



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659121

ПРОУЧВАНЕ НА СМЪРТНОСТТА НА РОДИЛКИТЕ В БЪЛГАРИЯ ЗА ПЕРИОДА 2010 – 2020 ГОДИНА

АВТОРИ:

ДОЦЕНТ Д-Р НИКОЛА ВАСИЛЕВ, Д.М. –
специалист по медицинските специалности „Акушерство и гинекология“ и „Обща и
клинична патология“
Д-Р РУМЕН ВЕЛЕВ, Д.М. –
специалист по медицинската специалност „Акушерство и гинекология“
Д-Р ДАРИНА МИНЕВА, Д.М. –
главен експерт в дирекция ММДДД

В изпълнение на Заповед № РД-17-9/07.06.2021 г. на управителя на НЗОК бе проведено проучване на смъртността на родилките в България за периода 2010 – 2020 година чрез прилагането на документален метод.

Проучването на смъртността на родилките в България за периода 2010 – 2020 г. е в контекста на проблема за майчината смъртност в света, поради установените тревожни статистически данни през последните години за смъртността, във връзка с предотвратими причини, квалификацията на лекарите, социалния и образователния статус на родилките и други фактори.

Целта на изследването е да се проучи майчината смъртност в България за периода 2010-2020 г. и да се установят демографските данни, репродуктивната анамнеза, придружаващите заболявания, спешните състояния, възниквали в хода на бременността и раждането, усложненията и лекарското поведение, начина на родоразрешение и състоянието на новороденото.

Използван е **ретроспективен метод**, базиран на данни от История на заболяването (ИЗ), история на бременността и раждането (ИБР), аутопсионни протоколи, епикризи, протоколи от проверки на Медицински одит, обхващащо общо 66 (шестдесет и шест) случая. Данните са обработени чрез авторски разработен въпросник с 65 (шестдесет и пет) въпроса, които включват повече от 10 (десет) отговора.

Предвид че настоящото проучване за смъртността на родилките изследва данните за настъпилата смърт непосредствено по време на акта на раждането, то може да се разглежда като част от майчината смъртност. Последната е фактор за майчиното здраве и влиза в съображение за функционалното състояние на здравната система на всички нива, и качеството на живот на жената.

Според Световната здравна организация (СЗО) майчината смъртност се дефинира като „Смърт на жена по време на бременност или в рамките на 42 (четиридесет и два) дни след прекъсване на бременността, независимо от продължителността и мястото на

бременността – от каквато и да е причина, свързана или влошена от бременността, но не и от случайни причини“.

Резултатите от проучването са представени в натурални стойности за смъртност на родилките – брой случаи. Данните, които получихме от Национален център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА) и данните на СЗО представят показателя майчина смъртност в относителни стойности – промили за същия период, са представени в таблица 1.

Таблица 1 Данни за смъртността на родилките в България от три източника

Година	Резултати от проучването - бр. случаи	Резултати на НЦОЗА ‰	Резултати на СЗО ‰
2010 г.	2	6	6
2011 г.	5	2	2
2012 г.	3	3	3
2013 г.	5	8	7
2014 г.	10	5	5
2015 г.	6	4	7
2016 г.	4	2	-
2017 г.	9	5	6
2018 г.	6	4	-
2019 г.	8	-	-
2020 г.	8	-	-
Общо	66	39	36

През изследвания период стойностите на майчината смъртност в България са идентични със стойностите на СЗО за света. Общата разлика от 39 ‰ за България и 36 ‰ за СЗО е в резултат на липса на данни за 2019 г. и 2020 г.

Прави впечатление известното разминаване между данните за броя починали родилки в нашето проучване и това на НЦОЗА, което е особено подчертано през 2019 г., когато бе обявена нулева майчина смъртност. Ние отчитаме 8 случая. Една от възможните причини за това е, че когато пациентите се превеждат от родилно отделение в ОАИЛ в многопрофилните болници, на същата се издава нова история на заболяването (ИЗ)/ история на бременността и раждането (ИБР), в която е отбелязано „Състояние след раждане по нормален механизъм или след цезарово сечение“ и водеща диагноза е съответното усложнение, например: *Шок или Остра сърдечно-съдова недостатъчност (ОССН) или Остра дихателна недостатъчност (ОДН)*. Тъй като по-голямата част от тези случаи са в многопрофилни болници, това може да се очертае като основен проблем, даващ отражение върху неправилното отчитане на майчина смъртност.

