of patients admitted to the hospitals of all three cities was taken into account. So, 52.9% of the respondents were from villages, 47.1% from cities. The average age of the respondents was 23 years. According to the frequency of occurrence of adverse events, the majority of pregnant women (n = 104, 34%) noted some of the adverse event during the entire gestation period. And only 4 respondents denied any adverse events during pregnancy. An important predictor of possible complications in the pre, intras, postnatal period was the possibility of being under medical supervision during pregnancy. Only 35% of women (n = 106) visited the doctor during all their pregnancies. However, it should be noted that there are objective reasons for this. The most common reasons why women did not attend the doctors were: the absence of medical centers nearby, the military situation in the region, the lack of transport and roads. In 88.2% of cases (n = 270), the delivery was premature.

Conclusion. The key and effective measures to prevent maternal mortality in Afghanistan are access to: a family planning center, the possibility of medical abortion, emergency obstetric care.

Keywords: maternal mortality, method of questioning, Afghanistan, postpartum hemorrhage, developing countries.

Актуальность. Несмотря на усилия международных медицинских сообществ, прикладываемых к снижению материнской заболеваемости и смертности, наблюдается их рост, что указывает на необходимость осуществления изменений в организации оказания квалифицированной акушерско-гинекологической помощи как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара [1].

По определению ВОЗ, материнская смертность (МС) - это гибель женщины, наступившая в период беременности, родов или в течение первых 42 дней послеродового периода (независимо от продолжительности и локализации гестации), но не от несчастного случая или непредвиденной причины [2].

На протяжении долгого времени Афганистан считается страной с наибольшими показателями материнской смертности в мире. По оценкам специалистов, от 40 до 50% случаев смерти женщин детородного возраста связаны с осложнениями во время беременности и родов. Согласно данным демографического опроса, в 2010 году, риск смерти от летальных осложнений составил 327 на 100 000 живорожденных [3]. Эти показатели выше чем у стран-соседей. Так, в Пакистане 297/100 000 живорожденных в Бангладеше – 194/100 000, в Иране на 2015 год 25 смертей на 100 000 [4].

Женщины в Афганистане имеют ограниченный доступ к системе здравоохранения, по ряду причин: трудности с транспортировкой, ограниченное число медицинских пунктов, низкий доход населения и уровень образования [5]. Большая часть регионов Афганистана имеет горную местность, с неразвитой экономикой, низкими показателями здоровья и низкое число специалистов по охране здоровья матери и ребенка.

Однако, за последние несколько лет, риск материнской смертности существенно снизился в Афганистане. Так в 2003 году, коэффициент материнской смертности был 1600 смертей на 100 000 новорожденных, согласно опросу по смертности репродуктивного возраста (Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS)), что было в 5 раз выше, чем в 2010 году. Показатель пожизненного риска материнской смертности также заметно улучшились в последнее десятилетие. На основе данных 1999–2002 годов из четырех источников Bartlett и коллеги в 2005 году оценили пожизненный риск материнской смертности как 1 к 6, тогда как сейчас, по оценкам AMS одна из 50 афганских женщин погибает из-за осложнений, связанных с беременностью и родами. [6]

В исследовании RAMOS-II, проведенном по аналогичной схеме с исследованием RAMOS-I, оценивались значения МС с 1 января 2008 г. по 16 октября 2011 г. По результатам исследования отмечилось значительное снижение материнской смертности в Афганистане, что связывается авторами с предотвращением несвоевременных беременностей, улучшением качества питания и жилищных условий, а также повышением уровня доступности и качества медицинской помощи. [7].

Выявление материнской смертности: отсутствие демографических данных высокого качества не позволяет точно измерить материнскую смертность [8,9]. В связи с этим для правильной оценки рисков размер выборки должен быть большим.

В глобальном масштабе для установления величины материнской смертности в данном регионе наблюдения используется ряд мер и методов, включающий в себя медицинское освидетельствование при регистрации актов гражданского состояния, опрос домохозяек, записи

результатов переписи и исследования женщин репродуктивного возраста смертности (Ramos), метод анкетирования [9].

Хотя многие из этих методов недостаточно точны, они обеспечивают некоторую базовую информацию о причинах и масштабах материнской смертности. Бедные страны часто применяют свои ограниченные ресурсы не для улучшения программ наблюдения, а для осуществления процессов по снижению материнской смертности.

