



**ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
ORIGINAL ARTICLE. SOCIAL HEALTH AND HEALTH PROTECTION**

DOI: 10.22363/2313-0245-2018-22-4-450-455

**МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В АФГАНИСТАНЕ.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

М.А. Гафур, А.В. Фомина

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Статья посвящена вопросу материнской смертности в Афганистане. Каких результатов добилась эта страна после постановки целей тысячелетия в 2000 году? Проанализированы причины материнской смертности. Выполнен обзор по демографическим и географическим различиям материнской смертности в разных регионах мира и возможные пути преодоления современных причин смертности.

Ключевые слова: материнская смертность, Афганистан, развивающиеся страны, национальные рекомендации

Ответственный за переписку: Мина Абдул Гафур, аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института РУДН, ул. Миклухо-Маклая, 6, 117198, Москва, Россия. E-mail: hewad@yandex.ru

Гафур М.А. ORCID: 0000-0002-1396-9895

Фомина А.В. ORCID: 0000-0002-2366-311X, SPIN РИНЦ: 5385-2586

Для цитирования: Гафур М.А., Фомина А.В. Материнская смертность в Афганистане. Современное состояние проблемы // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2018. Т. 22. № 4. С. 450—455. DOI: 10.22363/2313-0245-2018-22-4-450-455.

For citation: Mina A. Gafur, Anna V. Fomina. (2018). Maternal Mortality in Afghanistan. Current State of the Problem. *RUDN Journal of Medicine*, 22 (4), 450—455. DOI: 10.22363/2313-0245-2018-22-4-450-455.

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.

Большая часть случаев материнской смертности происходит в Африке к югу от Сахары (62%, 179 000 смертей) [1]. Почти треть материнской смертности в мире зарегистрировано в двух странах: в Индии 17% (50 000 смертей

в 2013 году) и в Нигерии 14% (40 000 смертельных случаев).

Поздняя материнская смерть — смерть женщины от прямой или косвенной акушерской причины в сроки более 42 дней, но менее чем через год после окончания беременности.

Смерть, связанная с беременностью, — смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после окончания беременности независимо от причины смерти. Эти смерти могут быть от несчастного случая или случайных причин.

Прямая акушерская смерть — результат акушерских осложнений от вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепочки событий, повлекших гибель на этапах беременности, родов, в послеродовом периоде.

В 2015 году были опубликованы данные, собранные из 186 стран. Оказалось, что 86% смертей были прямыми акушерскими. Их количество увеличилось с 2003 по 2009 год на 75% [2, 3].

По данным 2015 года, наиболее распространенными причинами материнской смертности стали: кровотечение, артериальная гипертензия и другие заболевания беременных. В период с 2003 по 2009 год кровотечение стало причиной гибели в 27,1%, артериальная гипертензия — в 14%, сепсис — в 10,7%, аборт — в 7,9%, эмболия — в 3,2% случаев.

Косвенная акушерская смерть — результат существовавшего ранее заболевания (например сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, малярия, туберкулез, ВИЧ или новое заболевание, которое развивается во время беременности и не имеет никакого отношения к условиям, связанным с беременностью, но усугубляется физиологическими эффектами беременности (например, грипп) [3].

Коэффициент материнской смертности относится к числу случаев материнской смертности в течение определенного периода времени на 100 000 родов. Этот наиболее часто используемый показатель материнской смертности служит показателем риска смерти, как только женщина забеременела. По данным, полученным из 195 стран, в период с 1990 по 2015 год материнская смертность во всем мире снизилась на 29%, а КМС снизилась на 30%.

Коэффициент материнской смертности — число случаев материнской смертности на 100 000 женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет). Так как частота беременности у женщин детородного возраста является фактором при расчете этой скорости, он изменяется за счет разницы в частоте беременности или

родов в популяции даже при том, что риск материнской смертности из-за беременности/родов остается неизменным.

Сьерра-Леоне имеет самый высокий уровень материнской смертности в мире: 1100 смертей на 100 000 рождений [2]. Другие страны с высоким уровнем материнской смертности включают Чад (980 на 100 000), Центрально-Африканскую Республику (880 на 100 000), Сомали (850 на 100 000) и Бурунди (750 на 100 000) [1].

Выявление материнской смертности: отсутствие демографических данных высокого качества не позволяет точно измерить материнскую смертность [4, 5]. Случаи материнской смертности являются относительно редкими событиями даже в тех странах, где уровень материнской смертности является высоким. Таким образом, для правильной оценки рисков размер выборки должен быть большим.

В глобальном масштабе для установления величины материнской смертности в данном регионе используются ряд мер и методов наблюдения. Они включают в себя медицинское освидетельствование в регистрации актов гражданского состояния, опрос домохозяйек, записи результатов переписи и исследования репродуктивного возраста смертности (Ramos) [6].

Хотя многие из этих методов недостаточно точны, они обеспечивают некоторую базовую информацию о причинах и масштабах материнской смертности. Бедные страны с ограниченными ресурсами часто используют их на осуществление процессов по снижению материнской смертности, а не для улучшения программ наблюдения.