Резултатите от проучването на смъртността при родилките през изследвания период показват покачване на смъртността от началото на периода (2 случая от всички раждания) в сравнение с края му, където стойностите остават трайни (8 случая от всички раждания) и описват вълнообразна крива, с два пика през 2014 година (10 случая) и 2017 година (9 случая), един спад през 2016 година (4 случая) и стабилно състояние през 2019 и 2020 година (8 случая) при средно аритметична стойност от 6 случая и медиана 6 случая (таблица 1, фигура 1).

Фигура 1 Динамика на данните за общата смъртност на родилките в България през периода 2010 – 2020 година



Данните на графиката са посочени в брой случаи. Ако трябва да бъдат преизчислени към брой случаи на 100 000 раждания ще се получи подобна крива със същите флукуации. Това може да бъде обяснено с два факта. Първо сравнително неголемият брой случаи като абсолютна стойност и второ – ниският брой раждаемост в България – около 60000 бебета / годишно. Така че единични случаи на неблагоприятие могат да оказват голямо въздействие върху статистиката.

В хода на проучването са изследвани факторите за смъртност сред родилките – групирани, както следва:

1. Общи фактори за смъртност при родилките;
2. Фактори за смъртността на родилките, свързани с бременността;
3. Фактори за смъртността на родилките, свързани с раждането;
4. Фактори за смъртността на родилките в ранния партален период;
5. Фактори за смъртността на родилките в пуерпериума;
6. Данни за смъртността на родилките за целите на здравната статистика.

1. Общи фактори за смъртност при родилките

Разпределението на данните за смъртността при родилките по населеното място по критериите: 1) място на протичане на бременността; 2) място на раждане; 3) място на смъртта, което дава информация за нивото/качеството на изпълнение на медицинската дейност в акушерството по нива на здравната система.

Данните на таблица 2 от Приложение № 1 показват отклонения в наблюдението на бременността в извънболничната помощ в регионите – София-град, Русе, Пловдив и Бургас (Таблица 2).

Таблица 2 Разпределение смъртността при родилките по населено място в България през периода 2010 – 2020 година.

Населено място	Място на протичане на бременността	Място на раждане	Място на смъртта
София-град	10	17	17
Бургас	2	8	8
Стара Загора	5	5	5
Пловдив	3	5	5
Варна	4	4	4
Русе	3	4	4

Има още 21 населени места, където са станали под 3 случая за периода.

Разпределението на данните за смъртността при родилките по вид лечебно заведение показва концентрация ѝ в държавните /областните болници и държавните университетски и специализирани болници. В държавни болници случаите са общо 48 постъпили и 49 починали, в общински болници случаите са 10 постъпили и 9 починали, в частни болници случаите са 5 постъпили и 5 починали. Извън лечебно заведение е станало едно раждане и 2 жени са починали в линейка, по пътя към друго лечебно заведение (Таблица 3).

Таблица 3 Разпределение на данните за смъртността при родилките по вид лечебно заведение в България през периода 2010 – 2020 година.

Лечебно заведение	Място на раждане	Място на настъпване на смъртта
Държавна МБАЛ	25	23
Държавна УМБАЛ	13	16
Държавна УСБАЛАГ	8	8
Общинска СБАЛАГ	6	5
Общинска МБАЛ	4	4
Частна МБАЛ	2	2
Частна УСБАЛАГ	2	2
Държавна СБАЛАГ	2	1
Извън лечебно заведение	1	2

След направен разрез на разпределение на случаите по възраст и индекс на телесна маса (ИТМ) се установи, че смъртността е във възрастовите групи 20-29 години, последвани от групите 35-39 години и 30-34 години. Като причина може да се счита естествен фактор – честота на бременността. При изследване на ИТМ прави впечатление, че преобладават групите с по-висок индекс, което е важен фактор за определяне на последния като един от елементите на рисковата бременност. (Таблица 4 и таблица 5).

Таблица 4 Разпределение на данните за смъртността при родилките по възраст в България през периода 2010 – 2020 година.

Възрастова група	Брой
Под 20 год.	1
20-29 год.	23
30-34 г.	17
35-39 год.	19
40-44 год.	4
45 и повече год.	2

Таблица 5 Разпределение на данните за смъртността на родилките по индекс на телесна маса в България през периода 2010 – 2020 година.

Индекс телесна маса	Брой
Под 18,5	1
18,5-24,9	8
25-29,9	18
30-39,9	16
40 и повече	3

2. Фактори за смъртността при родилките, свързани с бременността

При 64 от случаите бременността е била едноплодна, при един случай – двуплодна, а за един случай няма данни. Майчината смъртност се е случвала в обсега на 38-41 и 34-37 гестационна седмица (г.с). (Таблица 6).