Немногие развивающиеся страны располагают ресурсами, необходимыми для использования систем регистрации актов гражданского состояния для оценки уровня материнской смертности. В развитых странах информация о материнской смертности определяется в основном из записей актов гражданского состояния [11, 12].

Цель исследования – изучить медико-социальные причины материнской смертности и разработать мероприятия по снижению материнской смертности с учетом социальных, религиозных, медицинских особенностей в Афганистане;

Материалы и методы. Исследование было проведено с помощью метода анкетирования среди рожениц, обратившихся в клинику на консультацию или по поводу скорых родов. В период с декабря 2015 года по август 2017 года в исследование было включено 306 пациенток в возрасте от 9 лет до 40 лет. Анкетирование пациенток проводилось с помощью электронных планшетов и сервиса google forms.

Результаты исследования. Были проанализированы анкеты 306 пациенток в возрасте от 9 до 40 лет. Средний возраст опрошенных респондентов составил 23 года. Стоит отметить, что показатель в 23 года не является ошибкой, а отражением низкого уровня образованности, а также национальных и религиозных особенностей не только в отдаленных областях, но и в более крупных городах. Самый ранний возраст вступления в брак был 8 лет, самый поздний 29 лет, средний возраст вступления в брак составил 15,79 лет.

С учётом высокого разброса медико-социальной характеристики рожениц разных регионов Афганистана, с целью предоставления репрезентативной выборки для отображения всего населения страны было принято решение о проведении анкетирования среди трех наиболее крупных городов Афганистана - г. Кабул как столицы страны (n = 102), г. Бадахшан как экономически благоприятного, развивающегося города (n = 102) и г. Гильменд с нестабильным военным положением (n = 102). В то же время, было учтено равное количественное распределение пациенток, поступивших в госпитали всех трех городов. Так, 52,9% респондентов были из сел, 47,1% - из городов.

Первая по счету беременность была у 112 респондентов (36,6%). Дальнейшее

распределение: вторая беременность n = 28 (9,2%), третья беременность n = 42 (13,7%), четвертая беременность n = 28 (9,2%), пятая беременность n = 22 (7,2%), шестая беременность n = 21 (6,9%), седьмая беременность n = 16 (5,2%), восьмая беременность n = 15 (4,9%), девятая беременность n = 5 (1,6%), десятая беременность n = 17 (5,6%). (Табл.1)

Таблица1

Распределение семей по численности детей

<i>Первая беременность</i>	<i>N= 112, (36,6%)</i>	<i>Пятеро детей</i>	<i>N= 21(6,9 %)</i>
Один ребенок	N= 33 (10,8 %)	Шестеро детей	N=14 (4,6 %)
Двое детей	N=47 (15,4 %)	Семеро детей	N=15 (4,9 %)
Трое детей	N=34 (11,1)	Восемь детей	N=2 (0,7 %)
Четверо детей	N= 21(6,9 %)	Девять детей	N=7 (2,3 %)

Разница между данными этого вопроса и предыдущего объясняется высокой смертностью в раннем детском возрасте. Среди опрошенных, 88 женщин (28,8 %) отметили нежелательные явления во время первого триместра беременности, 26 женщин (8,5 %) во время второго триместра 26 (8,5 %) и 84 (27,5 %) во время третьего триместра. Стоит отметить, что большая часть беременных женщин (n= 104, 34 %) отмечали те или иные нежелательные явления в течение всего срока беременности. И лишь 4 респондента отрицали любые нежелательные явления во время беременности.

Вопрос «посещали ли вы врача во время беременности» был сформирован с учетом наличия большого числа женщин с нежелательными явлениями во время беременности. Лишь 35% женщин (n=106) посещали врача во время всех своих беременностей. Только в эту беременность посетили врача 56 женщин (18,5 %). Среди всех опрошенных женщин, 46,5 % (n=141) не посещали врача во время беременности.

Роды в медицинских учреждениях были у 154 женщин (50,5%), тогда как на дому были зарегистрированы роды у 141 респондентов (46,2 %). Система фельдшерско-акушерских пунктов слабо развита в Афганистане на момент опроса - лишь 10 женщин (3, 3%) рожали в условиях фельдшерско-акушерских пунктов. Более чем в 46,7 % случаев (n=143) роды были приняты врачами акушер-гинекологами, в 16,7 % (n= 51) акушерками и в 35,3 % (n=108) повитухами. Роды без посторонней помощи на дому были зарегистрированы в 1,3 % (n=4).

Осложнения при родах были зарегистрированы в 80% случаев.