В Соединенных Штатах Америки центр контроля за заболеваемостью беременных женщин (PMSS) объединяет данные из государственных департаментов здравоохранения, комитета по надзору за материнской смертностью, средств массовой информации и отдельных структур в дополнение к свидетельствам о смерти матери и плода, чтобы обеспечить наилучшую доступную оценку материнской смертности в Соединенных Штатах.

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 [4].

Тем не менее материнская смертность все еще занижается и часто неправильно классифицируется. В одном из исследований, проведенных в Соединенных Штатах Америки, 38% материнских смертей не были зарегистрированы по свидетельствам о смерти, и по меньшей мере 50% материнских смертей не были зарегистрированы среди женщин, которые не успели родить ребенка на момент смерти, имели терапевтический аборт, погибли более чем через неделю после родов или в результате сердечно-сосудистых осложнений [4].

Для определения степени ошибочной классификации материнской смертности часто используются конфиденциальные запросы, такие как британская система эпиднадзора [7—9].

На протяжении долгого времени Афганистан считается страной с наибольшими значениями материнской смертности в мире. По оценке специалистов, от 40 до 50% случаев смерти женщин детородного возраста связаны с осложнениями во время беременности и родов (АРН/МОРН et al. 2011, МОРН 2006).

Афганистан — государство в юго-восточной Азии, стратегически расположенное на перекрестке крупных торговых путей с севера на юг и с востока на запад. Не имеет выхода к морю. Город Кабул — столица страны. Страна ограничена шестью различными странами, а именно Пакистаном, Ираном, Таджикистаном, Узбекистаном, Туркменистаном и Китаем. Самую длинную границу с Афганистаном имеет Пакистан (2430 километров), а самую маленькую — Китай (76 километров). Афганистан простирается на 1240 километров с востока на запад и 565 километров с севера на юг. Общая площадь суши составляет 652 290 квадратных километров.

Топографически Афганистан разделен на три отдельные экологические зоны. Огромный горный хребет Гиндукуш делит страну на три очень разных географических района с разной высотой над уровнем моря, климатом и природными ресурсами. Это центральное нагорье, южное плато и северные равнины. На центральной возвышенности находится перевал Хайбер, область высоких гор и глубоких долин. Сезоны в этой области варьируются от жаркого лета до холодной зимы. Южный регион состоит из засушливых пустынь и высоких плато, которые пересекаются несколькими реками. Климат этого района мягкий и сухой и мало способствует развитию сельского хозяйства. На северных равнинах есть плодородные высокие равнины и хребты, которые создают приятный стабильный климат. Сельское хозяйство хорошо развито в этой зоне. В стране есть несколько крупных горных районов: Гиндукуш, Памир и Каракорум. Основными реками являются Амударья (1100 км), Гильменд (1300 км), Харируд (650 км) и Кабул (460 км). Для административных целей Афганистан разделен на восемь регионов развития, а именно северо-восточный, северный, западный, центральное высокогорье, столичный, восточный, юго-восточный и южный регионы. Афганистан также разделен на 34 провинции и 398 административных районов. Есть 15 крупных городов и 32 маленьких. Районы далее подразделяются на более мелкие единицы, называемые деревнями и муниципалитетами. Согласно данным демографического опроса в Афганистане от 2010 года, риск смерти от летальных осложнений составил 327 на 100 000 живорожденных (АРН/МОРН et al. 2011). Эти показатели выше, чем у стран-соседей. Так, в Пакистане — 297/100 000 живорожденных (NIPS and MI 2008), в Бангладеш — 194/100 000 (Bangladesh Demographic and Health Survey (DHS) (NIPORT et al. 2013), в Иране на 2015 год — 25 смертей на 100 000 (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group). Женщины в Афга-

нистане имеют ограниченный доступ к системе здравоохранения по ряду причин: трудности с транспортировкой, ограниченное число медицинских пунктов, низкий доход населения и уровень образования (Lynn et al. 2002, Abreu 2011).

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 в Афганистане существенно снизился. Так, в 2003 году, согласно Опросу по смертности репродуктивного возраста (Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS)), коэффициент материнской смертности был 1600 смертей на 100 000 новорожденных, что было в 5 раз выше, чем в 2010 году (по данным АРНИ/МоРН от 2011 года). Показатель пожизненного риска материнской смертности также заметно улучшился в последнее десятилетие. На основе данных 1999—2002 годов 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.

Это стало возможным благодаря своевременной транспортировке, увеличению числа медицинских центров, квалифицированной помощи во время родов. Несмотря на десятилетия затяжных военных конфликтов и войн правительство Афганистана проделало значительную работу в перестройке системы здравоохранения.

Национальная стратегия репродуктивного здоровья 2006—2009 годов способствовала улучшению состояния здоровья людей, особенно женщин и детей, в Афганистане путем осуществления базового пакета оказания медицинских услуг (BPHS) и основного пакета госпитальных (больничных) услуг как стандарта лечения, который должен быть оказан на любом уровне системы здравоохранения.

Согласно отчету совета по аккредитации афганских акушерок в период с 2003 по 2012 год

число дипломированных акушерок в Афганистане увеличилось с 467 до 3001.