Таблица 6 Разпределението на данните за смъртността на родилките по гестационна възраст в България през периода 2010 – 2020 година.

Гестационен срок	Брой
20 ⁺⁰ – 26 ⁺⁶	1
27 ⁺⁰ – 33 ⁺⁶	12
34 ⁺⁰ – 37 ⁺⁶	22
38 ⁺⁰ – 41 ⁺⁶	26
N/A	5

По поредност на настоящата бременност, се установи: Primigestae = 18 случая; Secundigestae = 14 случая; Multigestae = 27 случая (Таблица 7).

Таблица 7 Разпределение на данните за смъртността при родилките по поредност на настоящата бременност в България през периода 2010 – 2020 година.

Поредност	Брой
Първа бременност	18
Втора бременност	14
Трета бременност	13
Четвърта бременност	6
>4 прекарани бременности	7
N/A	7

Анализирана е смъртността на родилките по начина на раждане и по брой цезарови сечения. Установи се, че смъртността е най-голяма при случаите със спешно цезарово сечение, следвана от случаите на нормално раждане и планово цезарово сечение. Не може да се направи пряка причинно-следствена връзка между начина на раждане и смъртността, тъй като случаите са много малко и в голям процент от тях причините, довели до извършване на спешно цезарово сечение, се явяват и причини за смъртта (Таблица 8 и Таблица 9).

Таблица 8 Разпределение на данните за смъртността при родилките по брой раждания в България през периода 2010 – 2020 година

Раждания	Брой
0	28
1	18
2	6
3	2
>4	4
N/A	8

Таблица 9 Разпределение на данните за смъртността при родилките по начин на раждане в България през периода 2010 – 2020 година.

Начин на раждане	Брой
Нормално раждане	18
Планово цезарово сечение	7
Спешно цезарово сечение	41

Бяха събрани данни за наличие на придружаващи заболявания, разделени в следните групи:

- Екстрагестационна генитална болест – маточни миоми (2 пациенти), доброкачествен аднексиален тумор (1 пациент), стерилитет и IVF (1 пациент);
- Екстрагестационна екстрагенитална болест – компенсирана кардиопатия (2 случая), хипертонична болест (2 случая), декомпенсирана кардиопатия (1 случай), пневмопатия (2 случая), солиден тумор (2 случая), заразни болести (2 случая, от които един е на COVID-19), прекарана сърдечна операция (1 случай), психично разстройство (2 случая), трепанация на череп (1 случай), други (5 случая);
- В 37 от случаите липсват придружаващи заболявания.

Водещи причини за майчината смъртност по водеща гестационна болест са: гестационната хипертония, плацента превия и антенатална загуба на плода. По-редки причини са плацента акрета и абрупцио плаценте (Таблица 10).

Таблица 10 Водеща гестационна болест в България през периода 2010 – 2020 година.

Вид заболяване	Брой
Няма такава	24
Гестационна хипертония	15
Placenta praevia	6
Аntenатална загуба на плода	6
Присадена гестационна хипертония	3
Placenta accreta	2
Abruptio placentae	2
Гестационен диабет	2
Хориоамнионит	1
Placenta increta	1

Водещите причини за майчината смъртност във връзка със Спешни ситуации ante partum, са HELLP синдром, хипертонична криза, еклампсия (Таблица 11).

Таблица 11 Спешни ситуации ante partum в България през периода 2010 – 2020 година.

Водеща спешна ситуация	Брой	Допълнителна спешна ситуация	Брой
Няма такава	35	Няма такава	48
HELLP	8	ДИК	3
Хипертонична криза	4	ОБН	1
Трайно нарушено съзнание	3	Мозъчен оток	1
Екламптичен гърч	2	Сепсис	1
Тежка асфиксия на плода	2	Тежка асфиксия на плода	5
Шок	1	Шок	1
Ruptura uteri	1	Двустранна долна пареза	1
Placenta praevia с кървене	1		
Abruptio placentae	1	Abruptio placentae	1
Остра психоза	1		

Водещите причини за майчината смъртност във връзка с лекарска намеса ante partum, са HELLP синдром, хипертонична криза, еклампсия (Таблица 12).

Таблица 12 Намеса ante partum в България през периода 2010 – 2020 година.