В 88,2% случаев (n=270) роды были преждевременными. Такой большой процент родов раньше срока обусловлен рядом причин, связанных со здоровьем беременной, состоянием плода, течением беременности, социально-биологическими условиями. Среди материнских факторов этому могут способствовать экстрагенитальные заболевания, которые не были тщательным образом выявлены вовремя планирования беременности или в ранние сроки и не были скорректированы по необходимости.

В ряде случаев преждевременные роды обусловлены состоянием плода, генетическими и иными нарушениями. Одним из исходов может явиться биологическая отторжение плода в виде выкидыша. В других случаях могут развиваться преждевременные роды. Частота развития преждевременных родов напрямую зависит от социально-биологических условий, в которых протекает беременность. Триггерами провокации могут быть тяжелый физический труд, чрезмерные эмоциональные нагрузки, неудовлетворительное питание, вредные привычки. Подавляющее большинство респондентов 65% (n=199) не работало на момент опроса. И лишь 35 % (n=107) работали на момент опроса.

Был проведен подгрупповой анализ причин осложнений во время родов. Тремя наиболее частыми причинами осложнений во время родов стали инфекционные осложнения (66,4%) и послеродовое кровотечение (49,8%) и острая дыхательная недостаточность (27,4%).

Респонденты отмечали, что самыми частыми нежелательными явлениями в течение трех триместров беременности были: боль в спине, тошнота и рвота (Рис. 1).

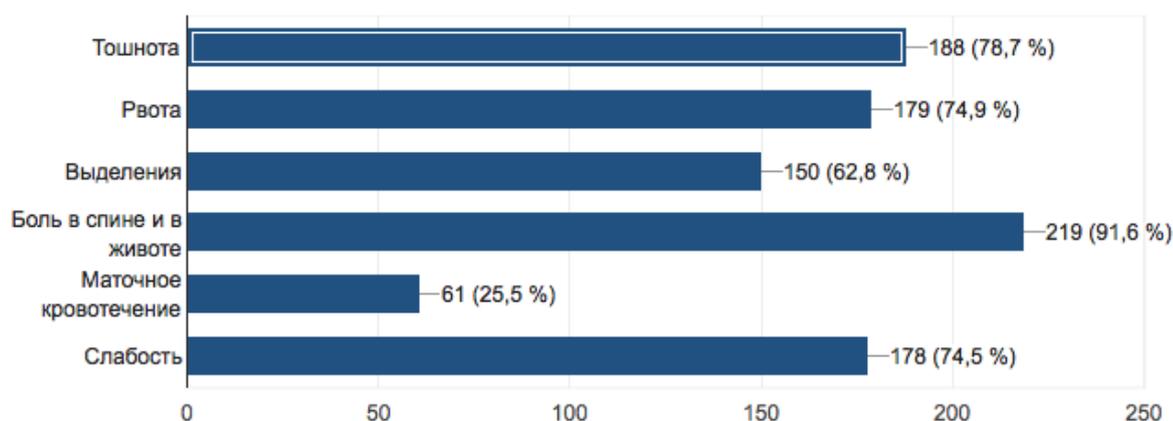


Рисунок 1. Какие нежелательные явления были во время родов?

Наиболее частыми причинами, почему женщины не посещали врачей были: отсутствие медицинских центров, военное положение в регионе, отсутствие транспорта и дорог. В 88,2 % случаев (n=270) роды были преждевременными. Вероятнее всего такой большой процент родов раньше срока обусловлен комплексом причин: связанные со здоровьем беременной, состоянием плода, течением беременности, социально-биологическими условиями. Среди материнских факторов могут способствовать экстрагенитальные заболевания, которые не были тщательным образом выявлены во время планирования беременности или в ранние сроки и скорректированы по необходимости.

В ряде случаев преждевременные роды обусловлены состоянием плода, генетическими и иными нарушениями. Одним из исходов может явиться биологическая попытка отторжения плода в виде выкидыша. В других случаях могут развиваться преждевременные роды.

Частота развития преждевременных родов напрямую зависит от социально-биологических условий, в которых протекает беременность. Триггерами провокации могут быть: тяжелый физический труд, чрезмерные эмоциональные нагрузки, неудовлетворительным питанием, вредными привычками.

Заключение. Несмотря на военное состояние в стране и низкий уровень жизни, за прошедшее десятилетие Афганистан на основе проводимых реформ здравоохранения, подготовки и обучении акушерок, добился значительного прогресса в репродуктивном здоровье, снижении материнской смертности.