Наблюдается постепенное увеличение числа родов в присутствии квалифицированных акушерок. В 2006 году опрос домохозяйек Афганистана показал, что при 19% родов присутствовали акушерки. В период 2007/2008 года уже 24% женщин были доставлены в госпиталь под наблюдением акушерки. Планомерный рост наблюдался и в последующем. Министерство общественного здоровья в своем докладе показало, что в 2010 году 34% женщин рожали под наблюдением и с помощью акушерок.

Исследование поведения женщин в различных регионах, на примере Китая, показало, что географические, национальные особенности влияют на оказание медицинской помощи женщинам (Liu et al. 2011). Именно поэтому в 2008 году специалисты афганской национальной стратегии развития отметили: «Понимание демографических особенностей нашей страны, с акцентом на потребности региона, может весьма способствовать развитию общественного здоровья на национальном и региональном уровнях».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За последние 10 лет в Афганистане отмечается тенденция к снижению показателей материнской смертности, но уровень ее остается высоким. Ввиду изложенного требуется дальнейшее изучение медико-социальных причин материнской смертности в Афганистане, структуры МС и пути ее снижения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Hogan M.C. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 // *Lancet*. 2010. Vol. 375. № 9726. P. 1609—1623.
2. Say L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // *Lancet Glob. Heal.* 2014. Vol. 2, № 6. P. e323—e333.
3. Kassebaum N.J. et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990—2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. 2016. Vol. 388, № 10053. P. 1775—1812.

4. Horon I.L. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality // *Am. J. Public Health. American Public Health Association*. 2005. Vol. 95. № 3. P. 478—482.
5. Graham W. et al. Measuring maternal mortality: An overview of opportunities and options for developing countries // *BMC Med. BioMed Central*. 2008. Vol. 6. № 1. P. 12.
6. Alkema L. 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 (London, England). Elsevier*, 2016. Vol. 387. № 10017. P. 462—474.
7. de Swiet M. Maternal mortality: Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom // *Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier*, 2000. Vol. 182. № 4. P. 760—766.
8. Geller S.E. et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: Factors associated with severity // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004. Vol. 191. № 3. P. 939—944.
9. Kurinczuk J. et al. Experiences with maternal and perinatal death reviews in the UK—the MBRRACE-UK programme // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2014. Vol. 121. P. 41—46.

Поступила 08.10.2018

Принята 22.11.2018

DOI: 10.22363/2313-0245-2018-22-4-450-455

MATERNAL MORTALITY IN AFGHANISTAN. CURRENT STATE OF THE PROBLEM

Mina A. Gafur, Anna V. Fomina

RUDN University, Moscow, Russia

Abstract. The article is devoted to the issue of maternal mortality in Afghanistan. What results did this country achieve after setting the millennium goals in 2000? The causes of maternal mortality have been analyzed. A survey has been carried out on the demographic and geographical differences in maternal mortality in different regions of the world and possible ways of overcoming the current causes of mortality. 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.

Key words: maternal mortality, Afghanistan, developing countries, national recommendations

Corresponding author: Mina Abdul Ghafur, postgraduate student, Department of Public Health, Health and Hygiene, Medical Institute, RUDN, ul. Miklukho-Maklaya, 6, 117198, Moscow, Russia. E-mail: hewad@yandex.ru

REFERENCES

1. Hogan M.C., Foreman K.J., Naghavi M., Ahn S.Y., Wang M., Makela S.M., et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* [Internet]. 2010 May 8 [cited 2018 Feb 11];375(9726): 1609—23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20382417>.
2. Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö., Moller A.-B., Daniels J., et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2014 Jun [cited 2018 Mar 18];2(6):e323—33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>.
3. Kassebaum N.J., Barber R.M., Bhutta Z.A., Dandona L., Gething P.W., Hay S.I., et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990—2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* [Internet]. 2016 Oct 8 [cited 2018 Mar 18];388(10053):1775—812. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733286>.
4. Horon I.L. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *Am J Public Health* [Internet]. *American Public Health Association*; 2005 Mar [cited 2018 Mar 18];95(3): 478—82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15727980>.
5. 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* [Internet]. *BioMed Central*; 2008 Dec 26

- [cited 2018 Mar 18];6(1):12. Available from: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-6-12>.
6. 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* (London, England) [Internet]. Elsevier; 2016 Jan 30 [cited 2018 Mar 18];387(10017): 462—74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26584737>.
 7. de Swiet M. Maternal mortality: Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier; 2000 Apr 1 [cited 2018 Mar 18];182(4):760—6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937800703243>.
 8. Geller S.E., Rosenberg D., Cox S.M., Brown M.L., Simonson L., Driscoll C.A., et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: Factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Sep [cited 2018 Mar 18];191(3):939—44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15467568>.
 9. Kurinczuk J., Draper E., Field D., Bevan C., Brocklehurst P., Gray R., et al. Experiences with maternal and perinatal death reviews in the UK—the MBRRACE-UK programme. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 Sep [cited 2018 Mar 18];121:41—6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25236632>.

Received 08.10.2018

Accepted 22.11.2018