Водеща намеса	Брой
Няма такава	34
Превеждане в сектор за интензивни грижи	6
Мониториране на майката	8
Индукция на раждането	3
Спешно цезарово сечение	16 (от тях – 2 s. parva)
Хистеректомия	1
Кръвопреливане	1
Интубация извън операционна зала	1
Животоспасяващи лекарства	2

Водещите причини за смъртността при родилките във връзка с лекарска намеса ante partum, са спешно цезарово сечение, мониториране на майката и превеждане в сектор за интензивни грижи (Таблица 13).

Таблица 13 Водещо усложнение на намесите ante partum в България през периода 2010 – 2020 година.

Водещо усложнение	Брой
Няма такова	56
Сепсис	2
Хеморагични усложнения	2
Тромбоемболични усложнения	1
Хорионамнионит	1
Локална инфекция	1

3. Фактори за смъртността при родилките, свързани с раждането

Водещите причини за майчината смъртност, поради усложнение при вагинално раждане са пролапс на дребна част и динамичната дистокия (Таблица 14 и таблица 15).

Таблица 14 Водещи усложнения при вагинално раждане в България през периода 2010 – 2020 година.

Водещо усложнение	Брой
Пролапс на дребна част	3
Личностно разстройство	1
Екламптичен гърч	1
Abruptio placentae	1
Placenta increta	1
Аntenатална асфиксия на плода	1
Плацентарна задръжка	1
Динамична дистокия	3

Таблица 15 Водеща намеса при вагинално раждане в България през периода 2010 – 2020 година.

Намеса	Брой
Налагане на форцепс	1
Вакуум екстракция	1
Раждане с епизиотомия	3
Мануална екстракция на плацентата	1

Изследвани са видовете оперативни достъпи при извършване на цезарово сечение, като те показват, че преобладаващ достъп е напречният разрез по Pfannenstiel, следван от долната срединна лапаротомия (Таблица 16).

Таблица 16 Раждане с цезарово сечение в България през периода 2010 – 2020 година – вид оперативен достъп.

Коремн разрез	Брой
Напречен разрез по Pfannenstiel	37
Долна срединна лапаротомия	5
Друг напречен разрез	1
N/A	5

Най-честите интраоперативни усложнения по време на цезаровите сечения са ексцесивната кръвозагуба, която е посочена като самостоятелен фактор в девет от случаите, но участва и в случаите с Placenta praevia/accreta (2случая) и Маточна хипотония (4). Като друго водещо усложнение може да се посочи повишаване на кръвното налягане (при прееклампсия и НЕЕЛР и сърдечно-съдовите усложнения). Не на последно място трябва да посочим и чисто оперативните усложнения като увреждане на съседните органи в хода на извършване на цезаровото сечение.

Таблица 17 Водещо интраоперативно усложнение на цезарово сечение в България през периода „2010 – 2020 година“.

Усложнение	Брой
Няма такава	25
Ексцесивна кръвозагуба	9
Амниотична емболия	3
Ритъмни нарушения	4
Гърч	2
Placenta accreta/increta/percreta	2
Маточна хипотония/атония	3
Хипертонична криза	2
Срив в сърдечната дейност („сърдечен арест“)	2
Увреждане на съседни органи	2
Хипотония	1
Остра дихателна недостатъчност	1

4. Фактори за смъртността при родилките в ранния период пост партум

Водеща причина за майчината смъртност в ранния постпартален период са отново хеморагичните усложнения, като тук те са особено подчертани и се очертават като най-честата причина за майчината смъртност. На второ място можем да изтъкнем травматичните усложнения след раждане и усложненията след неовладени хипертонични състояния (**Таблица 18**).

Таблица 18 Водещо усложнение, установено в ранния постплацентарен период в България през периода „2010 – 2020 година“.

Усложнение	Брой
Няма такава	27
Маточна хипотония/атония	13
Друга хеморагия	7
Преразходна коагулопатия	13
Ретроперитонеален хематом	2
Гърч	2
Амниотична емболия	2
Тежък майчин травматизъм	1
Ръбцова руптура на матката	1
Умерен майчин травматизъм	2
Хеморагичен шок	3

Сепсис	1
Бронхоспазъм	1
Остра сърдечно-съдова недостатъчност	1
Ритъмни нарушения	1

На базата на изследваните по-горе причини, като посочените в медицинските документи, с които разполагахме, водещи спешни ситуации, довели до майчина смърт са посочени шок, ОССН, гърч или кома. Тези състояния са следствие на етиологичната причина, а не пряка причина за настъпване на майчина смърт и в това също може да търсим причина за неправилното отчитане на майчината смъртност (**Таблица 19**).