Однако доступность медицинской помощи остается проблемой, и существующие модели родовспоможения имеют явные издержки. Для поддержания и дальнейшего развития медицинской помощи беременным в Афганистане необходимо сосредоточиться на инвестициях в улучшение социальных аспектов жизни, выполнять экономически эффективные вмешательства для решения основных причин материнской смертности и новорожденных.

Ключевыми и эффективными мерами по предотвращению материнской смертности в Афганистане является осуществление доступа к центру по планированию семьи, доступность медицинских центров, возможность проведения медикаментозного аборта, экстренная акушерская помощь.

Список литературы

1. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, et al. *Lancet*. 2014;384(9947):980–1004.

2. Leontine Alkema-Doris Chou-Daniel Hogan-Sanjian Zhang-Ann-Beth Moller-Alison Gemmill-Doris Fat-Ties Boerma-Marleen Temmerman-Colin Mathers-Lale Say, Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, *The Lancet* Published Online November 12, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-)

3. Afghanistan Mortality Survey 2010. Available from: <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr248-other-final-reports.cfm>

4. Fauveau V, Stewart K, Khan SA, Chakraborty J. Effect on mortality of community-based maternity-care programme in rural Bangladesh. *Lancet*. 1991 Nov 9;338(8776):1183-6.

5. Carvalho N, Salehi AS, Goldie SJ. National and sub-national analysis of the health benefits and cost-effectiveness of strategies to reduce maternal mortality in Afghanistan. *Health Policy Plan*. 2013 Jan;28(1):62-74. DOI: 10.1093/heapol/czs026

6. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards *Lancet*. 2010 May 8;375(9726):1609-23. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60518-1

7. Progress and inequities in maternal mortality in Afghanistan (RAMOS-II): a retrospective observational study. Bartlett L, LeFevre A, Zimmerman L, Saeedzai SA, Turkmani S, Zabih W, Tappis H, Becker S, Winch P, Koblinsky M, Rahmanzai AJ. *Lancet Glob Health*. 2017 May;5(5):e545-e555. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30139-0. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2017 Dec;5(12):e1191

8. Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *Am J Public Health*. 2005 Mar;95(3):478-82. DOI: 10.2105/AJPH.2004.040063

9. Graham W, Ahmed S, Stanton C, Abou-Zahr C, Campbell O. Measuring maternal mortality: An overview of opportunities and options for developing countries. *BMC Med*. 2008 May 26;6:12. DOI: 10.1186/1741-7015-6-12.

10. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2). Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, et al., editors. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2016 Apr 5.

11. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency

Group. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):462-74. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

12. MacDorman MF, Declercq E, Cabral H, Morton C. Recent Increases in the U.S. Maternal Mortality Rate. *Obstet Gynecol*. 2016 Sep;128(3):447-55. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001556

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Мина Абдул Гафур - аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского Института РУДН, ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, 117198
e-mail: ghafur.mina@yandex.ru, ORCID 0000-0002-1396-9895, SPIN 1976-5178

Анна Владимировна Фомина - доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института РУДН, ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, 117198, e-mail: anutyk74@mail.ru,
ORCID 0000-0002-2366-311X, SPIN 5385-2586

Ивад Ахмадович Тараки - врач-уролог, Московский научно-исследовательский институт онкологии им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, 117198, e-mail: hewad@yandex.ru
ORCID 0000-0002-1870-3607

About the authors

Mina A. Gafur - Postgraduate Student, Department of Public Health, Health and Hygiene Medical Institute RUDN, ul. Miklouho-Maclay, 6, e-mail: ghafur.mina@yandex.ru
ORCID 0000-0002-1396-9895, SPIN 1976-5178

Anna V. Fomina - Doctor of Pharmacy, Professor, Head of the Department of Public Health, Health and Hygiene, Medical Institute, RUDN University, ul. Miklouho-Maclay, 6, Moscow, 117198
e-mail: anutyk74@mail.ru, ORCID 0000-0002-2366-311X, SPIN 5385-2586

Ivad Taraki - urologist, Moscow Research Institute of Oncology. P.A. Herzen - Federal State Budgetary Institution National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, 3 2nd Botkinsky drive, Moscow, 125284, e-mail: hewad@yandex.ru
ORCID 0000-0002-1870-3607

Статья получена: 07.07.2019 г.
Принята в печать: 02.08.2019 г.