Таблица 19 Водеща спешна ситуация post partum в България през периода „2010 – 2020 година“.

Водеща спешна ситуация	Брой	Друга спешна ситуация	Брой
Няма такава	19	Няма такава	45
Шок	19	Спиране на сърцето	3
ОСС	7	ОСС	3
ОДН	6	ОДН	2
Трайно нарушено съзнание	4	Трайно нарушено съзнание	3
ОБН	3	ШОК	2
Чернодробна кома	1	ДИК синдром	3
Гърч	1	HELLP	1
Ритъмни нарушения	1	Ритъмни нарушения	
Маточна хипотония/атония	1	Хипертонична криза	1
Амниотична емболия	1		
Хеморагия	1		
ДИК синдром	1		

Таблица 20 показва водещите лекарски намеси в процеса на активна реанимация и борбата за спасяване на живота на родилката. Голяма част от тези случаи включват задължителните стандартни мероприятия, прилагани в подобни ситуации като: мониториране, прилагане на животоспасяващи лекарства, интубиране и кардиопулмонална ресусцитация. По-специфични са чисто акушерските намеси, като: хистеректомия, извършена в 12 от случаите, пробна лапаротомия с обшиване на хематоми и превеждане на пациентката в друго лечебно заведение. Случаите с перипартална хистеректомия ще бъдат изследвани допълнително и резултатите от това ще бъдат посочени на втори етап.

Таблица 20 Водеща намеса post partum в България през периода „2010 – 2020 година“.

Намеса	Брой	Друга намеса	Брой
Няма такава	12	Мониториране на родилката	14
Животоспасяващи лекарства	10	Животоспасяващи лекарства	21
Интубация	10	Интубация извън операционна зала	4
Хистеректомия ± аднекси	8	Хистеректомия ± аднекси	6
Инструментална ревизия на мат. кухина	4	Компресионни шевове	1
Мануална и инструментална ревизия на мат. кухина	2	Кръвопреливане	3
Маточно-влагалищна тампонада	1	Маточно-влагалищна тампонада	3
Релапаротомия	4	Превеждане в друго лечебно заведение	1
Обшиване на хематом	1	Обшиване на хематом	1
Мониториране	1		
Хемотрансфузия	3		

5. Фактори за смъртността при родилките в пуерпериума

При анализ на установените усложненията, възникнали в периода на пуерпериума се установяват преобладаващо тромбоемболичните, хипертоничните и възпалителните усложнения. Това съответства на установената в практиката връзка между причините за смъртта и времето за нейното настъпване, а именно: че тези усложнения са характерни за по-късно настъпващата смъртност между първи и седми постпартален ден (**Таблица 21**).

Таблица 21 Водещо усложнение на пуерпериума в България през периода „2010 – 2020 година“.

Водещо усложнение	Брой	Друго усложнение	Брой
Няма такава	31	Мозъчен оток	1
Тромбоемболични усложнения	7	Тромбоемболични усложнения	1
Родилен сепсис	5	Родилен сепсис	1
Късни постпартални хеморагии	4	Полиорганна недостатъчност	3
Хипертонична криза	2	Ранева инфекция	1
ДИК	2	Дехисценция на оперативна рана	1
Остра дихателна недостатъчност	2	Сърдечен арест	1
Кома	2		
Двустрани пневмония	2		
Остър исхемичен инсулт	1		
Хидронефроза от лигирани уретери	1		
Хронична бъбречна недостатъчност	1		
Хипотония на матката	1		

При намесите в периода на пуерпериума преобладават реанимационните мероприятия като: интубация, превеждане в ОАИЛ, прилагане на животоспасяващи лекарства и по-рядко хирургични намеси (**Таблица 22**).

Таблица 22 Водеща намеса в пuerпериума в България през периода „2010 – 2020 година“.

Водеща намеса	Брой	Друга намеса	Брой
Няма такава	40	Няма такава	49
Животоспасяващи лекарства	5	Животоспасяващи лекарства	8
Превеждане в ОАИЛ	5	Релaparотомия	1
Маточно-влагалищна тампонада	1	Хемодиализа	3
Хистеректомия	1	Инцизия и дренаж на хематом	1
Интубация	3	Интубация	7
КПР	4	КПР	3
Превеждане в друго лечебно заведение	2	Отстраняване на панкреасна киста	1
Друстранна нефростома	1		
Рерафия на коремна стена	1		

Най-често смъртността при родилките настъпва до седмия ден от раждането. При 20 случая е регистрирана до 24-ия час, при 19 случая - между 15-ия час и 7-ия ден и при 16 случая след 7-я ден (**Таблица 23**).

Таблица 23 Време на настъпване на майчината смъртност в България през периода „2010 – 2020 година“.

Време на настъпване	Брой
Интрапартално	11
Постпартално до 24-ия час	20
Постпартално от 25-ия час до 7-ия ден	19
Постпартално след 7-ия ден	16

6. Данни за смъртността на родилките за целите на здравната статистика

Като непосредствена причина за смърт на родилките при 18 случая е регистрирана ОСН и ОДН, при 12 случая - хеморагичен шок; при 8 случая - ОСС; при 7 случая – ОДН и при 7 случая – сепсис. От тази статистика не става ясно каква е етиологичната причина, довела до тези състояния, водещи до смъртта на пациентката. Затова по-надолу анализирахме етиологичните причини, доколкото това беше възможно на базата на медицинските документи (**Таблица 24**).

Таблица 24 Causa mortis според медицинската документация в България през периода „2010 – 2020 година“.

Основна причина	Брой	Добавъчна причина	Брой
ОСН и ОДН	18	ОСН и ОДН	2
Хеморагичен шок	12	Хеморагичен шок	5
ОСС	8	ОСС	4
ОДН	7	ОДН	4
Полиорганна недостатъчност	7	Полиорганна недостатъчност	8
Сепсис	3	Сепсис	3
Мозъчна смърт	2	Мозъчна смърт	1
Масивна пневмония	2		
ОБН	2	ОБН	2
ДИК	2	ДИК	2
Амниотична емболия	2	COVID-19	2
Исхемичен мозъчен инсулт	1	Исхемичен мозъчен инсулт	1
		БТЕ	3
		Прееклампсия	3
		Агресивен рак	1
		Няма такава	26

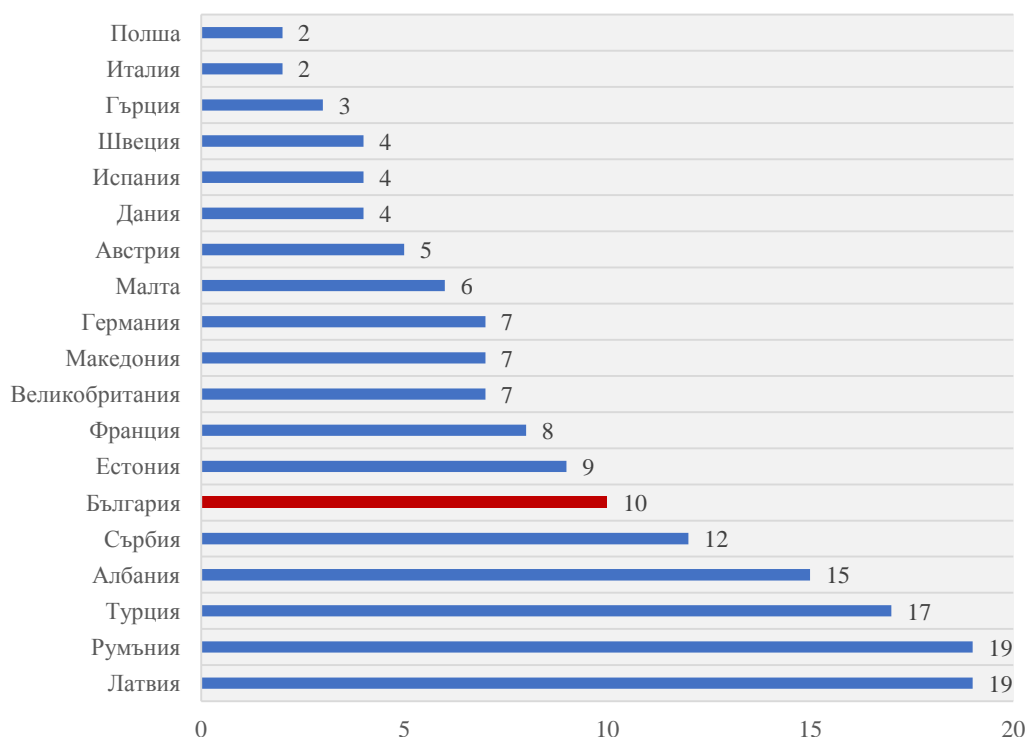
Като основна причина за смърт на родилките при 10 случая е посочена амниотична емболия, при 8 – постпартална хеморагия; при 7 – сепсис, при 6 – белодробен емболизъм (Таблица 25).

Таблица 25 Основни причини за смъртността при родилките в България през периода „2010 – 2020 година“.

Директни причини	Брой	Индиректни причини	Брой
Хеморагия интрапартална	5	Сърдечносъдови заболявания	3
Хеморагия постпартална	8	Пневмония	3
Атония	5	COVID-19	2
ДИК	2	Исхемичен мозъчен инсулт	2
Сепсис	7	Злокачествено заболяване	1
Белодробен тромбоемболизъм	6	Гърч с неясна етиология	2
Амниотична емболия	10		
Прееклампсия, еклампсия	9		
Общо	52 (79%)	Общо	14 (21%)

При анализа са сравнени данните за майчина смъртност през 2017 година между страните в Европа и тези за България (фигура 2). Данните за България се отнасят към страните с висока майчина смъртност и представляват един от двата върха от **фигура 1**.

Фигура 2 Починали пациенти по време на бременност, раждане и послеродов период на 100 000 живородени в Европа за 2017 г.

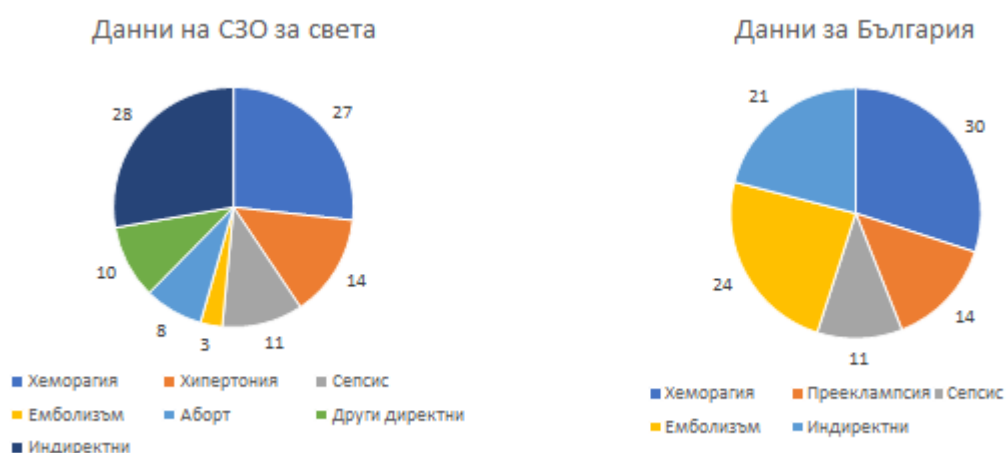


Източник: Say L et al., 'Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis' *Lancet Global Health*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X), May 6, 2014.

За да бъде анализирана вълнообразната крива от данните от **Фигура 1**, е необходимо да бъдат определени факторите на вътрешната среда на здравната система и външната

среда, имащи отношение към двата пика през 2014 и 2017 г. и спадът през 2016 г., както и задържането на майчината смъртност на едно ниво през последните две години. Това е обект на друго по-мощно научно изследване за влиянието на икономическите, социалните и здравните фактори върху майчиното здраве.

При анализа на водещите причини можем да установим следните закономерности: В страните с добре развита акушеро-гинекологична помощ преобладават индиректните причини за смъртност, а в останалите страни водещи са директните причини. За България, на базата на този период, директните причини са 79%, а индиректните 21% (подобно е разпределението и в Румъния за 2017 г). Друго, което прави впечатление е високият дял на тромбоемболитичните причини - 24% за България. Този факт със сигурност се нуждае от допълнително изследване, както като непосредствена причина, така и за анализ на рисковите фактори (например: висок ВМІ) и за последващата профилактика. В документите, които изследвахме липсват данни за майчина смъртност при на извършване на аборт.



В аспекта на общественото здраве, мащабът на проблема за майчината смъртност надхвърля границите на акушерската проблематика и акушерския времеви период и дългосрочно рефлектира върху майчиното здраве и детското здраве. За майката и детето би трябвало да се мисли като за една единица при предоставянето на здравна грижа, поради няколко причини:

1. Периодът на развитие на фетуса е около 40 седмици. През този период, той получава всички хранителни вещества и кислород от майчината кръв.
2. Здравето на детето е сложно свързано с майчиното здраве
3. Болестите от които страда майката през бременността, увреждат здравето на фетуса.
4. Дори след раждането детето е зависимо за своето хранене от майката най-малко през първата година на живота си.
5. През първите няколко години от живота на детето, посещенията им в здравната служба е едновременно.
6. Менталното и социално развитие на детето също зависи от майката, защото тя е най-ранният учител на детето. Смъртта на майката е причина за Синдрома на майчина депривация.

Това поставя въпроса за майчината заболяемост и свързаната с нея смъртност през бременността, тяхната профилактика и лечение и организацията на здравната система.

Заболяванията, свързани с бременността са: анемия, инфекции на уринарния тракт, други общи антенатални проблеми, като антенартум хеморагия, хипертония и други,

пуерперален сепсис, усложнения на самото раждане, самата бременност предразполага към инфекции.

Настоящото проучване за майчината смъртност се базира само на медицинската документация от болниците. Липсват данни за медицинската грижа от извънболничната и спешната помощ. Липсват данни за управление на клиничното състояние при манифестни и латентни състояния през бременността.

Изводи:

1. Не всички болници са предоставили данни за проучването за смъртността на родилките в България.
2. Някои от данните, смъртността при родилките, предоставени от болниците не са пълни – липсват патологоанатомични протоколи или ИЗ-та (ИБР).
3. Получените данни за проучването за смъртността на родилките дава информация в тесен контекст – акушерството на нивото на болничната помощ, като липсват данни за оказваната медицинска помощ (по обем, вид, място и други критерии) през целия период на бременността.
4. Налице е неправилно отчитане на смъртността при родилките (майчината смъртност), когато раждането протича с усложнения (шок, остра сърдечна недостатъчност или остра дихателна недостатъчност), при условията на Национален рамков договор за медицински дейности (НРД за МД) 2020-2022г., тъй като раждането и тези усложнения се отчитат като две отделни състояния/основни диагнози/клинични пътеки/клинични процедури (КП и КПр), с две различни ИЗ-та (ИБР).
5. Проблемът за майчината смъртност е не само медицински, в тесен смисъл акушерски, но и социално медицински проблем, проявяващ се като единна единица на майчиното и детско здраве.

Препоръки:

1. Подобряване отразяването на смъртността при родилките и своевременния ѝ отчет.
2. Изготвяне на годишни доклади за анализ на смъртността при родилките.
3. Подобряване на правилата за добра медицинска практика на база на анализ на причините, довели до смъртността при родилките.
4. Отразяване на индекса на телесна маса в история на заболяването, като специфичен белег, определящ високия риск на бременността.
5. Допълнителен анализ на случаите с хистеректомии след раждане и доработване на правилата за добра медицинска практика.
6. Получаване на допълнителна информация за перинаталния период и анализ за перинаталния изход.
7. Подобряване на организацията по проследяване на бременността - в частта за наблюдение на съпътстващи заболявания, скрининг за прееклампися, скрининг за гестационен диабет.
8. Подобряване на колаборацията между доболничната помощ – женските консултации, акушеро-гинекологичните звена и центровете за пренатална диагностика.
9. Нивото на ИТМ да се счита като фактор за рисковата бременност/раждане и да залегне като критерий в програмата за проследяване на бременността.
10. Усложненията по време на раждане като: ОССН, ОДН, Шок, да се отчитат като втори код в ИБР. Да се отчита раждане с конкретното усложнение, за коректност на статистиката за майчина смъртност.

11. Необходимост от интегриран подход при разглеждане на смъртността на родилките, заедно с общата смъртност.
12. **Създаване на Програма за контрол на майчината заболяемост и смъртност,** която да обхваща трите основни елемента:
 - основни акушерски грижи за всички чрез подхода на извънболничната медицинска помощ
 - ранно откриване на усложненията
 - спешна помощ за тези пациенти, които имат необходимост от нея.

Заклучение:

Като резултат от настоящото проучване за смъртността на родилките в България през разглеждания период 2010 – 2020 г., нивото на същата се определя като средно към високо, спрямо смъртността в останалите държави в Европа. Причините за това са: диверсификацията и дивиацията на здравните услуги, за сметка на negliжирането на такива здравни дейности, в които българската здравна система е имала устойчивост и приемственост преди реформите от 2000 година.

За подобряване на нивото на майчината смъртност е необходимо провеждане на мащабно ежегоден проучване на смъртността, което да обхваща всички аспекти на индивидуалното и обществено здраве, както и създаване на държавна програма за контрол на майчината заболяемост и смъртност.